

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 - 02100 - Rieti - C.F. e P.I. 00821180577

Tel. 0746-2781-PEC:asl.rieti@pec.it - www.asl.rieti.it

Direttore Generale: Dott.ssa Marinella D'Innocenzo

Decreto Presidente Regione Lazio n. T00215 del 21.11.2017

Deliberazione n. 1/D.G. del 06/12/2017

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 319 del 12-04-2019**DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

Oggetto: Relazione sul Piano della Prestazione e dei Risultati anno 2017

Estensore: Dott.ssa Emanuela D'Orazi

Il Direttore Amministrativo, sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii..

Responsabile del Procedimento Dott.ssa Anna Petti

Data 12.04.2019Firma

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa: _____

Autorizzazione: _____

Data _____

Dott.ssa Barbara Proietti

Firma _____

Parere del Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Petti

favorevole non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) Data 12.04.2019Firma

Parere del Direttore Sanitario

Dott. Vincenzo Rea

favorevole non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) Data 12.04.2019Firma

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

PREMESSO che:

- con Deliberazione n. 287/DG del 27.03.2012 è stato approvato il Piano della Prestazione e dei Risultati 2012-2014 ai sensi dell'articolo 10 della Legge Regione Lazio n. 1 del 16 marzo 2011;
- il Piano della Prestazione e dei Risultati è aggiornato annualmente, secondo quanto previsto dal succitato articolo 10;
- con Deliberazioni n. 152/DG del 14.02.2013, n. 91 DG/ff del 31.01.2014, n. 39/DG del 31.12.2015, n. 189/DG del 18.02.2016, n. 236 del 03.03.2017 e n.236 del 15.03.2018 è stato aggiornato il Piano della Prestazione e dei Risultati rispettivamente per gli anni 2013-2015, 2014-2016, 2015-2017, 2016-2018, 2017-2019 e 2018-2020;

PREMESSO altresì che l'Azienda:

- ha adottato con Deliberazione n. 736/DG del 14.11.2014 il Piano Strategico Triennale;
- ha adottato, con Deliberazioni nn. 737/DG del 14.11.2014, 1/DG del 14.01.2015 e 108/DG del 23.02.2015, l'Atto Aziendale, approvato dalla Regione Lazio con pubblicazione nel BURL n. 33 del 23.04.2015, S.O. n. 1;
- ha recepito, con deliberazione n. 1030/DG del 13.11.2015, quanto contenuto nel DCA 342 del 17.07.2015 modificando l'Atto Aziendale relativamente al Dipartimento delle Professioni Sanitarie e proponendo ulteriori modifiche all'Atto stesso;

CONSIDERATO che i suddetti documenti sono coerenti con la programmazione regionale di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 247 del 25 luglio 2014 avente ad oggetto "Adozione dei nuovi Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi Sanitari della Regione Lazio"

CONSIDERATO altresì che con DCA n. 52 del 22 febbraio 2017 la Regione Lazio ha adottato il Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale".

VISTI:

- l'articolo 10, comma 1, lettera a), del D.Lgs. 150/2009 – "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", così come modificato dal D.Lgs: n.74/2017, che recita "*Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche... (omissis), redigono il Piano della performance, documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell'art.3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'articolo 5, comma 01, lettera b)*";
- l'art. 10 del suddetto D. Lgs. comma 1, lettera b), come modificato dal D. Lgs 74/2017, nel quale si dispone che le amministrazioni pubbliche, redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno, "entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall'organo di indirizzo politico amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'articolo 14 e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno

precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato”;

- l'articolo 15 del D.Lgs. 150/2009, come modificato dal D. Lgs 74/2017, nel quale vengono definite le responsabilità dell'organo di indirizzo politico-amministrativo ed in particolare il comma 2, lettera b), secondo il quale è l'organo di indirizzo politico-amministrativo che definisce, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, la Relazione sulla Performance;
- l'articolo 3, comma 2, lettera b) della Legge Regione Lazio n.1/2011 che prevede che sia l'organo di indirizzo politico-amministrativo a definire, sentiti i dirigenti apicali, la Relazione sulla Prestazione e sui Risultati;

CONSIDERATO, pertanto che, in relazione all'anno 2017, è necessario provvedere a relazionare sui risultati degli obiettivi indicati nell'Albero della Performance allegato al Piano della Prestazione e dei Risultati ex delibera n. 236 del 3 marzo 2017;

CONSIDERATO altresì che, ai sensi del richiamato D. Lgs. 74/2017, con delibera n.236/2018, è stato approvato il Piano della Performance 2018-2020;

CONSIDERATO, altresì che:

- la Relazione sulla Prestazione e sui Risultati:
 - o costituisce lo strumento mediante il quale l'amministrazione illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance;
 - o evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno, indicandone le cause e le eventuali misure correttive adottate;
 - o è ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna;
- con la sua pubblicazione sul sito web aziendale rappresenta un'opportunità di confronto con i cittadini e le Istituzioni sull'operato dell'Azienda allo scopo di migliorare le attività e rispondere in modo sempre più confacente alle attese dell'utente
- in base alle finalità di cui sopra, la Relazione sulla Prestazione e sui Risultati si configura come un documento snello e comprensibile;

VISTA la Relazione sulla Prestazione e sui Risultati anno 2017 di cui all'Allegato 1 al presente atto deliberativo, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

PRESO ATTO del parere espresso dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) in merito alla Relazione sulla Prestazione e sui Risultati;

DATO ATTO che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

VISTO il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

PROPONE

1. DI APPROVARE la Relazione sulla Prestazione e sui Risultati – anno 2017 – di cui all'Allegato 1 al presente atto deliberativo, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto che:

- il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

DELIBERA

- di approvare la Relazione sulla Prestazione e sui Risultati – anno 2017 – di cui all'Allegato 1 al presente atto deliberativo che qui si intende integralmente riportata;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Marinella D'Innocenzo

La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data 12 APR. 2019

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal 12 APR. 2019

La presente Deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio on-line aziendale
ai sensi dell'art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

in data 12 APR. 2019

Rieti li 12 APR. 2019

IL FUNZIONARIO



Oggetto: Relazione sul Piano della Prestazione e dei Risultati anno 2017

All.1/1

Relazione sulla performance anno 2017

Relazione sul Piano della Prestazione e dei Risultati anno 2017

INDICE

PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE

1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI
 - 1.1 Il contesto esterno di riferimento
 - 1.2 L'Amministrazione
 - 1.3 I risultati raggiunti
 - 1.4 Le criticità e le opportunità

2. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI
 - 2.1 Albero delle performance
 - 2.2 Obiettivi strategici e piani operativi
 - 2.3 Obiettivi individuali

3. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

4. BENESSERE ORGANIZZATIVO, PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
 - 5.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità
 - 5.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

ALLEGATI N. 3

Presentazione della relazione

Il Piano della Prestazione e dei Risultati è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti, alla crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito ed indirettamente all'erogazione del premio di risultato ai singoli in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Il Piano della Prestazione e dei Risultati per gli anni 2016-2018 della ASL Rieti è stato approvato con deliberazione n. 189/DG del 18/02/2016, e aggiornato, per gli anni 2017-2019 con deliberazione n.236 del 03/03/2017, in linea con quanto disposto dal D.Lgs. 150/2009, e dalla Legge Regionale n. 1/2011.

Con il suddetto documento la Direzione Strategica ha intrapreso il percorso volto a soddisfare le attese del cittadino-utente attraverso la formulazione di progettualità che potessero essere di particolare interesse per la collettività.

La Relazione sulla performance prevista dall'art. 10, comma 1, lettera b), D. Lgs. 150/2009, come modificato dal D.Lgs. n.74 del 25/05/2017, costituisce lo strumento mediante il quale l'amministrazione illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance. Evidenzia a consuntivo i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno, indicandone le cause e le eventuali misure correttive adottate; è ispirata ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

L'Azienda anche per l'anno 2017 si è trovata ad operare in un contesto in cui i vincoli dettati dal contenimento della spesa hanno messo a dura prova l'erogazione ai propri residenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ad ogni buon conto, nonostante i vincoli, l'Azienda ha proseguito nel percorso intrapreso, consolidando la performance e il livello di appropriatezza raggiunto e attuando gli obiettivi previsti di assistenza e di produzione.

È importante premettere che la Dott.ssa Marinella D'Innocenzo, Commissario Straordinario della ASL Rieti dal 20/3/2017 al 5/12/2017 ex Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00051 del 17/03/2017, dal 6/12/2017 ha assunto la carica di Direttore Generale, ex Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00215 del 21/11/2017.

Inoltre non si può non ricordare che nel corso del 2017 l'Azienda ha continuato ad affrontare gli effetti degli eventi sismici dell'agosto e dell'ottobre 2016 potenziando l'attività dei Pass, Amatrice

e Accumoli, allestiti nei giorni immediatamente successivi agli eventi sismici. Nel Posto di assistenza socio sanitaria sono attive prestazioni presso l'ambulatorio di medicina generale, quello infermieristico, di continuità assistenziale, di diabetologia, cardiologia, pediatria ed oculistica, sono inoltre attivi il servizio di assistenza sociale e di sostegno psicologico, il punto prelievi e il servizio veterinario. Nella continuità dell'assistenza è stato attivato il nuovo Pass di Amatrice, in sostituzione di quello realizzato nell'immediatezza degli eventi sismici. La struttura, composta da otto container espandibili, undici monoblocchi prefabbricati più altri due per i servizi, ha reso più solida la struttura operativa da subito dopo il terremoto.

1. La sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

Il territorio della Asl di Rieti coincide con quello della Provincia (157.420 abitanti al 01/01/2017 – Fonte ISTAT): si estende su una superficie di 2.749 Km² e comprende 73 comuni, 297 frazioni e case sparse. Il territorio provinciale è prevalentemente montuoso (70%circa del territorio), con un'altitudine media di circa 580slm.

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.

Il territorio è diviso in due Distretti Sanitari; 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).

1.1 Il contesto esterno di riferimento

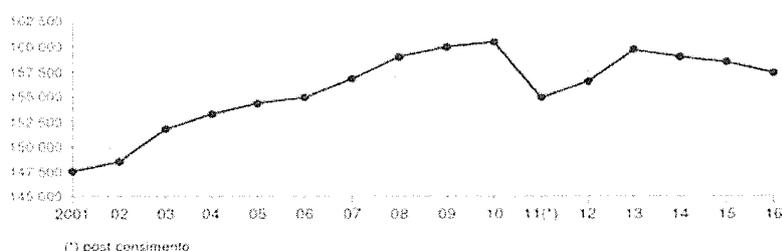
La Asl di Rieti opera su un territorio coincidente con la provincia di Rieti, con una popolazione complessiva di 157.420 abitanti al 01/01/2017 – Fonte ISTAT, distribuiti in 73 comuni, suddivisi in 2distretti.

Il territorio della Asl di Rieti coincide con quello della Provincia: si estende su una superficie di 2.749 Km². Il territorio provinciale è prevalentemente montuoso (70% circa del territorio), con un'altitudine media di circa 580 slm.

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).

La densità abitativa della provincia, pari a 57,2 ab/km², è molto bassa rispetto a quella regionale (342,9 ab/km²).

Nell'ultimo quinquennio si è registrato un lento decremento della popolazione residente nella provincia.



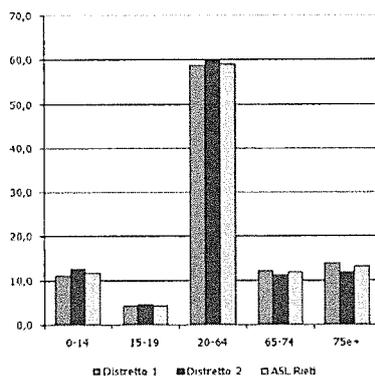
Trend popolazione residente nella Provincia di Rieti, 2001-2016 – Fonte ACeSIS

La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente (fonte dati ISTAT):

Età	Maschi	Femmine	Totale	%
0-4	2.882	2.683	5.565	3,50%
	51,80%	48,20%		
5-9	3.240	3.067	6.307	4,00%
	51,40%	48,60%		
10-14	3.414	3.072	6.486	4,10%
	52,60%	47,40%		
15-19	3.459	3.348	6.807	4,30%
	50,80%	49,20%		
20-24	4.221	3.633	7.854	5,00%
	53,70%	46,30%		
25-29	4.457	4.018	8.475	5,40%
	52,60%	47,40%		
30-34	4.464	4.246	8.710	5,50%
	51,30%	48,70%		
35-39	4.998	4.925	9.923	6,30%
	50,40%	49,60%		
40-44	5.743	5.751	11.494	7,30%
	50,00%	50,00%		
45-49	6.018	6.176	12.194	7,70%
	49,40%	50,60%		
50-54	6.354	6.371	12.725	8,10%

	49,90%	50,10%		
55-59	5.537	5.811	11.348	7,20%
	48,80%	51,20%		
60-64	5.175	5.195	10.370	6,60%
	49,90%	50,10%		
65-69	5.270	5.222	10.492	6,70%
	50,20%	49,80%		
70-74	3.957	4.165	8.122	5,20%
	48,70%	51,30%		
75-79	3.584	4.331	7.915	5,00%
	45,30%	54,70%		
80-84	2.608	3.402	6.010	3,80%
	43,40%	56,60%		
85-89	1.550	2.649	4.199	2,70%
	36,90%	63,10%		
90-94	595	1.374	1.969	1,30%
	30,20%	69,80%		
95-99	100	307	407	0,30%
	24,60%	75,40%		
100+	14	34	48	0,00%
	29,20%	70,80%		
Totale	77.640	79.780	157.420	100
	49,30%	50,70%		

Rispetto alla struttura per età, la popolazione reatina (dati al 01/01/2017 – Fonte Istat), vede la presenza di un'elevata quota percentuale di anziani. Infatti i residenti ultrasessantacinquenni sono pari al 25% in Provincia, con lieve variabilità a livello distrettuale (26% nel Distretto n.1, 23% nel Distretto n.2). Queste percentuali sono più basse sia nella Regione Lazio che in Italia (21,2% e 22,3% rispettivamente).

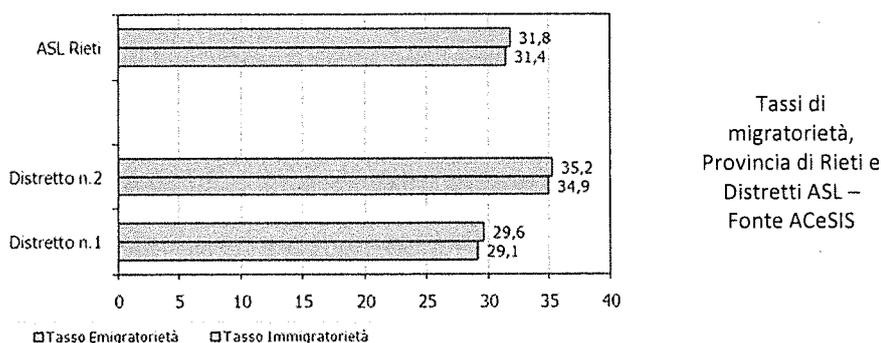


Popolazione Provincia di Rieti, per età e Distretto ASL - Fonte ACeSIS

La popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2017, è pari a 98.602 unità (43.083 per motivi di reddito, 55.519 per altri motivi) Fonte dato LazioCreamod. NSIS FLS 12.

In merito alla dinamica demografica provinciale, se si analizzano le componenti demografiche nascite, decessi e migrazioni (dati anno 2016), si evidenzia che in ambito provinciale sono omogeneamente eccedenti i morti rispetto ai nati e che questa tendenza è particolarmente rilevante nel Distretto n.1, dove il tasso di mortalità risulta più che doppio rispetto al tasso di natalità.

Il confronto con le altre province laziali evidenzia come nella provincia di Rieti la mortalità abbia raggiunto livelli particolarmente elevati, a fronte di una natalità molto bassa, al di sotto del dato regionale e nazionale.



L'analisi della componente migratoria mostra che nella provincia di Rieti e nei distretti della ASL i flussi migratori in ingresso ed in uscita quasi si equivalgono. Si rileva inoltre una maggiore dinamicità nel Distretto n.2 dove entrambi i tassi, di immigratorietà ed emigratorietà, si aggirano intorno al 35 per mille. Gli stranieri residenti nella provincia di Rieti, al 01/01/2017, sono 13.307 e rappresentano l'8,5% della popolazione residente totale (questa percentuale è pari al 8,3% in Italia e al 11,2% nella Regione Lazio).

1.2 L'Amministrazione

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

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.

L'atto aziendale della ASL Rieti è stato approvato con DCA n.U00113 del 19/03/2015 e pubblicato nel BURL n.33 del 23/04/2015.

L'organizzazione

La Struttura Organizzativa aziendale vuole rispondere 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.

Le strutture che erogano le prestazioni sanitarie nel territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale Rieti sono il Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice (n. 305 P.L. ordinari accreditati, n.35 P.L. D.H. accreditati), i Presidi dei Distretti Sanitari, la Casa della Salute di Magliano Sabina, l'Hospice di Rieti, i due PASS (Posti di Assistenza Socio Sanitaria) a seguito dell'inagibilità dello stabilimento Grifoni di Amatrice causata dal sisma dell'agosto e dell'ottobre 2016.

L'Azienda consta di 38 unità operative complesse, 21 semplici a valenza dipartimentale e 22 semplici.

L' Assistenza Ospedaliera

L'azienda opera mediante un presidio a gestione diretta, Il Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice, che eroga prestazioni sanitarie specifiche in regime di ricovero e ambulatoriale nelle modalità previste dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e del principio dell'appropriatezza.

I posti letto del Polo Ospedaliero Unificato, direttamente gestiti, sono pari a 305 PL ordinari, 35 day hospital/day surgery (13 PL Ordinari per il P.O. di Amatrice non utilizzabili) come riportato nella tabella di seguito:

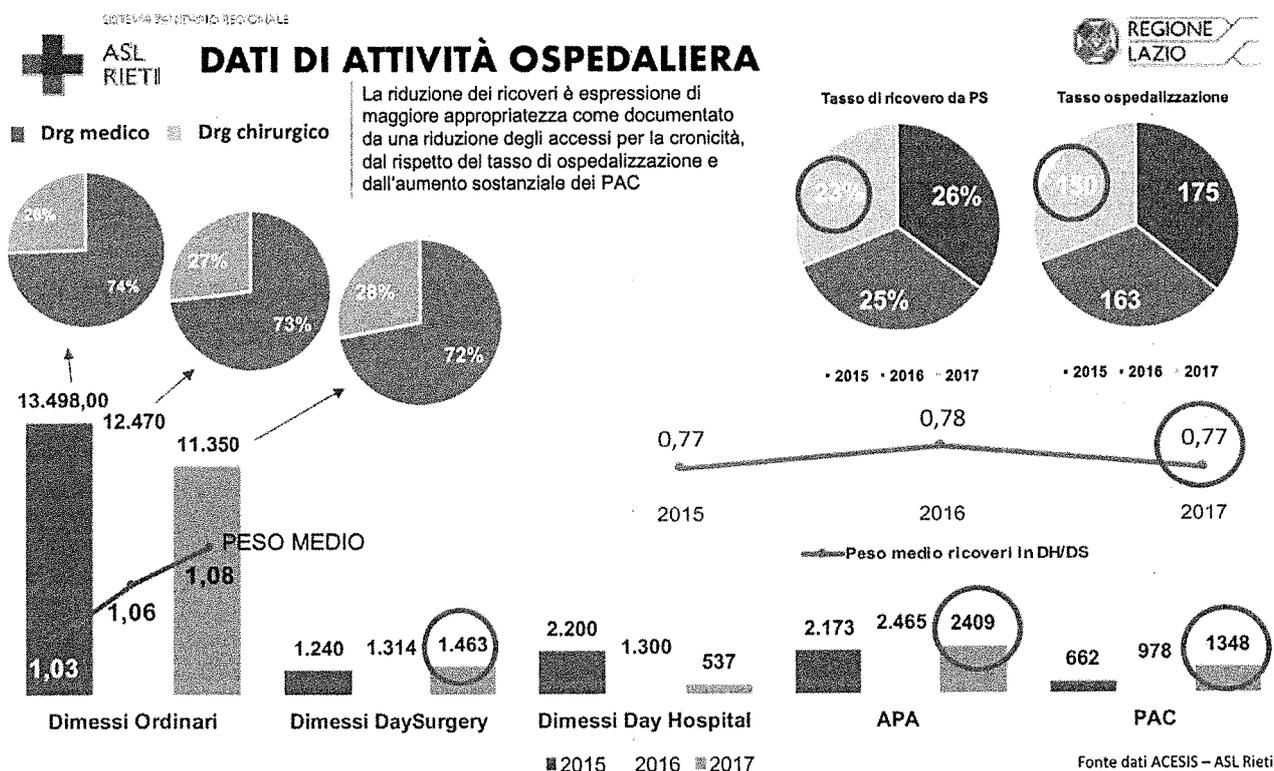
Specialità	Progressivo Reparto	N.PL Ordinari Accreditati	N.PL DH/DS Accreditati
BRONCOPNEUMOLOGIA	6801		1
CARDIOLOGIA	0801	20	2
CENTRO RIANIMAZIONE TERAPIA SUBINTENSIVA	4901	8	
MEDICINA D'URGENZA	5101	4	
CHIRURGIA VASCOLARE **	1401	4	1 (9814)
CHIRURGIA URGENZA **	0901	15	4 (9801)
CHIRURGIA ONCOLOGICA - SENOLOGIA **	0902	6	1 (9802)
FKT	5601		1
GASTROENTEROLOGIA	5801		1
GERIATRIA	2101	48	1
MALATTIE INFETTIVE	2401	14	
MEDICINA 2	2602	58	1
NEFROLOGIA	2901	8	1
NEUROLOGIA	3201		1
NEUROLOGIA - UTN	3202	4	0
NIDO	3101	9	
OCULISTICA **	3401	1	1 (9834)
ONCOLOGIA MEDICA	6401	6	10
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3601	30	2
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3701	17	1
OTORINOLARINGOIATRIA **	3801	7	1 (9838)
PATOLOGIA NEONATALE	6201	4	
PEDIATRIA	3901	12	1
SPDC	4001	12	2
UNITA' CORONARICA SUBINTENSIVA CORONARICA	5001	6	
UROLOGIA **	4301	12	2 (9843)
		305	35
Medicina Amatrice	2603	13	

[** reparti con riattribuzione dei posti letto di DaySurgery]

In relazione ai presidi di erogazione dell'assistenza e ai servizi, nel corso dell'anno 2017 si rilevano le seguenti variazioni:

A seguito degli eventi del terremoto e' risultato inutilizzabile il reparto di Medicina e Lungodegenza post acuzie dell' Ospedale F. Grifoni di Amatrice dove, qualora necessario, venivano ricoverati anche i pazienti del Pronto Soccorso dell'Ospedale De Lellis per una capacità di ricovero equivalente a circa il 5,5%. Nonostante la carenza dei posti letto del F. Grifoni di Amatrice, attraverso le iniziative poste in essere dalla Asl, e' stato possibile mantenere il tasso di trasferimento allo 0,4%, uno dei più bassi del Lazio, e la percentuale dei ricoveri dagli accessi totali in pronto soccorso è scesa dal 24,8% del 2016 al 23,2% del 2017 (-1,6%).

Dati di attività



A) Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2017 e 2016

Di seguito i dati di attività 2017/2016:

	2016	2017
Ricoveri Ordinari	12470	11350
Day Hospital/One Day Sugery	2614	2010

[Fonte: ACESIS Asl di Rieti]

Emerge una riduzione progressiva del tasso di ospedalizzazione che si è avvicinato ai valori di riferimento nazionale del 160/1000. Infatti nel 2014 il tasso di ospedalizzazione grezzo era del 185/1.000 ed è progressivamente sceso nel 2016 fino a raggiungere un valore del 163/1.000 con una stima al 150/1000 per il 2017 (dato calcolato sulla base del trend poiché non si dispone ancora del dato di mobilità passiva intra ed extraregionale per il 2017).

Per raggiungere tale risultato e' stata necessaria una costante attenzione all'appropriatezza dei ricoveri ed un monitoraggio continuo delle degenze, come meglio rappresentato dagli indicatori in tabelle

TASSO DI RICOVERO DA PRONTO SOCCORSO

2015	2016	2017
25,70%	24,90%	23,40%

[Fonte dati: ACeSIS]

PESO MEDIO AZIENDALE, PER DRG MEDICO E CHIRURGICO, PER TUTTI I REGIMI DI RICOVERO

	2015	2016	2017
Peso medio aziendale	0,98	1,02	1,05
Peso medio DRG tipo medico	0,85	0,88	0,9
Peso medio DRG tipo chirurgico	1,3	1,32	1,32

[Fonte dati: ACeSIS]

Significativi sono anche i dati legati alle nascite

	2015	2016	2017
Numero totale parti	567	517	544
% parti cesarei primari**	35%	39%	25%

[Fonte dati: ACeSIS] **Fonte dati PREVALE

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.

Indicatori	Risultato	Valore riferimento
Frattura di femore trattata entro 2 gg	64,1%	>60%
Colecistectomia laparo con degenza < 3 gg	97,5%	>70%
% cesarei primari	26%	<15%
IMA STEMI trattati entro 90 min	43,3%	>60%
STEMI mortalità a 30 gg	6%	9,5% (media regionale)
ICTUS Ischemico: ammessi in UTN I Livello	77%	13% (media regionale)
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per K mammella	2,7%	7% (media regionale)
Ospedalizzazione per BPCO	6,3/1000	12 (media regionale)
Ospedalizzazione per scompenso cardiaco	1,1/1000	2 (media regionale)
Proporzione di prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna sul totale delle prostatectomia	70,2%	65% (media regionale)

I risultati ottenuti per area [Fonte: PREVALE], sono riportati di seguito:

VOLUMI DI RICOVERI PER INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA)

2015	2016	2017
301	311	269

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.

NUMERO PAZIENTI CHE HA EFFETTUATO UNA PROCEDURA DI EMODINAMICA

(gold standard per il trattamento dell'IMA)

2015	2016	2017
265	263	265

NUMERO PAZIENTI TRATTATI CON IMA STEMI

2015	2016	2017
125	115	103

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.

NUMERO PAZIENTI TRATTATI PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

2015	2016	2017	Benchmark
191	107	164	> 90

L'expertise acquisita ha consentito di poter trattare in sicurezza e dimettere entro 3 giorni il 96% dei pazienti (valore di assoluto riferimento a livello regionale).

NUMERO INTERVENTI PER TUMORE DELLA MAMMELLA

2015	2016	2017
126	154	97

Si è registrata un'importante crescita del numero degli interventi per tumore della mammella fino al 2016. Nel 2017, in relazione a temporanee problematiche organizzative legate allo screening territoriale ed alla necessità di riorganizzazione del personale interno, il volume dei casi trattati è sceso ma con un trend di ripresa nell'ultimo trimestre.

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 più che dimezzato, infatti dal 15% del 2014 si è passati al 5% nel 2015, al 4% nel 2016 e al 3,39% del 2017 (Fonte PREVALE) 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.

NUMERO PAZIENTI CON FRATTURA DI FEMORE

2015	2016	2017
306	316	279

NUMERO PAZIENTI CON FRATTURA DI FEMORE TRATTATI ENTRO DUE GIORNI

2015	2016	2017
73%	57%	69%

I pazienti trattati con frattura di femore entro 2 giorni sono da oltre 2 anni al di sopra della media regionale del 50% e rispecchiano l'attenzione aziendale a tale patologia.

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.

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

Il tasso di mortalità per insufficienza renale cronica è stabile, circa il 15% ed in linea con la media regionale.

La mobilità passiva, 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 alta specialità anche universitari situati a Roma e in altre Regioni limitrofe, e' in costante lieve decremento per le diverse azioni aziendali poste in essere e tese al recupero della fiducia nell'Ospedale provinciale da parte della popolazione reatina. Nel grafico sottostante si sintetizzano i decrementi:

	2014	2015	2016
Intraregionale	8313	7867	7518
Extraregionale	6151	6243	5940

[Fonte dati ACeSIS]

Le iniziative intraprese nel corso del 2017 sono state:

- nell'ambito dell'assistenza materno-infantile:
 - e' stato attivato l'Ambulatorio Ostetrico della gravidanza fisiologica e Degenza ostetrica presso l'Ospedale De Lellis di Rieti
 - sono stati attuati Protocolli relativi alla pratica dello Skin to Skin in Sala Parto subito dopo la nascita
 - sono state implementate le iniziative a favore del rooming in con l'intenzione di istituzionalizzare tale pratica a tutti i neonati e nelle 24 ore del giorno
 - per il primo anno sono state effettuate presso il Nido le otoemissioni acustiche garantendo lo screening per la sordità congenita a tutti i neonati registrando anche una diagnosi precoce di tale quadro tale da consentire un tempestivo trattamento presso il Centro di riferimento Regionale
 - tutti i neonati sono stati sottoposti al Red Reflex per lo screening della cataratta congenita, consentendo una diagnosi precoce di tale quadro e il trattamento chirurgico presso il Bambino Gesù di Roma nei tempi previsti
 - sono state concordate con il Centro di riferimento regionale presso il Policlinico Umberto I di Roma tutte le procedure per effettuare, a partire dal 2018, lo screening neonatale esteso (più di 40 malattie metaboliche) a tutti i neonati come previsto dai LEA.

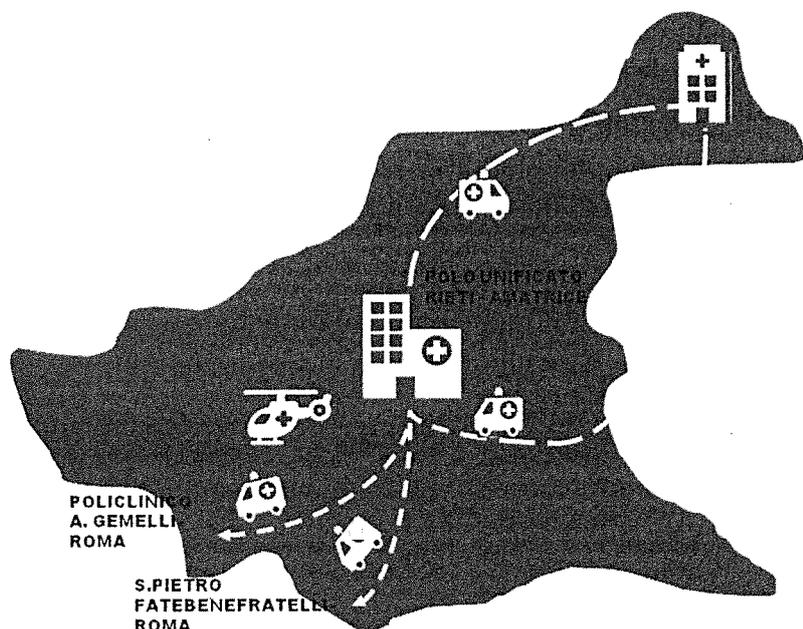
- per quanto attiene all'assistenza oncologica e' stata implementata l'attività del nuovo Ambulatorio di Cure Simultanee "ACS", aperto presso l'Hospice a fine 2016. L'ambulatorio aperto h12, 7 giorni su 7, permette un intervento tempestivo per una immediata gestione del dolore, un precoce management di eventi avversi in corso di terapia oncologia attiva e la gestione in toto del paziente fragile. Tale attività si svolge in un ambiente tranquillo e dedicato e soprattutto non sovraccarica la gestione del Day-Hospital.
- In relazione al Servizio Immunotrasfusionale: l'adeguamento del Servizio stesso ai requisiti di qualità rilevati da Kedrion per il mantenimento dell'accreditamento della Struttura. E' stato avviato il Centro Trombosi con trattamento di circa 1200 cronici che necessitano di terapia anticoagulante orale.

L'acquisizione di nuove tecnologie ha consentito di attivare ulteriori linee di attività, tra cui:

- nell'ambito dell'assistenza oftalmologica, nel 2017 sono state introdotte due nuove linee di attività grazie alla acquisizione dei nuovi device per l'impianto di lenti intraoculare (IOL) in assenza di supporto capsulare e lo stent per il glaucoma.
- per i pazienti in dialisi peritoneale, un sistema di telecontrollo denominato Shearsource, con monitoraggio da remoto, ha consentito l'assistenza al domicilio.

RETE EMERGENZA

RETI	PO RIETI	HUB
Emergenza adulti	DEA I° livello	DEA II° livello: Pol. Gemelli
Emergenza pediatria	Spoke con PS/DEA e reparto di Pediatria	Hub: Pol. Gemelli
Emergenza cardiologica	E (Cardiologia + UTIC + Emodinam.)	
Emergenza Cardiochirur.	Afferenza	Hub: Pol. Gemelli
Trauma Grave/Neuro trauma	PST	CTS: Pol. Gemelli
Rete Ictus	UTNI I° livello	UTNI II° livello: Pol. Gemelli
Rete perinatale	I° livello	II° Livello: Pol. Gemelli; S. Pietro Fatebenefratelli

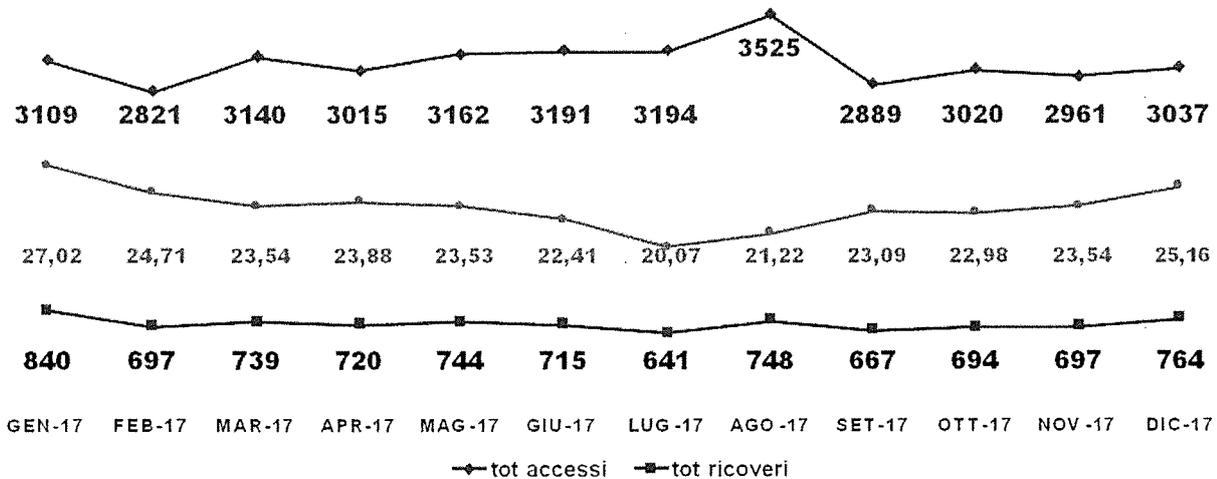


DATI EMERGENZA 2017

**37.064
accessi**

**8.666
ricoveri**

**23,38%
ricoveri**



Ulteriori iniziative poste in essere nel corso del 2017 sono state:

a) attivazione e condivisione a livello di Rete regionale Emergenza dei percorsi:

- ICTUS in cui il DEA di Rieti partecipa con una UTN di 1° livello;
- POLITRAUMA , attualmente l'unico della rete afferente al DEA di 2° livello Policlinico A. Gemelli;
- per pazienti che necessitano di consulenze GASTROENTEROLOGICHE, con riferimento anche ai pazienti in codice verde;
- Fast track per i pazienti pediatrici classificati in codice verde e bianco.

b) attivazione di 2 Posti Letto di Osservazione Breve Intensiva Pediatrica presso l'Ospedale De Lellis di Rieti, nel luglio 2017: questo ha consentito di gestire 193 pazienti con tale modalità assistenziale.

L' Assistenza Territoriale

L'azienda opera mediante 36 presidi a gestione diretta e 20 strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta:

TIPO STRUTTURA	ATTIVITÀ CLINICA	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	ATTIVITÀ DI LABORATORIO	ATTIVITÀ CONSULTORIO FAMILIARE	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI
Ambulatorio - Laboratorio	9*	9*	9*				
Struttura residenziale					1		
Struttura semiresidenziale					3	1	
Altro tipo di struttura				11	9	1	

[*I Presidi Ospedalieri e i Poliambulatori erogano più di una tipologia di prestazione]

Per le strutture convenzionate:

TIPO STRUTTURA	ATTIVITÀ CLINICA	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	ATTIVITÀ DI LABORATORIO	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA AGLI ANZIANI
Ambulatorio - Laboratorio	1	1	7				
Struttura residenziale				1			4
Struttura semiresidenziale							
Altro tipo di struttura	1**			1**	1**	1**	

[** La stessa struttura Casa Circondariale di Rieti eroga più di una tipologia di prestazione]

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 4, ulteriori rispetto alle 20 convenzionate, ad assistenza ambulatoriale ed assistenza extramurale e/o domiciliare.

In relazione agli erogatori privati accreditati che erano storicamente presenti sul territorio:

- 7 laboratori analisi;
- 2 centri di altra specialistica;
- 2 centri ex art. 26;
- 4 RSA;
- 1 Struttura terapeutico-riabilitativa,

si sono aggiunti, nel territorio del Distretto 1, due nuovi centri ex art. 26:

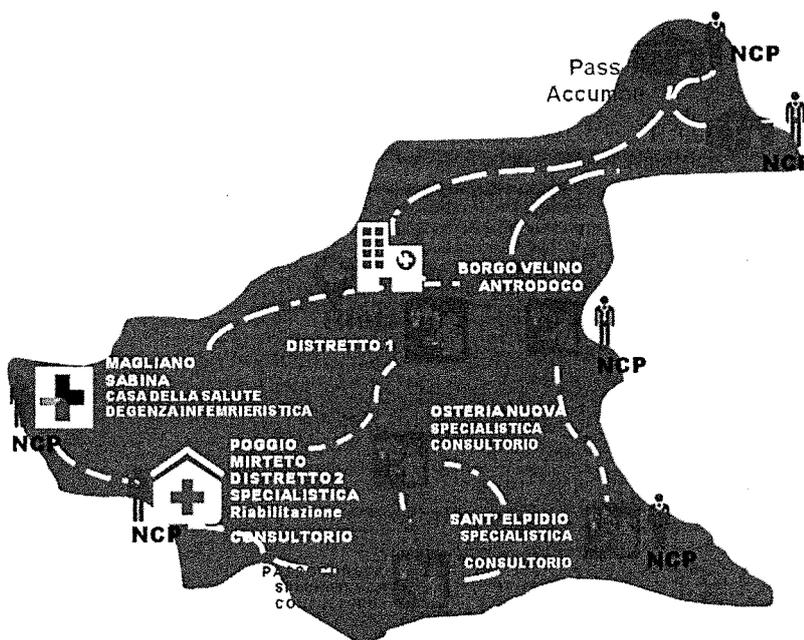
- “Mondo Riabilitazione” - centro ambulatoriale autorizzato per la erogazione di n. 154 trattamenti giornalieri, sito in via Palmegiani, a Rieti;
- “NEMO Soc. Coop. Sociale” – centro autorizzato per n. 14 posti in regime semiresidenziale.

Nel corso dell’anno 2017, entrambe le strutture hanno ottenuto sia l’autorizzazione al funzionamento, che l’accreditamento provvisorio.

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 127 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 137.897 unità (fonte dato LazioCrea), e 19 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 13.243 unità (fonte dato LazioCrea).

SERVIZI TERRITORIALI

DISTRETTO I	3 nuclei di cure primarie (Rieti, Antrodoto, S. Elpidio) + 2 PASS (Amatrice ed Accumoli)
HOSPICE	Rieti, 10 PL a gestione integrata diretta con ambulatorio Simultaneous Care
DISTRETTO II	2 nuclei di cure primarie (Salario e Mirtense)
CASA DELLA SALUTE	Magliano Sabina con 15 PL di Degenza Infermieristica
STRUTTURA RIABILITATIVA EX ART 26	Poggio Mirteto (17 PL in attesa accreditamento regionale)
CONSULTORI	Rieti, Antrodoto, Borgorose, Poggio Mirteto, Osteria Nuova – Passo Corese, Magliano Sabina



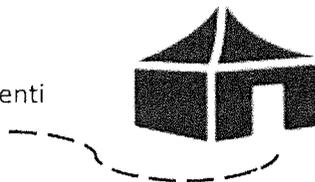
In relazione ai presidi di erogazione dell'assistenza e ai servizi, nel corso dell'anno 2017 si rilevano le seguenti variazioni:

Nel corso del 2017 non e' stata mai interrotta l'attività dei Pass, Amatrice e Accumoli, allestiti nei giorni immediatamente successivi all'evento sismico del 24 agosto 2016. Nel Posto di assistenza socio sanitaria sono attive prestazioni presso l'ambulatorio di medicina generale, quello infermieristico, di continuità assistenziale, di diabetologia, cardiologia, pediatria ed oculistica, sono inoltre attivi il servizio di assistenza sociale e di sostegno psicologico, il punto prelievi e il servizio veterinario.

Nella continuità dell'assistenza e' stato attivato il nuovo Pass di Amatrice, in sostituzione di quello realizzato nell'immediatezza degli eventi sismici. La struttura, composta da otto container espandibili, undici monoblocchi prefabbricati più altri due per i servizi, ha reso più solida la struttura attivata subito dopo il terremoto.

PASS Amatrice **Assistenza erogata**

- Assistenza sanitaria di base assicurata da Medici di Medicina Generale in rotazione per 9 ore/die (accordo FIMG-Regione),
- Servizio di Continuità Assistenziale notturna e festiva,
- Ambulatorio Infermieristico per 12 h/die con un punto prelievi 3 volte/settimana
- Centro vaccinazioni pediatriche,
- Assistenza sociale (servizio Socio-sanitario di famiglia) e psicologica,
- Prestazioni specialistiche,
- Diagnostica per immagini tramite Teleradiologia,
- Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ed Igiene Veterinaria
- Equipe itinerante di prossimità multiprofessionale



PASS Accumoli **Assistenza erogata**

- Assistenza sanitaria di base assicurata da Medici di Medicina Generale in rotazione per 9 ore/die (accordo FIMG-Regione),
- Servizio di Continuità Assistenziale notturna e festiva,
- Ambulatorio Infermieristico per 12 h/die con un punto prelievi 3 volte/settimana
- Centro vaccinazioni pediatriche,
- Assistenza sociale (servizio Socio-sanitario di famiglia) e psicologica,
- Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ed Igiene Veterinari
- Equipe itinerante di prossimità multiprofessionale



E' stato, inoltre, attivato il nuovo Poliambulatorio a Cittareale, uno dei Comuni del reatino colpito dal sisma del 30 ottobre 2016. Una struttura di 90 metri quadrati che comprende l'ambulatorio per le visite del medico di base, una sala di attesa, un dispensario farmaceutico e un monolocale a uso abitativo.

Nell'area del sisma e' stato approvato il Piano di Zona Sociale. Il Piano e' stato condiviso con le Istituzioni Comunali della Valle del Velino, i Sindacati e le Associazioni, anche internazionali, presenti nelle zone del sisma.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE –P.O. S. Camillo

LABORATORIO ANALISI -RADIOIMMUNOLOGIA	918.048	938.071
CHIRURGIA VASCOLARE -ANGIOLOGIA	10.392	10.077
CARDIOLOGIA	47.203	49.718
CHIRURGIA GENERALE	15.815	17.462
CHIRURGIA PLASTICA	486	701
MEDICINA DELLO SPORT	9.155	8.752
ENDOCRINOLOGIA	7.036	13.412
NEFROLOGIA	68.475	66.500
NEUROLOGIA	19.902	19.123
OCULISTICA	25.921	27.631
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	10.454	10.457
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	25.629	21.494
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10.243	9.615
OTORINOLARINGOIATRIA	11.589	11.638
PSICHIATRIA	11.577	12.515
UROLOGIA	13.802	13.612
DERMOSIFILOPATIA	6.194	6.227
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	67.566	74.532
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	10.949	10.365
ONCOLOGIA	8.149	13.148
PNEUMOLOGIA	16.959	18.375
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI -RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	60.549	58.604
RADIOTERAPIA	24.287	37.813
RISONANZA MAGNETICA	3.422	3.489
CHIRURGIA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA INVASIVA	18.351	18.452
ANESTESIA	838	2.548
ALTRO	19.299	34.812

[Fonte: AceSIS Asl di Rieti]

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – Accreditati

	2016	2017
Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	5.607	5.864
Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	532.050	436.293
Medicina Fisica e Riabilitazione	60.594	56.781
Totale complessivo	598.251	498.938

Per quanto attiene, invece, le problematiche legate all'abbattimento dei tempi d'attesa, in un contesto in cui il tema, complesso e multifattoriale, necessita di essere affrontato in modo sistematico agendo su tutti gli attori del sistema (prescrittori, erogatori, operatori CUP, sistema di prenotazione ed utenti, etc.) l'Asl di Rieti, in attuazione del Piano Regionale per il governo delle Liste d'Attesa 2016-2018, ha elaborato il Progetto Straordinario per l'abbattimento delle Liste

d'Attesa che, dopo l'invio alla Regione Lazio, con prot. 27063 del 19/5/2017, e' in corso di attivazione secondo le tempistiche previste.

Nel 2017, con la prioritizzazione fatta in tutte le agende delle prestazioni critiche e non critiche appartenenti alla stessa branca, i manuali RAO regionali deliberati, e tutti gli interventi aziendali attuati, i tempi di attesa hanno registrato in linea generale dei risultati positivi, tant'è che le richieste correttamente prescritte per le classi "U" "B" e "D" hanno trovato risposta allo sportello nella tempistica prevista e nei casi in cui ciò non è stato possibile, la ricetta e' stata presa in carico con la procedura interna denominata "SOS CUP".

Tutte le problematiche intercettate se causate da inappropriata prescrizione, sono diventate oggetto di analisi e riflessione nell'ambito delle Commissioni per Appropriata Prescrizione Distrettuale.

Le maggiori criticità sui tempi di attesa hanno riguardato essenzialmente la fascia "P" per RM, ecocolordoppler, ecocardiogramma, ECG da sforzo, ecografie internistiche e mammarie.

Al momento della presentazione del Progetto si registravano tempi di attesa critici per la visita cardiologica, endocrinologica, pneumologica e neurologica. I valori raggiunti nel secondo semestre 2017 sono espressi nella Tabella che segue:

		% garantita
DIFFERIBILE (da garantire entro 30/60 gg)	Visite specialistiche	84,07
	Prestazioni strumentali	78,80
PROGRAMMATA (da garantire entro 180 gg)	Visite specialistiche	96,03
	Prestazioni strumentali	72,06

[Fonte: ReCUP Aziendale]

E' stato, inoltre, potenziato il CUP aziendale con anticipazione oraria dell'apertura e con aumento del numero degli sportelli.

Le azioni di governo dei tempi di attesa, descritte nei paragrafi precedenti, hanno contribuito anche a migliorare il livello di trasparenza delle agende di prenotazione che si e' attestato sotto il livello fissato dal DCA 214/2017. Le prestazioni specialistiche "senza prenotazione" sono risultate, infatti, il 9.88% di quelle erogate, con sensibile riduzione rispetto al 24,64% del 2016.

Tra le ulteriori variazioni in riferimento ai presidi/servizi si segnalano le seguenti:

- attivato l' "Ambu-Fest" presso il Distretto 1, un importante servizio socio sanitario a disposizione di tutte le persone che hanno bisogno di cure primarie il sabato, la domenica e festivi, a prescindere dalla ASL di appartenenza, senza dover necessariamente ricorrere alle cure del Pronto Soccorso. Garantisce tutte le richieste sanitarie di prima cura tra le quali: visita medica di medicina generale, prescrizione di farmaci, visite specialistiche ed esami diagnostici, controllo della pressione, rilascio dei certificati di malattia, profilassi d'urgenza, medicazioni, rimozioni di punti.
- attivato l'ambulatorio di fisiokinesiterapia presso la sede di Passo Corese.
- consegnati i lavori presso la Struttura di riabilitazione post acuzie di Poggio Mirteto.

La Casa della Salute rappresenta il riferimento sanitario territoriale per i cittadini che afferiscono al Distretto Salario - Mirtense dell'Azienda Sanitaria Locale Rieti. Il modello clinico assistenziale della Casa della Salute si qualifica come il punto di riferimento di un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone, il luogo in cui il cittadino riceve risposte di assistenza primaria, assistenza specialistica e la garanzia di accesso a percorsi di cura semplici e complessi. La Casa della Salute garantisce interventi a crescente grado di intensità assistenziale, accoglienza integrata, presa in carico della cronicità e della fragilità, percorsi diagnostico terapeutici, continuità della assistenza, innovazione tecnologica partecipazione comunitaria.

In relazione all'integrazione socio sanitaria la ASL di Rieti è passata da una scarsa 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:

- Progetto Immigrati. E' attivo il Protocollo d'Intesa tra la ASL e i Legali rappresentanti di sette Associazioni /Organizzazioni 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.
- Progetto "Accoglienza temporanea in favore dei cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale". E' attivo il Protocollo d'Intesa tra l'Azienda e la Prefettura di Rieti il cui scopo 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.

- Progetto “Gestione delle criticità sanitarie in ambiente scolastico”. E’ attivo il 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, con lo scopo 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.

L’obiettivo ex DCA 214/2017 relativo all’assistenza domiciliare e’ stato ampiamente raggiunto e conferma l’attenzione dell’Asl di Rieti verso una fascia di età caratterizza fortemente il proprio territorio provinciale.

	2016	2017	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA Valore di riferimento > 3%
Pazienti in ADI ultra65 anni	2.098	1.897	
Tasso pazienti in ADI ultra65 anni*	5,3%	4,9%	

LIVELLO	POSTI ADI STIMATI	POSTI ADI NECESSARI rilevati come effettivi (dati 1^ sem 2017)	diff in valori assoluti	diff in valori in%
CIA 1	95	114	19	17%
CIA 2	67	135	68	50%
CIA 3 (senza VAM)	68	20	-48	-240%
CIA 4 (CIA 3 con VAM)	16	8	-8	-100%
TOTALE	246	277	31	



ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

	2016	2017
Pazienti in ADI ultra65 anni	2.098	1.897

HOSPICE

I Posti letto dell'Hospice sono n. 10.

	2016	2017
numero di pazienti ricoverati	131	184
giornate di degenza	1.331	2.350

[Fonte: AceSIS Asl di Rieti]

RSA ANNO 2017

	n. ricoveri	gg erogate	posti letto	tasso utilizzo posti letto	degenza media per ricovero
RSA Borbona	684	20447	60	93,37	29,89
RSA Cirene	172	4994	15	91,21	29,03
RSA Montebuono	496	14742	60	67,32	29,72
RSA S. Rufina	757	22606	77	80,43	29,86
TOTALE	2109	62789	212	81,14	29,77

[Fonte: AceSIS Asl di Rieti]

La Prevenzione

Il Dipartimento Di Prevenzione e' la macro struttura della ASL Rieti preposta all'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e lavoro. Svolge le seguenti funzioni e attività: sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; salute animale e igiene urbana veterinaria: sicurezza alimentare; medicina sportiva.

Gli obiettivi specifici del Dipartimento discendono dagli obiettivi generali di Legge ed in particolare dai Livelli Essenziali di Assistenza stabiliti dal DPCM 12/01/2017, dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018 e dal Piano attuativo Locale.

In relazione ai presidi di erogazione dell'assistenza e ai servizi, nel corso dell'anno 2017 si rilevano le seguenti variazioni:

- Istituito il Laboratorio micologico di I° livello - Ispettorato micologico (delibera n. 240/CS del 20/6/2017) e Attivazione Laboratorio carni selvatiche.
- Nel mese di settembre 2017 è stato attivato un Numero Verde per informazioni sulle vaccinazioni e un'APP scaricabile gratuitamente.

- Presso lo PSAL è stato aperto uno "Sportello informativo ex esposti all'amianto" che accoglie le richieste di tipo normativo, tecnico e sanitario di lavoratori ex esposti o potenzialmente esposti a tale fattore di rischio con lo scopo di fornire indicazioni appropriate sull'effettiva esposizione all'amianto, in base ad una matrice dose-esposizione semiquantitativa, ed avviare gli utenti ad un eventuale percorso clinico-diagnostico in caso di indice di esposizione significativo.

A) Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2017 e 2016

	2016	2017
Numero di lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie :	28	76
Di cui apprendisti o minori :	0	0
Numero di indagini effettuate per infortuni sul lavoro :	50	25
Numero di indagini effettuate per malattie professionali :	49	43
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche :	818	801
Numero di aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria :	1313	1139
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive) :	435	669
Numero di studi epidemiologici su malattie cronico degenerative e studi di mortalita'	6	3
Numero di campagne di screening effettuate per la prevenzione di patologie tumorali	6	8
Residenti che hanno compiuto 24 mesi di età e sono stati regolarmente vaccinati :	1085	1072
Numero di pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile :	548	492
Numero di pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile :	548	492

(Fonte dato modello NSIS F.I.S. 18)

L'Asl di Rieti ha effettuato, negli ultimi anni, un'intensa opera per la promozione delle attività di Screening sospese per tutto l'anno 2013 e riattivate nel 2014 raggiungendo i livelli di copertura di seguito riportati.

In relazione alle coperture vaccinali dell'età evolutiva nell'anno 2017 si è verificato un forte incremento percentuale attribuibile in larga misura all'entrata in vigore della L. 119/2017. Come previsto dal Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015 (PNEMoRC 2010-2015) già da diversi anni nella nostra ASL sono stati adottati interventi correttivi per il miglioramento delle coperture.

ATTIVITA' DI SCREENING	2016	2017
Copertura test screening mammografico	41,92%	51,47%
Copertura test screening cervicocarcinoma	87,9%	72,39%
Copertura test screening colon retto	12,68%	14,78%

ATTIVITA' VACCINALE	2016	
N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati	84,30	93,70
N. nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita e vaccinati con il vaccino MPR	100%	100%

Vaccinazione

Anno di Riferimento	Tasso Copertura ASL Rieti >65 anni	Tasso Copertura Media
2014/2015	47.0 %	
2015/2016	53.0 %	
2016/2017	54,10%	

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.

Sempre in tema di vaccinazioni, in riferimento alla Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale, si può osservare che la ASL di Rieti, seppur al di sotto dell'obiettivo LEA del 75%, ha mantenuto comunque un trend di crescita costante e superiore comunque alla media Regionale.

Nel 2017 e' stato dato un forte impulso, da parte del Dipartimento di Prevenzione, ad interventi di promozione per la riduzione degli incidenti stradali attraverso la predisposizione di depliant e dell'App "cALCOLapp", relativa al calcolo del tasso alcolico, da divulgare agli studenti universitari e delle scuole medie superiori oltre predisposizione depliant sul corretto utilizzo del passeggino per la protezione dei bambini dagli incidenti stradali da inviare ai pediatri di libera scelta.

Il Personale

Il quadro delle risorse umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato, alla data del 31 dicembre 2017, comprensivo di n.30 collaborazioni coordinate e continuative, e' riportato nelle Tabelle che seguono:

DIRIGENTI	T.I.	T.D.	COCOCO
Ruolo sanitario			
Dirigenti Medici	235	47	11
Dirigenti Veterinari	14	1	
Ruolo sanitario non medico			
Dirigenti Professioni Sanitarie	1		
Dirigenti Fisici	1	1	
Dirigenti Farmacista	5	2	
Dirigenti Biologi			
Dirigenti Psicologi	18	2	7
Ruolo professionale			
Dirigenti Ingegneri	2	1	
Ruolo tecnico			
Dirigenti Sociologi	2		1
Ruolo amministrativo			
Dirigenti Amministrativi	5	1	
TOTALE	283	55	19

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

COMPARTO	T.I.	T.D.	COCOCO
Ruolo amministrativo	140	1	
Ruolo tecnico	171	1	2
Ruolo sanitario	755	95	9
TOTALE	1046	97	11

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

Al 31/12/2017, inoltre, risultano presenti n. 241 posizioni ricoperte da personale in somministrazione lavoro.

1.3 I risultati raggiunti

Nonostante un trend di crescita dei costi del Servizio Sanitario a livello nazionale, la ASL Rieti ha realizzato, in controtendenza, una costante riduzione della spesa corrente. Questo andamento ha consentito il conseguimento del pareggio di bilancio a partire dall'esercizio 2014.

PROSPETTO RELATIVO ALLE VOCI DI SPESA DI DIRETTA GESTIONE AZIENDALE

	IMPORTI TOTALI	B1	B2	B3	B3	C3.4	C1	C2
		PERSONALE	PRODOTTI FARM	ALTRI BENI E SERVIZI (NO CONSULENZE)	CONSULENZE	ALTRE PRESTAZIONI DA PRIVATO	MEDICINA DI BASE	FARMACEUTIC A CONVENZION ATA
CONSUNTIVO 2016	220.185.948	89.253.036	15.068.421	48.877.627	2.822.853	17.410.772	20.566.617	26.186.622
BUDGET 2017 CONCORDATO	225.109.864	90.025.005	15.457.259	50.365.968	3.275.677	18.939.955	21.074.000	25.972.000
BILANCIO 2017	221.725.548	89.518.836	15.639.776	47.549.809	3.121.384	19.323.801	20.370.641	26.201.301
DELTA BUDGET /BILANCIO 2017	(3.384.316)	(506.169)	182.517	(2.816.159)	(154.293)	383.846	(703.359)	229.301

I positivi risultati sono stati raggiunti attraverso numerose azioni volte al miglioramento delle performance economiche, che dovranno diventare la modalità ordinaria di utilizzo delle risorse.

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.

E’ possibile conseguire ulteriori risultati agendo su tre principali direttrici di intervento :

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

1.4 Le criticità e le opportunità

Gli effetti degli eventi sismici del 2016 hanno pesantemente influenzato anche l’attività dell’Azienda nel corso del 2017.

Non è stata mai interrotta l’attività dei Pass, Amatrice e Accumoli, allestiti nei giorni immediatamente successivi all’evento sismico del 24 agosto 2016. Nel Posto di assistenza socio sanitaria sono state attivate prestazioni presso l’ambulatorio di medicina generale, quello infermieristico, di continuità assistenziale, di diabetologia, cardiologia, pediatria ed oculistica, sono inoltre stati attivati il servizio di assistenza sociale e di sostegno psicologico, il punto prelievi e il servizio veterinario. Nella continuità dell’assistenza è stato attivato il nuovo Pass di Amatrice, in sostituzione di quello realizzato nell’immediatezza degli eventi sismici. La struttura, composta da otto container espandibili, undici monoblocchi prefabbricati più altri due per i servizi, ha reso più solida la struttura attivata subito dopo il terremoto.

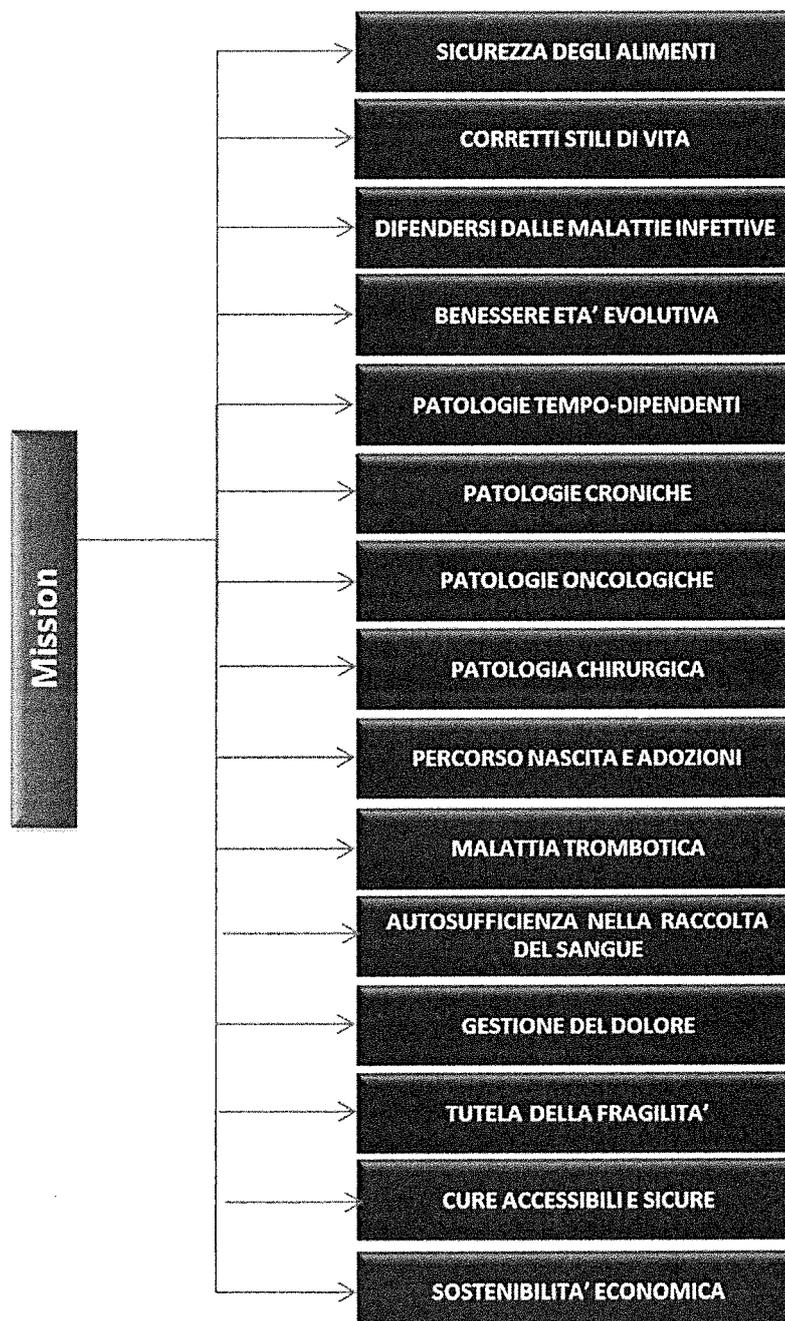
Ulteriori criticità sono rappresentate da: un quadro programmatico regionale in costante e repentina evoluzione, nella ricerca di difficili soluzioni contingenti (e, più limitatamente, strutturali) alle esigenze di riequilibrio della forbice tra entrate e spese; il permanere di personale a tempo determinato, costantemente prorogato per non disperdere le conoscenze acquisite; la mancanza di una reale cultura del territorio che determina un tasso di ospedalizzazione eccessivo; 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 non completamente positiva.

Di contro, gli effetti delle azioni finora messe in campo 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 per l'adeguamento delle 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; la riorganizzazione delle aree chirurgica e medica; la programmazione delle assunzioni.

2. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

2.1 Albero della performance



2.2 Obiettivi strategici e piani operativi

Le strategie aziendali delineate nell'Albero della Performance 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.

In riferimento alle linee strategiche e ai piani operativi programmati dall'Azienda va sottolineato come anche per il 2017 l'ASL di Rieti abbia posto un focus particolare sulla centralità della persona, dei suoi bisogni e aspettative, e lavorato sull'equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

Per ciascuna delle dimensioni sotto riportate sono stati individuati 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.

Gli obiettivi strategici definiti per il 2017 sono i seguenti:

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
SICUREZZA DEGLI ALIMENTI <i>... segue</i>	Sicurezza della risorsa "acqua potabile"	Mantenere un livello standard di qualità e sicurezza dell'acqua potabile destinata all'utilizzo domestico.	Garantire lo standard di controlli sulla rete di distribuzione dell'acqua potabile su tutto il territorio provinciale e aumentare i controlli presso gli enti erogatori risultati non a norma.
	Sicurezza alimentare	Controllare che gli alimenti che arrivano alla tavola del consumatore siano sani e privi di adulterazioni.	Garantire un monitoraggio capillare della qualità dell'alimento di origine animale in tutte le fasi dalla produzione, alla trasformazione, fino alla distribuzione, in modo da intercettare precocemente comportamenti non conformi, sia di origine microbiologica che chimica, allontanando l'alimento dalla filiera alimentare .
		Prodotti di origine animale controllati, sicuri e privi di residui pericolosi.	Garantire una programmazione dei controlli sulla base di una ricerca qualitativa più mirata indirizzando le attenzioni verso le attività potenzialmente più rischiose per la salute umana al fine tutelare la salute e sicurezza dei cittadini.
	Mantenimento dello stato di Provincia ufficialmente indenne per Brucellosi e Tubercolosi	Mantenimento dello status di Provincia Ufficialmente Indenne da TBC e BRC	Garantire i controlli sugli allevamenti e sensibilizzare le aziende visitate sull'importanza della profilassi per contrastare le zoonosi e tutelare la Sanità degli allevamenti per prevenire possibili infezioni all'uomo.

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
<p>SICUREZZA DEGLI ALIMENTI</p>	<p>Prevenzione e contrasto delle intossicazioni da funghi</p>	<p>Prevenire l'avvelenamento da funghi</p>	<p>L'analisi macroscopica dei funghi freschi raccolti dai cittadini può escludere la presenza di specie fungine tossiche e mortali ed impedirne il consumo. Inoltre l'attività di consulenza presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Rieti nei casi di sospetta o conclamata intossicazione da funghi può orientare le scelte terapeutiche. Tali attività saranno ulteriormente potenziate con la prossima implementazione del Laboratorio Micologico.</p>
<p>CORRETTI STILI DI VITA</p>	<p>Prevenzione stili di vita "a rischio"</p>	<p>Prevenire patologie legate alla cattiva alimentazione e sedentarietà</p>	<p>Per promuovere stili di vita salutari nella popolazione sono in programma i seguenti progetti da completare nel triennio :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Più frutta e verdura in movimento: promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione nelle scuole; 2) Più frutta e verdura e meno sale ma iodato: promozione di buone pratiche su alimentazione e scelte nutrizionali; 3) Promozione della sicurezza alimentare e dell'igiene nutrizionale presso la ristorazione collettiva e i punti vendita.

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
DIFENDERSI DALLE MALATTIE INFETTIVE <i>... segue</i>	Prevenzione delle malattie infettive (morbillo, rosolia e parotite) nella prima infanzia potenziando le campagne di vaccinazione	Maggiori informazioni per stimolare la vaccinazione dei bambini	Incrementare la copertura vaccinale fino al raggiungimento degli standard indicati dalla OMS attraverso: 1. campagne informative/formative volte a sensibilizzare i genitori sulle vaccinazioni al fine di incrementare il numero dei soggetti vaccinati; 2. materiale informativo da distribuire nei centri vaccinazioni e nella UOC Ostetricia e Ginecologia al momento della dimissione
	Prevenzione delle malattie infettive (difterite, tetano, pertosse, polio, epatite B, emofilo) nella prima infanzia potenziando le campagne di vaccinazione	Maggiori informazioni per stimolare la vaccinazione dei bambini	Mantenere i livelli di copertura vaccinale presenti attraverso: 1. Mantenere la copertura per Esavalente in linea con quella della Regione Lazio (e possibilmente incrementarla). 1. Sensibilizzare i genitori attraverso la realizzazione di materiale informativo, incontri presso le scuole, campagne pubblicitarie su mass media.
	Potenziamento delle campagne di vaccinazione anti influenza su popolazione > 65 anni	Maggiori informazioni per stimolare la vaccinazione degli over 65	Mantenere la copertura per la vaccinazione antinfluenzale (e possibilmente incrementarla). Sensibilizzare la popolazione attraverso la realizzazione di materiale informativo, incontri presso le scuole, campagne pubblicitarie su mass media.

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
DIFENDERSI DALLE MALATTIE INFETTIVE	Prevenzione delle malattie infettive derivanti dalla presenza sul territorio di cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale.	Corretta gestione delle malattie infettive dei cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale	Monitoraggio Progetto "Accoglienza temporanea in favore dei cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale" ed implementazioni eventuali azioni correttive
	Gestione del rischio e della qualità	Controllo Infezioni Ospedaliere	Implementazione di azioni ad elevata evidenza per la prevenzione delle infezioni correlate a pratiche assistenziali (Bundle) Mantenimento rispetto della procedura aziendale sulla profilassi antibiotica nelle unità operative chirurgiche
	Corretto trattamento della malattia infettiva ed in particolare dell'AIDS	Corretta gestione della patologia	Mantenimento trend ricoveri per AIDS

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
BENESSERE ETÀ EVOLUTIVA	Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nell'età evolutiva.	Maggior formazione per aiutare i ragazzi ad adottare corretti stili di vita.	Riuscire a formare più insegnanti in tutte le scuole del Comune di Rieti ed estendere il progetto nel restante territorio.
	Formazione strutturata in tema di salute e sicurezza sul lavoro rivolta ad Istituti scolastici II° della Provincia di Rieti	Maggiore formazione degli studenti in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.	Organizzare programmi formativi in tutti gli Istituti scolastici II° (istituti tecnici)
PATOLOGIE TEMPO-DIPENDENTI <i>...segue</i>	Corretto trattamento delle diverse Patologie Tempo-Dipendenti	Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente colpito da ictus	Rispetto dei tempi previsti dal Percorso aziendale per l'esecuzione degli esami al fine di effettuare la trombolisi
		Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente colpito da Infarto	Aumento del numero di pazienti con IMA STEMI trattati entro 90 minuti

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
PATOLOGIE TEMPO-DIPENDENTI	Corretto trattamento delle diverse Patologie Tempo-Dipendenti	Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente colpito da Infarto	Diminuzione del numero dei pazienti ricoverati per IMA(Infarto Miocardico Acuto)
			Mantenimento del tasso di mortalità a 30 giorni per IMA
			Trattamento di tutti i pazienti eleggibili con procedure di emodinamica
		Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente con frattura di femore	Corretta gestione di tutte le comorbidità del paziente al fine di consentire l'operazione per frattura di femore entro 2 giorni
	Rapidità delle cure	Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente	Mantenimento o ulteriore abbattimento dei tempi di risposta da parte del Laboratorio Analisi al Pronto Soccorso

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
<p>PATOLOGIE CRONICHE</p>	<p>Corretto trattamento delle patologie croniche</p>	<p>Gestire “al meglio” la patologia a domicilio</p>	<p>Ridurre l’ospedalizzazione per Diabete, BPCO e Scompenso Cardiaco</p>
			<p>Formazione del paziente al fine di consentire l’autogestione della patologia</p>
			<p>Revisione PDTA prevedendo percorsi differenziati a seconda del diverso stadio della patologia ed integrazione con PCO ospedalieri</p>

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
PATOLOGIE ONCOLOGICHE <i>.. segue</i>	Potenziamento degli screening oncologici	Potenziamento degli screening sottodimensionati al fine di individuare precocemente possibili casi di cancro	Riorganizzazione delle attività di screening mammario e colon retto al fine di aumentare la percentuale di adesione
	Corretto trattamento delle diverse patologie oncologiche	Miglioramento della qualità delle cure per i pazienti affetti da Patologia Oncologica	Revisione dei percorsi clinico-organizzativi e assistenziali con inserimento della fase relativa allo screening
			Ampliamento dell'offerta per i pazienti affetti da patologia oncologica oggetto di screening
			Riduzione delle liste d'attesa per intervento chirurgico a pazienti con diagnosi di patologia oncologica maligna

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
PATOLOGIE ONCOLOGICHE <i>.. segue</i>	Corretto trattamento delle diverse patologie oncologiche	Miglioramento della qualità delle cure per i pazienti affetti da Patologia Oncologica	Mantenimento/Aumento numero interventi per tumore alla mammella
			Mantenimento/Aumento numero interventi per tumore del colon retto
			Mantenimento/Aumento numero interventi per tumore della tiroide
			Mantenimento/miglioramento tasso di reintervento a 120 giorni per pazienti affetti da carcinoma della mammella
			Miglioramento dell'offerta sul territorio per i pazienti che necessitano di cure palliative

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
PATOLOGIE ONCOLOGICHE	Corretto trattamento delle diverse patologie oncologiche	Miglioramento della qualità delle cure per i pazienti affetti da Patologia Oncologica	Ampliamento della presa in carico del paziente oncologico nella fase terminale
			Miglioramento della qualità del percorso K mammella con il raggiungimento della certificazione internazionale EUSOMA
PATOLOGIA CHIRURGICA	Trattamento delle colecisti in laparoscopia	Interventi rapidi, sicuri e senza complicanze.	Mantenimento degli standard raggiunti.

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
PERCORSO NASCITA E ADOZIONI	Supporto nell'iter delle adozioni	Tempi certi e garantiti per concludere l'iter delle adozioni	Mantenimento degli standard attuali sulle tempistiche dell'iter che porta all'adozione
	Percorso nascita	Migliorare l'organizzazione e la sicurezza del percorso dall'inizio della gravidanza al ritorno a casa	Potenziare la partoanalgesia
			Riduzione tagli cesarei primari
	Prevenzione emorragia post partum		
Prevenzione della depressione post partum: avvio del progetto attraverso la somministrazione alle neo mamme, in occasione della prima vaccinazione, del questionario "Edimburgo"			

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
MALATTIA TROMBOTICA	Corretto trattamento della malattia trombotica e corretta gestione delle terapie con farmaci anticoagulanti	Corretta gestione della patologia trombotica	A seguito della riorganizzazione del Centro TAO e NAO l'Azienda intende prendere in carico in maniera più appropriata i pazienti affetti da malattie emorragiche e patologie di interesse ematologico.
AUTOSUFFICIENZA NELLA RACCOLTA DEL SANGUE	Promozione della cultura della donazione di sangue	Fornire informazioni per una scelta consapevole della donazione	formazione del personale aziendale sull'importanza delle donazioni e la corretta informazione al paziente
			organizzazione di campagne di sensibilizzazione sulla donazione di sangue
			Mantenimento autosufficienza
BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
GESTIONE DEL DOLORE	Gestione del dolore acuto e cronico	Conoscere gli strumenti e i luoghi per trattare il dolore.	Rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica
			Migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da dolore mediante l'istituzione nell'ambito delle <i>Simultaneuscaredi</i> ambulatori territoriali per la presa in carico del paziente affetto da dolore cronico
TUTELA DELLA FRAGILITÀ <i>..segue</i>	Dimissioni protette e continuità assistenziale tra ospedale e rientro al domicilio	Rimanere in ospedale solo il tempo necessario	Miglioramento dei tempi di degenza media dei reparti di medicina ed ortopedia e traumatologia legati al progetto TANDEM

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
TUTELA DELLA FRAGILITÀ	Salute mentale	Evitare crisi che portino a ricoveri obbligati in ospedale	Trattare correttamente i pazienti noti del territorio attraverso una presa in carico multidisciplinare
		Gestione ottimale di tutte le patologie da dipendenza e mentali	Integrazione dei servizi al fine di consentire una gestione corretta dei pazienti affetti da pluripatologia.
	Gestione dei disturbi del comportamento alimentare	Migliorare l'offerta sui DCA	Apertura di un centro semiresidenziale al fine di aumentare la presa in carico
	Gestione delle cure odontoiatriche per classi socialmente deboli (bambini "fragili")	Migliorare il servizio delle cure odontoiatriche per le classi socialmente deboli (special needs)	Potenziare l'approccio multidisciplinare per il trattamento degli special needs (pazienti con disabilità psichica e fisica) attraverso un protocollo condiviso con anestesisti

BISOGNI	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI FUTURE
CURE ACCESSIBILI E SICURE	Gestione del Rischio e della Qualità	Cure appropriate e sicure	Miglioramento compilazione check list operatorie anche a seguito dell'informatizzazione del processo
	Governo delle Liste d'Attesa	Cure accessibili	Garantire i tempi di attesa sulla quasi totalità delle sedi di erogazione aziendale
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	Razionalizzazione dei processi di spesa	Pareggio di Bilancio	Mantenere il pareggio di Bilancio

Per quanto riguarda la valutazione si allega tabella riepilogativa dei risultati raggiunti nel 2017 rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno indicandone le cause e le eventuali misure correttive adottate **(Allegato 1)**

A livello generale, l'attuazione delle strategie descritte attraverso l'albero della performance delineano, visti i risultati ottenuti, un'azienda in fase di miglioramento, sia dal punto di vista delle performance sanitaria che dal lato delle risorse economiche, pur in presenza di un contesto organizzativo di riferimento ancora problematico.

La ASL Rieti ha scelto lo strumento della scheda budget come sistema di misurazione della performance organizzativa. Il processo di budgeting è parte integrante del più generale Sistema di Programmazione e controllo della gestione finalizzato alla responsabilizzazione delle Unità Operative che negoziano il budget e dall'orientamento dei comportamenti organizzativi.

Attraverso il processo di budgeting medesimo, ossia attraverso la negoziazione dello stesso, le verifiche infrannuali sull'andamento delle attività gestionali e la valutazione finale ad opera dell'Organismo Indipendente di Valutazione, si esaurisce con la valutazione sui risultati della gestione.

Con Deliberazione n.167/DG del 14.02.2017 è stato approvato il documento "Invito al budget 2017" ed avviato l'iter della negoziazione per l'anno 2017; con Deliberazione n.190/DG del 16.02.2017 sono stati individuati i componenti del Comitato di budget per l'anno 2017, che si è riunito in data 18.05.2017.

Come previsto nella Deliberazione n.1430 DG del 30.12.2008 è stato realizzato un doppio livello di negoziazione: la Direzione ha negoziato con i Direttori/Referenti dei Dipartimenti gli obiettivi dipartimentali, i Direttori/Referenti, a loro volta, con il supporto delle Unità di Staff, hanno negoziato gli obiettivi con i Responsabili delle singole UU.OO. afferenti al proprio Dipartimento.

Con Delibera n.2 del 03.01.2018 sono state approvate le schede di budget 2017.

Gli obiettivi assegnati alle strutture sono stati declinati in coerenza con quanto previsto nel Piano della Prestazione e dei Risultati 2017-2019, nel Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale" e nel DCA n.214 del 6 giugno 2017 con il quale la Regione Lazio ha assegnato ai Direttori Generali di tutte le Aziende Sanitarie gli obiettivi relativi all'anno 2017.

Al fine di valorizzare al meglio l'apporto dei Centri di Responsabilità alle performance aziendali, come evidenziato nel verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) della seduta del 08.03.2019, la Direzione ha deciso di applicare già dal 2017 criteri di verifica che tengano conto non solo del raggiungimento degli obiettivi, ma anche del grado di miglioramento delle performance rispetto all'anno precedente.

Inoltre, l'azienda conferma anche per il 2017 quanto già previsto in particolare nel verbale dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) della seduta del 10.07.2017, dal quale emerge il recepimento degli accordi sindacali relativamente alle soglie di accesso per l'erogazione della

retribuzione di risultato utilizzate per l'anno 2015, così come definite nel verbale della seduta del 27.06.2016 che prevedeva:

- di mantenere la soglia minima per l'erogazione piena della retribuzione di risultato, come previsto dall'accordo sindacale del 1998, al 90% del punteggio complessivo conseguito e di mantenere al 20% la soglia minima al di sotto della quale non erogare la retribuzione di risultato;
- di innalzare per la Dirigenza PTA al 50% la soglia minima al di sotto della quale non erogare la retribuzione di risultato

PRECISATO che tale proposta non modifica la valutazione espressa in termini percentuali, ma agisce esclusivamente sulla retribuzione di risultato consentendo:

- ai Centri di Negoziazione che hanno riportato una valutazione maggiore o uguale al 90% di accedere al 100% del premio;
- ai Centri di Negoziazione non della Dirigenza PTA che hanno riportato una valutazione inferiore al 90% e maggiore o uguale al 20% di accedere ad una quota del premio proporzionalmente al punteggio raggiunto;
- ai Centri di Negoziazione della Dirigenza PTA che hanno riportato una valutazione inferiore al 90% e maggiore o uguale al 50% di accedere ad una quota del premio proporzionalmente al punteggio raggiunto.

La sintesi della valutazione organizzativa per l'anno 2017 è la seguente:

STRUTTURE	VALUTAZIONE ORGANIZZATIVA
Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari	100,00%
Controllo di Gestione	100,00%
Coordinamento Medici Competenti	100,00%
Medicina Penitenziaria	100,00%
Professioni Sanitarie Infermieristiche	100,00%
Risk Management e qualità	100,00%
Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e Servizio di Ingegneria Clinica	100,00%
Anagrafe Zootecnica e degli Insediamenti Produttivi	100,00%
Dipartimento di Prevenzione	100,00%
I.P.T.C.A:	100,00%
Igiene Alimenti e Nutrizione	100,00%
Medicina dello Sport	100,00%
Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	100,00%
Sanità Animale e IAPZ	100,00%
Anatomia Patologica	100,00%

STRUTTURE	VALUTAZIONE ORGANIZZATIVA
Dipartimento dei Servizi	100,00%
Laboratorio Analisi	100,00%
Radioterapia	100,00%
SIMT	100,00%
UOC CENTRO SALUTE MENTALE	100,00%
UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	100,00%
UOSD DIPENDENZE E PATOLOGIE D'ABUSO	100,00%
UOSD RESIDENZE SANITARIE TERAPEUTICO RIABILITATIVE	100,00%
Tecnico Patrimoniale	99,85%
Sistema Informatico	99,71%
Dipartimento di Medicina	99,05%
DPT PREVENZIONE	98,92%
Acquisizione e Logistica di Beni e Servizi	98,80%
Neurologia	98,80%
Amm.ne del Personale Dipendente, a convenzione e collaborazione	98,71%
DSM	98,41%
Medicina interna	98,38%
DPT SERVIZI	98,32%
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche	97,33%
Gastroenterologia	97,26%
AMM.VE E STAFF	96,44%
Politica del Farmaco e dei Dispositivi Medici	96,15%
UOSD TSMREE	95,60%
Oncologia Medica	95,02%
Comunicazione e Marketing	95,00%
Sviluppo Competenze e Formazione	94,75%
Anestesia e Rianimazione	94,70%
Diagnostica per Immagini	94,46%
Pneumologia	94,12%
Medicina Fisica e Riabilitativa	94,02%
DPT MEDICINA	93,94%
Dipartimento di Chirurgia	93,37%
Attività Amministrative Decentrate	92,55%
Affari Generali e Legali	92,50%
Economico Finanziaria	92,50%
Chirurgia Generale e Oncologica	92,44%
Anticorruzione e trasparenza	91,67%
DPT EA	91,63%
Dipartimento di Emergenza e Accettazione	91,60%
Igiene e Sanità Pubblica	91,60%
Nefrologia e Dialisi	91,52%
ORL e Chirurgia Cervico Facciale	91,50%
Ostetricia e Ginecologia	91,37%

STRUTTURE	VALUTAZIONE ORGANIZZATIVA
Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	91,24%
Malattie Infettive	91,02%
Chirurgia Generale e d'Urgenza	90,97%
Pediatria	90,96%
Geriatria	90,71%
Medicina Legale	90,63%
Direzione Medica Ospedaliera	90,50%
Cure Primarie	90,00%
DISTRETTO 2	90,00%
TERRITORIO	87,50%
DPT CHIRURGIA	85,13%
DISTRETTO 1	85,00%
Oftalmologia	83,28%
Chirurgia Vascolare	82,03%
Cardiologia	81,08%
Urologia	73,76%
Ortopedia e Traumatologia	73,00%
Totale complessivo	94,65%

Stato di attuazione del programma triennale.

Nel corso del 2017 sono stati realizzati corsi di formazione rivolti ai Dirigenti ed agli operatori del comparto sul D.Lgs. 33/2013, sul D.Lgs. 39/2013 in materia di inconfiribilità e incompatibilità, e sul nuovo Codice degli appalti (7 eventi formativi realizzati).

Sono stati istituiti i Patti di Integrità negli affidamenti delle gare che permettono di contrastare e combattere il fenomeno corruttivo nei contratti pubblici.

Sono stati previsti una serie di incontri finalizzati al monitoraggio della mappatura dei rischi, che ha permesso di evidenziare i punti di criticità del sistema.

Nel prossimo triennio saranno implementate le azioni già intraprese e in particolare:

- la formazione, l'informazione e la trasparenza quale strategia privilegiata di prevenzione dei fenomeni di corruzione, cattiva amministrazione, malfunzionamento e conflitto di interessi, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Triennale della trasparenza e Integrità e del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione;

- continuare il percorso formativo intrapreso, in modalità di *"training of the job"* e di *"workshop"* mirato alla sensibilizzazione del personale al fine di creare un circolo virtuoso di legalità attraverso processi decisionali e comportamentali improntati a fondamentali principi di imparzialità, trasparenza e rispetto delle regole;

- aggiornare ed integrare la mappatura dei rischi e delle misure anticorruzione previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione;
- informare il personale circa l'opportunità del *c.d. whistleblower*, utilizzando il modello per la segnalazione di condotte illecite, connessa alla tutela del segnalante;
- implementare i controlli sulle aree "più esposte" al rischio adottando le misure di prevenzione più idonee e cercare di attuare, ove l'organico lo consenta, la rotazione al personale evitando le possibili situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, nell'osservanza delle misure contenute nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione;
- prevedere misure di prevenzione della corruzione applicabili, misurabili e verificabili, in modo da facilitare la verifica dell'impiego delle risorse umane e finanziarie nell'ambito delle strutture aziendali, con la specifica che gli obiettivi e gli indicatori di risultato devono essere conformi all'obiettivo di performance. In tal modo il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione assolve, in ossequio alla normativa, la funzione di strumento di programmazione aziendale.

A seguito della continua attività di monitoraggio si è proceduto ad effettuare una serie di modifiche ed integrazioni delle pubblicazioni sul sito "Amministrazione trasparente", tra cui i seguenti aggiornamenti:

1. il layout della sezione Amministrazione trasparente, in adeguamento al dettato normativo vigente;
2. visibilità dello storico delle delibere e delle determinazioni aziendali, a far data dal 2011, consultabili per anno e per argomento nell'albo pretorio *on-line*;
3. verifica della completezza delle informazioni pubblicate, con riferimento alle griglie contenenti l'elenco degli obblighi di pubblicazione ed allegate al piano triennale per la trasparenza;
4. coinvolgimento dei responsabili delle strutture per gli aggiornamenti di competenza con invito a verifiche costanti per il conseguente adeguamento ed aggiornamento di competenza;
5. programmazione della formazione in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione della dirigenza.

L'Azienda ha organizzato, come previsto dalla normativa, la "giornata della trasparenza" con il coinvolgimento delle Associazioni, degli Stakeholder e dei cittadini per ricevere le richieste di eventuali ed ulteriori informazioni da pubblicare, oltre quelle obbligatorie.

Nel 2017, l'Azienda ha adeguato la pubblicazione delle informazioni così come previsto dal D.Lgs 97/2016 (FOIA), nel puntuale rispetto delle indicazioni contenute di cui alle Linee Guida ANAC. In particolare si è posta attenzione all'istituto dell'accesso civico ed accesso civico generalizzato..

Viene introdotto, in questo modo, il concetto di pubblicazione come regola di trasparenza con conseguente potenziamento di quella facoltativa che non è imposta dalla legge ma dal buon andamento dell'amministrazione intesa come "casa di vetro".

Tutte le azioni poste in essere in materia di trasparenza, oltre a rispondere ad obblighi di legge, avvicinano l'Azienda ai cittadini nel rendere fruibili i provvedimenti emanati ed i dati in suo possesso, facilitandone l'accesso in entrambe le modalità, sia civico che generalizzato. In particolare in quest'ultimo caso si possono richiedere informazioni e documenti per cui non è previsto l'obbligo di pubblicazione.

Nel corso dell'anno, a tale riguardo, la ASL ha soddisfatto entro i termini di legge le richieste pervenute.

Infine si rappresenta che, per rafforzare l'incisività dell'azione, si inseriranno negli atti di conferimento degli incarichi dirigenziali e di posizione organizzativa gli obiettivi volti al perseguimento della trasparenza..

2.3 Obiettivi individuali

Gli obiettivi individuali sono stati assegnati in coerenza con gli obiettivi assegnati alle singole strutture con lo scopo di promuovere la crescita delle competenze delle risorse umane impiegate in azienda. In questa accezione, le performance individuali sono declinate secondo il contributo individuale ai risultati della gestione, attraverso la condivisione degli obiettivi dell'equipe o dell'unità operativa di appartenenza, e secondo le conoscenze, capacità/abilità e competenze tecniche.

Uno dei fondamenti della valutazione individuale è il colloquio di valutazione e il contraddittorio.

Il colloquio è il momento attraverso il quale valutato e valutatore si confrontano e discutono della valutazione stringendo un patto lavorativo con l'azienda attraverso l'individuazione degli obiettivi da raggiungere e dai comportamenti da tenere. Nella scheda di valorizzazione individuale, dunque, valutatore e valutato concordano i criteri/obiettivi sulla base dei quali quest'ultimo sarà valutato nel corso dell'anno.

Le modalità di erogazione del trattamento accessorio individuale sono state condivise negli accordi sindacali tra Azienda e OO.SS, Comparto e Dirigenza, e oggetto delle Deliberazioni n.561 e 560 del 20.05.2016.

Per l'anno 2017 sono stati valutati 1626 dipendenti (367 dirigenti e 1259 operatori del comparto) tutti con comunicazione della valutazione tramite colloquio con valutatore.

	personal e valutato	periodo conclusione valutazioni		Quota di personale con comunicazione della valutazione tramite colloquio con valutatore		
		mese e anno	valutazione ancora in corso	100%- 90%	89%- 60%	inferiore al 60%
Dirigenza	367	31/12/2017	NO	X		
Comparto	1259	31/12/2017	NO	X		
TOTALE	1626					

Oltre al punteggio differenziale di valenza per la struttura presso la quale il professionista opera, vien identificato anche un parametro individuale di accesso al fondo, distinto per Dirigenza e Comparto, secondo lo schema di cui sotto:

Dirigenza

- Direttore UOC = 2
- Responsabile UOSD = 1,5
- Altro Dirigente = 1

Comparto

- Categoria A = 1
- Categoria B = 1,3
- Categoria Bs = 1,8
- Categoria C = 2
- Categoria D = 2,5
- Categoria Ds = 3
- Categoria D/Ds con Posizione Organizzativa = 3,5

Il rapporto in percentuale delle componenti della valutazione con effetti sul trattamento economico accessorio e la distribuzione del personale per classi di punteggio finale sono esplicitati nell'**allegato 2** alla presente relazione.

<i>Peso (%) dei criteri di valutazione</i>		
	obiettivi individuali	contributo alla performance dell'unità organizzazione di appartenenza
Responsabile Centro di Negoziazione	-	100%
Dirigente > 5 anni e di UOS (non individuato come CdN)	40%	60%
Dirigente < 5 anni	60%	40%
Coordinatori delle professioni sanitarie	40%	60%
Personale afferente alle professioni sanitarie	50%	50%
Ausiliari, OTA, OSS	60%	40%
Personale amministrativo e tecnico cat. Ds, D	40%	60%
Personale amministrativo e tecnico cat. C	50%	50%
Personale amministrativo e tecnico cat. A, B, Bs	60%	40%

3.RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

All'interno delle politiche di *empowerment* e *accountability* si inseriscono a pieno titolo le azioni rivolte alla rendicontabilità sia dell'attività economica che delle risorse umane al fine del miglioramento e dell'efficientamento dei servizi. A tale proposito è stata condotta un'azione decisiva nei confronti dei controlli sui contratti in essere, attribuendo alla figura del Direttore Esecutivo del Contratto (DEC), già prevista dalla normativa sui contratti, il duplice ruolo di attività di controllo e verifica e misurazione dell'efficienza del servizio.

Si è partiti dall'analisi dei servizi ospedalieri appaltati, verificandone le criticità rendendo maggiormente conformi ai dettati contrattuali stipulati gli appalti in essere.

Sono inoltre stati attivati:

- monitoraggio dei flussi informativi per le alte tecnologie per le strutture pubbliche e private accreditate, al fine di rendicontare l'utilizzo delle risorse;
- reportistica sugli interessi passivi richiesti addebitabili al ritardo nella certificazione del debito;
- verifica, in riferimento alla spesa del personale, sull'utilizzo dei fondi contrattuali rispetto alla capienza deliberata (DCA 148/2016);
- monitoraggio sulla spesa farmaceutica;

- implementazione sistemi di accountability, condividendo i valori rendicontabili con il Tavolo Permanente del Volontariato, Partecipare in Sanità.

Sono state uniformate le prassi e le procedure contabili attualmente utilizzate, approvando i manuali delle procedure e dei controlli amministrativo contabili.

Al fine di assicurare la corrispondenza economica tra bilancio preventivo, *budget* economico e autorizzazioni di spesa, per ciascun centro di spesa sono stati individuati i conti e i sottoconti aziendali che andranno alimentati nel corso dell'anno con i relativi importi stimati; a garanzia del vincolo di budget, infatti, i flussi di spesa vengono costantemente aggiornati e, nel caso di riscontro di scostamenti tra importo previsto in budget e proiezione annuale delle spese consolidate, il Centro di Responsabilità coinvolto è tenuto a fornire motivazioni ed integrazioni in merito.

Il corretto scarico dei magazzini e la corretta assegnazione del centro di costo e della struttura, correlata ai ricavi, permetterà il governo ed il contenimento della spesa per beni e servizi. Questa azione si svilupperà anche mediante il miglioramento della capacità programmatoria dei livelli di attività e dei conseguenti costi nell'ambito della programmazione strategica.

La somma dei budget economici assegnati singolarmente ai diversi centri ordinatori di spesa definisce il preventivo economico annuale. Tale processo pertanto rappresenta uno strumento di monitoraggio per il rispetto degli obiettivi economici aziendali e l'equilibrio di bilancio.

In coerenza con quanto disposto dalla Regione Lazio in materia di compatibilità economica per singolo presidio ospedaliero, ovvero all'indicazione di raggiungere l'equilibrio economico per ciascuna struttura aziendale tra costi e ricavi a partire dal 2017, si è proceduto a ripartire correttamente i costi ed i valori della produzione, verificandone la coerenza con la registrazione contabile di Bilancio.

Questo consente di comprendere l'attuale situazione, di verificare l'andamento ed il rispetto del vincolo dell'equilibrio di bilancio per singola struttura ospedaliera dell'Azienda.

Elemento fondamentale nelle azioni di efficientamento della spesa è il monitoraggio sul controllo della spesa per consentire, in caso di scostamento dal budget concordato, eventuali azioni volte al riallineamento dei valori negoziati.

4. BENESSERE ORGANIZZATIVO, PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

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

5.IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

5.1 Fasi, soggetti e responsabilità

IL PROCESSO DI BUDGETING	
LE AZIONI	GLI ATTORI
Avvio elaborazione Piano Triennale delle Performance in coerenza con i Programmi Operativi, il PSR, gli obiettivi dei D.G. ed i DCA della Regione Lazio	Controllo di Gestione
Apertura fase di ascolto degli stakeholder interni ed esterni per l'individuazione e condivisione delle priorità strategiche da inserire nel Piano	Direzione Strategica, Collegio di Direzione
Approvazione Bilancio di previsione	Direzione Strategica, Economico Finanziaria
Convocazione Conferenza dei Servizi e presentazione del Piano Triennale delle Performance; consegna ai Direttori di UU.OO. E Dip.li della proposta di budget	Direzione Strategica
Consegna contributo dei Direttori delle UU.OO. E Dip.li per la definizione obiettivi di budget	UUOO
Approvazione del Piano Triennale delle Performance	Direzione Strategica
Consegna della documentazione relativa al raggiungimento degli obiettivi di budget e delle schede relative al contributo individuale	Tutte le UU.OO. e Dip.li, Controllo di Gestione
Validazione degli indicatori annuali di budget da parte dell'OIV ed avvio del processo di negoziazione	Controllo di Gestione, Comitato di budget, OIV , Direzione Strategica
Conclusione processo di negoziazione obiettivi di budget	Controllo di Gestione, Comitato di budget, Direzione Strategica
Contestualizzazione processo di budget all'interno delle UU.OO. Ed assegnazione obiettivi di performance individuali	Responsabili di struttura
Monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget - I trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione
Approvazione bilancio consuntivo	Direzione Strategica
Conclusione verifica risultati budget (misurazione performance organizzativa) e invio proposta Relazione delle Performance all'OIV	Controllo di Gestione
Validazione Relazione delle Performance e valutazione contributo individuale dirigenza e comparto	OIV
Approvazione Relazione e pubblicazione sul sito web aziendale	Direzione Strategica
Monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget - II trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione
Erogazione saldo incentivo di risultato comparto; liquidazione incentivo di risultato dirigenza	Risorse Umane
Monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget - III trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione

5.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance

L'Amministrazione ha concentrato i propri sforzi nella definizione e misurazione della performance organizzativa, conseguendo un livello di armonizzazione tra il sistema di programmazione e quello operativo, che ritiene soddisfacente.

L'altro versante in cui l'ente ha investito energie e risorse, riguarda il sistema di valutazione della performance individuale.

Esso ha positivamente agito come leva organizzativa che punta alla valorizzazione e alla crescita professionale del personale anche in ottica di miglioramento della performance.

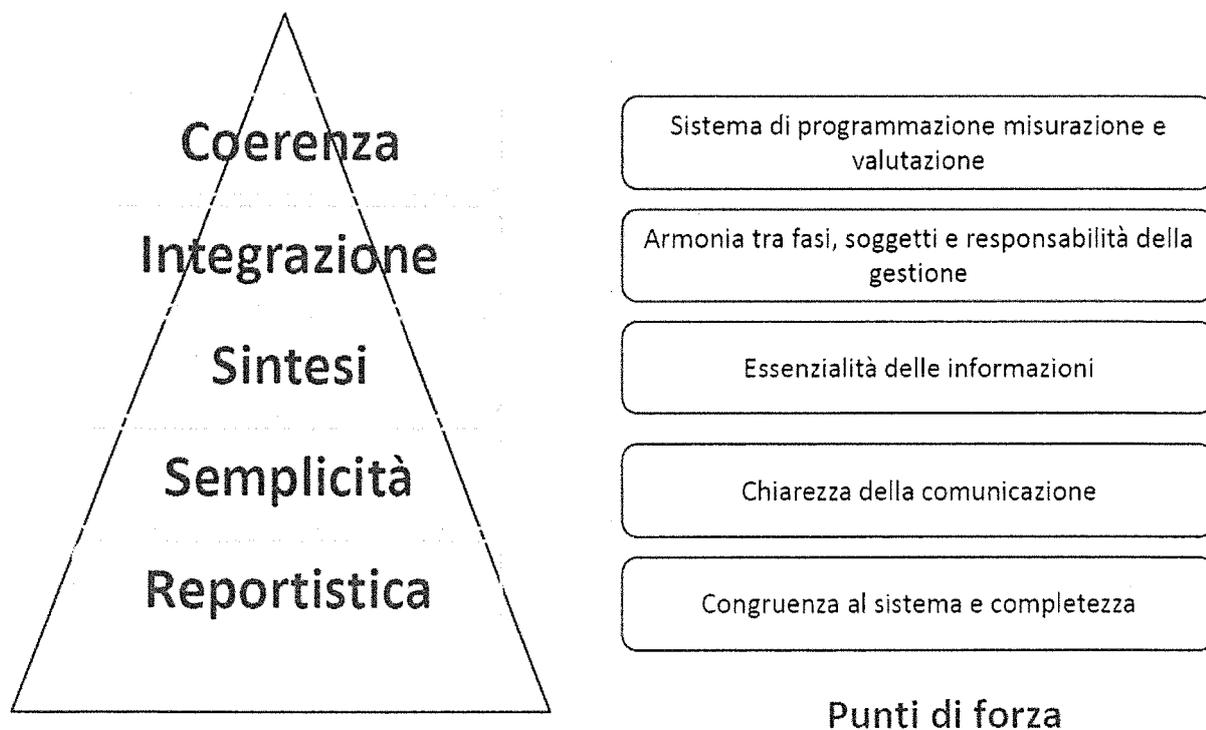
In quest'ottica il sistema ha sostenuto un accrescimento della consapevolezza organizzativa dei dipendenti, dato emerso anche dalla rilevazione sul benessere organizzativo somministrata a fine anno.

Date queste premesse, l'ente intende proseguire e migliorare anche per il 2018 la strada intrapresa affinché il sistema e gli strumenti collegati siano sempre più di supporto al cambiamento in atto con l'obiettivo di una piena implementazione formale e sostanziale del ciclo di gestione della performance in modo che diventi parte della cultura gestionale dell'ente.

Punti di forza

Tra i punti di forza dell'Azienda per l'anno 2017 si sono rilevati la disponibilità di strumenti consolidati di Governo Clinico, utili per analizzare la frammentazione organizzativa e a favorire la reingegnerizzazione dei processi e il lavoro di gruppo, la disponibilità di 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.

I punti di forza sono stati supportati dall'opportunità del progetto regionale di sviluppo progressivo di Reti Cliniche interaziendali, dalla disponibilità al dialogo costruttivo da parte degli Enti Locali e da una forte presenza sul territorio delle Associazioni di Volontariato, da coinvolgere per sviluppare forme di collaborazione. Inoltre le aspettative di vita sul territorio provinciale, superiori alla media regionale e la presenza di un tessuto familiare ancora in grado di supportare cronicità e disabilità concorrono al raggiungimento degli obiettivi Aziendali.

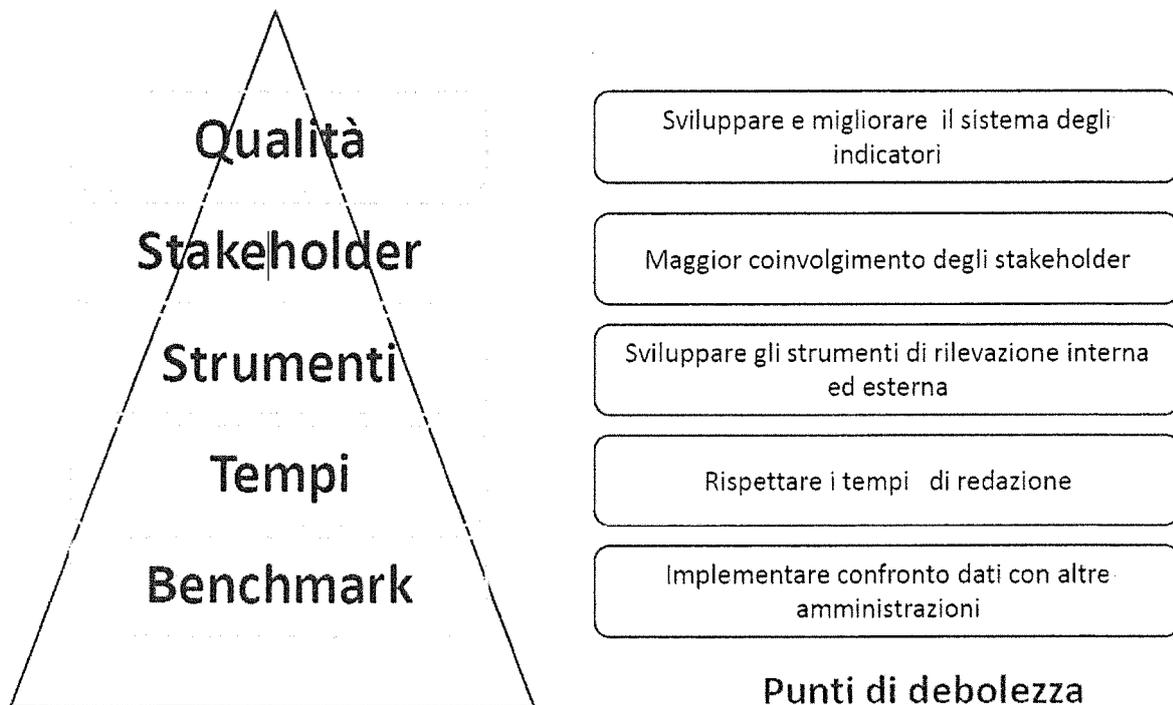


Punti di debolezza

Tra i punti di debolezza e minacce si sono rilevati:

- 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
- una diffusa scarsa motivazione e di senso di appartenenza, uno scarso orientamento al miglioramento e al risultato;
- la mancanza di una reale cultura del territorio che determina un tasso di ospedalizzazione eccessivo, anche per l’elevata incidenza di ricoveri inappropriati
- una connotazione come territorio “di confine” ad elevata dispersione della popolazione, con centri mal collegati e quasi totale assenza di strutture sanitarie private complementari
- una scarsa integrazione con il sociale;
- screening nazionali non a regime;

- 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;
- un deciso sotto utilizzo delle Sale Operatorie:
- parti cesarei molto elevati
- un aumento costante delle malattie cardio-vascolari, dell'osteoporosi e delle patologie connesse con l'obesità
- la cronicizzazione progressiva della patologie e lo sviluppo di pluri-patologie da gestire con opportune forme di multidisciplinarietà
- una costante evoluzione dei farmaci oncologici e biologici con conseguente pressione sulla spesa
- comportamenti prescrittivi poco attenti all'appropriatezza
- l'elevata dispersione demografica della popolazione sul territorio
- il reddito medio provinciale inferiore alla media regionale e nazionale



AREA DI INTERVENTO	DESCRIZIONE OBIETTIVO	AMBITO OBIETTIVO	INDICATORI	TARGET	VALORE CONSUNTIVO INDICATORI	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO (VALORE COMPRESO TRA 0 E 100%)	NOTE
Sicurezza della risorsa "acqua potabile"	Mantenere un livello standard di qualità e sicurezza dell'acqua potabile destinata all'utilizzo domestico.	Standard di qualità e carenza dei servizi	n. controlli effettuati/anno	< 280/anno	290	100%	Campionamenti straordinari a seguito di episodi
			n. controlli effettuati/anno	85	110	100%	
Sicurezza alimentare	Prodotti di origine animale controllati, sicuri e privi di residui pericolosi.	Standard di qualità e carenza dei servizi	Campioni effettuati/Campioni Analisi	100%	100%	100%	
			N. di controlli effettuati nelle imprese riconosciute 853/04/n. totale di imprese riconosciute 853/04	100%	100%	100%	
Mantenimento dello stato di Provincia ufficialmente indenne per Brucellosi e Tubercolosi	Mantenimento dello status di Provincia Ufficialmente Indenne da TBRC e BRCC	Standard di qualità e carenza dei servizi	n. di controlli su campioni assegnati dalla Regione Lazio e n. Controlli effettuati per BRCC, Leucosii, TBRC e BRCC ori-estrona (100%)	100%	100%	100%	
			n. verifiche/ anno	Trend in aumento	25/2017 23/2016	100%	
Prevenzione e contrasto delle intossicazioni da funghi	Prevenire l'avvelenamento da funghi	Standard di qualità e carenza dei servizi	n. consulenze /anno	Trend in diminuzione	4/2017 29/2016	100%	Il trend in forte diminuzione si giustifica anche per un 2017 di scarsa fortuna
			N° scuole visitate /anno	5/Anno	17	100%	
Prevenzione stili di vita "a rischio"	Prevenire patologie legate alla cattiva alimentazione e sedentarietà	Standard di qualità e carenza dei servizi	N° ristorazioni collettive visitate /anno	5/Anno	5	100%	P.R.P. n. 8.4 Secondo programma regionale
			N° supermercati visitati /anno	5/Anno	7	100%	
Prevenzione delle malattie infettive (morbilli, rosolia e parotite) nella prima infanzia potenziando le campagne di vaccinazione	Maggiori informazioni per stimolare la vaccinazione dei bambini	Standard di qualità e carenza dei servizi - Trasparenza	n. soggetto <24 mesi vaccinati/ numero di residenti <24 mesi	85%	93%	100%	95% (ONS)
			n. campagne informative/anno	almeno 1 campagna	98%	100%	
Prevenzione delle malattie infettive (difficili, tetano, pertosse, polio, epatite B, emofilia) nella prima infanzia potenziando le campagne di vaccinazione	Maggiori informazioni per stimolare la vaccinazione degli over 65	Standard di qualità e carenza dei servizi - Trasparenza	n. campagne informative/anno	almeno 1 campagna	3	100%	Il valore atteso per Mias SAI e Reg. Lazio è il 75%
			n. soggetto >65 anni vaccinati/ numero di residenti >65 anni	80%	56,71%	100%	
Prevenzione delle malattie infettive determinate dalla presenza sul territorio di cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale	Corretta gestione delle malattie infettive dei cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale	Standard di qualità e carenza dei servizi - Pari opportunità	n. immigrati in cui sono presenti malattie infettive/n. immigrati screeningati-100			100%	
			n. campagne informative/anno	almeno 1 campagna	3	100%	
Gestione del rischio e della qualità	Controllo Infezioni Ospedaliere	Standard di qualità e carenza dei servizi	Implementazione di almeno un bundle anno	100%		100%	Procedura di riferimento in fase di revisione alla luce di quanto previsto da ICG OMS 2017 dal Piano Nazionale per il contrasto dell'antibiotico resistenza di Novembre 2017
			Antibiotici prescritti per intervento chirurgico secondo procedura aziendale/totale antibiotici prescritti per intervento chirurgico	100%		100%	

AREA DI INTERVENTO	DESCRIZIONE OBIETTIVO	AMBITO OBIETTIVO	INDICATORI	TARGET	VALORE CONSUNTIVO INDICATORI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO (VALORE COMPRESO TRA 0 E 100%)	NOTE
Corretto trattamento della malattia infettiva ed in particolare dell' AIDS	Corretta gestione della patologia	Standard di qualità e carte dei servizi	n. ricoveri per AIDS come diagnosi principale	≤ 1	0	100%	
			n. insegnanti formati/n. insegnanti iscritti	95%	73%		
Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nell'età evolutiva	Maggior formazione per aiutare i ragazzi ad adottare corretti stili di vita	Standard di qualità e carte dei servizi	n. percorsi formativi (come da decreto	1			
			Realizzazione di programmi formativi (come da decreto				
Formazione strutturata in tema di salute e sicurezza sul lavoro rivolta ad Istituti scolastici II della Provincia di Rieti	Maggior formazione degli studenti in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.	Standard di qualità e carte dei servizi	Realizzazione di programmi formativi (come da decreto	1			
			Rispetto dei tempi previsti dal Percorso aziendale per l'esecuzione degli esami	100%	SI	100%	
Corretto trattamento delle diverse Patologie Tempo-Dipendenti	Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente colpito da infarto	Standard di qualità e carte dei servizi - Contenimento della spesa	n. pazienti sottoposti a trombolisi/n. pazienti eleggibili	100%	100%	100%	
			n. pazienti trattati entro 90 minuti con IMA STEM/ /n. pazienti con IMA STEM/ /n. pazienti trattati per IMA	37%	46,24%	100%	49% (cf. Regionale)
Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente colpito da Infarto	Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente colpito da Infarto	Standard di qualità e carte dei servizi - Contenimento della spesa	n. decessi per IMA a 30 gg./n. casi IMA * 1000	5%	3,30%	100%	Esclusi i decessi nel giorno di ricovero
			n. pazienti trattati con procedura di emodinamica/n. pazienti eleggibili	100%	94%	94%	
Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente con frattura di femore	Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente con frattura di femore	Standard di qualità e carte dei servizi - Contenimento della spesa	n. pazienti trattati entro 2 giorni/n. pazienti con frattura di femore	75%	69,10%		
			Tempi di risposta	Mantenimento riduzione 25 minuti tempi di risposta		esami urgenti entro 1 ora dalla richiesta	
Rapidità delle cure	Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente	Standard di qualità e carte dei servizi - Contenimento della spesa	Tasso di ospedalizzazione per BPCO	< 18/1000	3,76%	100%	
			Tasso di Ospedalizzazione per Diabete	< 100/1000	48,85%	100%	
Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente con frattura di femore	Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente: corretta gestione del paziente con frattura di femore	Standard di qualità e carte dei servizi - Contenimento della spesa	Tasso di Ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco	< 2,2/1000	1,28%	100%	
			n. pazienti trattati secondo PDTA/ n. pazienti con BPCO	> 100	100	100%	
Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente	Assistenza tempestiva al fine di ridurre le complicanze dovute alla patologia tempo-dipendente	Standard di qualità e carte dei servizi - Contenimento della spesa	n. pazienti trattati secondo PDTA/ n. pazienti con Diabete	> 600	622	100%	
			n. pazienti trattati secondo PDTA/ n. pazienti con Scompenso	Attivazione percorso	Percorso attivato	100%	
Corretto trattamento delle patologie croniche	Gestire "al meglio" la patologia a domicilio	Standard di qualità e carte dei servizi - Contenimento della spesa	N. NMG formati al fine di consentire al paziente l'autogestione della patologia e realizzazione di documenti informativi	100% NMG dell'ex Distretto 3 (dove insiste la Casa della Salute)	100%	100%	
			n. percorsi revisionati	Revisione e implementazione percorso Diabete e revisione percorso BPCO	Revisione percorso Diabete e revisione percorso BPCO	100%	
Potenziamento degli screening oncologici	Potenziamento degli screening sottodimensionati al fine di individuare precocemente possibili casi di cancro	Standard di qualità e carte dei servizi - Contenimento della spesa	percentuale di adesione screening mammario (n. donne sottoposte a screening /popolazione target /2)	45%	52,94%	100%	
			percentuale di adesione screening colon retto (n. soggetti sottoposti a screening /popolazione target /2)	15%	14,94%	100%	
Miglioramento della qualità delle cure per i pazienti affetti da	Standard di qualità e carte dei servizi -	Standard di qualità e carte dei servizi -	Revisione percorso K mammella e K Colon	100%	100%	100%	
			Stesura percorso K-utero/ovario	100%	Stesura percorso K-utero	100%	Rep. Le Quattro

AREA DI INTERVENTO	DESCRIZIONE OBIETTIVO	AMBITO OBIETTIVO	INDICATORI	TARGET	VALORE CONSUNTIVO INDICATORI	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO (VALORE COMPRESO TRA 0 E 100%)	NOTE
Corretto trattamento delle diverse patologie oncologiche	Miglioramento della qualità delle cure per i pazienti affetti da Patologia Oncologica	Contenimento della spesa	Treatmento chirurgico del paziente entro 30 giorni dalla diagnosi	100% pazienti oncologici operati entro 30 giorni dalla diagnosi	100% mammella	100%	
			n. interventi per tumore alla mammella n. interventi per tumore del colon retto n. interventi per tumore della tiroide n. casi k mammella con intervento conservativo e intervento radicale entro 120 gg/ n. casi k mammella con intervento conservativo	≥ 150 > 40 > 13 ≤ 4%	97 39 12 3,39%	100%	
Miglioramento della qualità delle cure per i pazienti affetti da Patologia Oncologica	Miglioramento della qualità delle cure per i pazienti affetti da Patologia Oncologica	Standard di qualità e carenza dei servizi - Contenimento della spesa	% di pazienti oncologici presi in carico dalla rete delle cure palliative	Trend in aumento del 20%/2 annuo	+ 13% (+37% media giornate di ricovero)	100%	
			N. pazienti ricoverati in Hospice/ n. posti letto Hospice N. pazienti assistiti presso il proprio domicilio	100% > 72	70% 102	100%	Un posto letto inutilizzabile da giugno a ottobre 2017
Trattamento delle colecisti in laparoscopia	Interventi rapidi, sicuri e senza complicanze	Standard di qualità e carenza dei servizi - Contenimento della spesa	Orientamento Certificazione EUSOMA	Avvio dell'iter certificativo	Iter non avviato	100%	Avenuta numero minimo casi (150)
			n. pazienti trattati senza complicanze/ n. pazienti per intervento per colecisti Percentuale di re-intervento a 30 giorni n. pazienti dimessi entro un giorno per intervento di colecisti/ n. pazienti dimessi per intervento di colecisti	< 3% 3% 80%	0,360% 3% 80%	100%	
Supporto nell'iter delle adozioni	Tempi certi e garantiti per concludere l'iter delle adozioni	Standard di qualità e carenza dei servizi	n. tier conclusi entro i tempi/ n. coppie prese in carico	100%	100%	100%	
			n. di partorienti sottoposti a partomanifesa/ cor. parti n. tagli cesarei primari/rotale parti n. emorragia post partum/ N. parti n. donne arrodolate	100% 25% 4,80% 75%	25% 25,20% 0,18% 100%	100%	
Percorso nascita	Migliorare l'organizzazione e la sicurezza del percorso dall'inizio della gravidanza al ritorno a casa	Standard di qualità e carenza dei servizi - Contenimento della spesa	n. pazienti sottoposti a terapia TAO/ n. pazienti eleggibili	100%	nd	100%	
			n. pazienti sottoposti a terapia NAO/ n. pazienti eleggibili	100%	nd	100%	
Corretto trattamento della malattia trombotica e corretta gestione delle terapie con farmaci	Corretta gestione della patologia trombotica	Standard di qualità e carenza dei servizi - Contenimento della spesa	organizzazione di corsi di formazione	n.1 Corso di formazione	Nessuna campagna organizzata	100%	
			organizzazione campagne informative	almeno 1 campagna anno	Niente Rossa 29/07/2017	100%	
Promozione della cultura della donazione di sangue	Fornire informazioni per una scelta consapevole della donazione di sangue	Standard di qualità e carenza dei servizi - Trasparenza	Autosufficienza (>5.000)	Mantenimento	4.574	100%	E' venuto a mancare il centro AVIS di Saurone
			n. schede complete/ n. pazienti dimessi n. pazienti presi in carico	100% > 20	100% 75	100%	
Gestione del dolore acuto e cronico	Conoscere gli strumenti e i luoghi per trattare il dolore	Standard di qualità e carenza dei servizi - Contenimento della spesa	Degenza media medicine	< 8	8,9	100%	
			Degenza media ortopedia e traumatologia n. pazienti dimessi in RSA	Trend in aumento	7,3	337	100%
Gestione del dolore acuto e cronico	Evitare crisi che portino a ricoveri obbligati in ospedale	Standard di qualità e carenza dei servizi - Contenimento della spesa	n. TSO pazienti residenti	< 40	5	100%	
			n. pazienti in doppia diagnosi trattati/ n. pazienti degnabili	100%	100%	100%	
Gestione dei disturbi del comportamento alimentare	Gestione ottimale di tutte le patologie da dipendenza e mentali	Standard di qualità e carenza dei servizi - Pari opportunità	n. richieste/ n. prese in carico	100%	100%	100%	
			Apertura centro semiresidenziale	Realizzazione progetto esecutivo	NEMO Soc. Coop. Sociale	100%	
Gestione delle cure odontoiatriche per classi socialmente deboli (gambiani "tergali")	Migliorare l'iservizio delle cure odontoiatriche per le classi socialmente deboli (speciali needs)	Standard di qualità e carenza dei servizi - Pari opportunità	Elaborazione e implementazione protocollo	Elaborazione	Non elaborato stante la persistente carenza di personale	100%	
			n. check list complete correttamente/ n. interventi	≥ 90%		verifiche non effettuate	
Gestione del Rischio e della Qualità	Cure appropriate e sicure	Standard di qualità e carenza dei servizi					

AREA DI INTERVENTO	DESCRIZIONE OBIETTIVO	AMBITO OBIETTIVO	INDICATORI	TARGET	VALORE CONSUNTIVO INDICATORI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO (VALORE COMPRESO TRA 0 E 100%)	NOTE
<p>Governo delle Liste d'attesa</p> <p>Cure accessibili</p>	<p>Cure accessibili</p>	<p>Standard di qualità e care dei servizi - Trasparenza - Digitalizzazione</p>	<p>n. sedi in cui sono garantiti i tempi di risposta per le prestazioni critiche/ n. sedi di erogazione totali</p>	<p>≥ 90%</p>	<p>A livello aziendale per le prestazioni differibili (da garantire entro 30/60gg) visite specialistiche garantite all'84,07%, prestazioni strumentali al 78,8%, per le prestazioni programmate (da garantire entro 180gg) visite specialistiche garantite al 96,05% e prestazioni strumentali al 72,06%</p>	<p>100%</p>	
<p>Razionalizzazione dei processi di spesa</p>	<p>Paraggio di Bianco</p>	<p>Contenimento della spesa - Trasparenza</p>	<p>Risultato di Esercizio</p>	<p>Paraggio</p>		<p>100%</p>	

Tabella 4.1 Categorie di personale oggetto della valutazione individuale

personale valutato (valore assoluto)	periodo conclusione valutazioni		valutazione ancora in corso (SI/NO)	Quota di personale con comunicazione della valutazione tramite colloquio con valutatore		
	mese e anno (mm/aaaa)	31/12/2017		31/12/2017	100%- 90%	89%- 60%
Dirigenza	367	31/12/2017	NO	X		
Comparto	1259	31/12/2017	NO	X		
TOTALE	1626					

Tabella 4.2 Peso (%) dei criteri di valutazione

	contributo alla performance complessiva dell'amm.ne	obiettivi organizzativi della struttura di diretta responsabilità	capacità di valutazione differenziata dei propri collaboratori	obiettivi individuali	obiettivi di gruppo	contributo alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza	competenze/ comportamenti professionali e organizzativi posti in essere
Responsabile Centro di Negoziazione				-		100%	
Dirigente > 5 anni e di UOS (non individualizzato come CdN)				40%		60%	
Dirigente < 5 anni				60%		40%	
Coordinatori delle professioni sanitarie				40%		60%	
Personale afferente alle professioni sanitarie				50%		50%	
Auditori, OTA, OSS				60%		40%	
Personale amministrativo e tecnico cat. Ds, D				40%		60%	
Personale amministrativo e tecnico cat. C				50%		50%	
Personale amministrativo e tecnico cat. A, B, Bs				60%		40%	

Tabella 4.3 Distribuzione del personale per classi di punteggio finale

	100%- 90%	89%- 60%	inferiore al 60%
Dirigenza	357	3	7
Comparto	1185	29	45

Tabella 4.4 Collegamento alla performance individuale dei criteri di distribuzione della retribuzione di risultato/premi inseriti nel

	Si (indicare con "X")	No (indicare con "X")	(se si indicare i criteri)	(se no) motivazioni	data di sottoscrizione (gg/mm/aaaa)
Dirigenti e assimilabili	X		Delibera n. 560 del 20/05/2016		
Comparto	X		Delibera n. 561 del 20/05/2016		

Tabella 4.5 Obblighi dirigenziali

I sistemi di misurazione e valutazione sono stati aggiornati, con il richiamo alle previsioni legislative degli obblighi dirigenziali contenute anche nei recenti provvedimenti legislativi e, in primo luogo, nella legge per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione?

SI (indicare con "X")	NO (indicare con "X")
X	

ALLEGATO 3 Relazione Piano delle Performance 2017

Tabella 3.1 "documenti del ciclo"

Documento	Data di approvazione	Data di pubblicazione	Data ultimo aggiornamento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della <i>performance</i>	Delibera n. 519/DG del 17/05/2012	17/05/2012		http://www.asl.rieti.it/trasparenza/pdf/performance/17062017%20-%20DELIBERA%20REGOLAMENTO%20SISTEMA%20PERFORMANCE%20E%20ALLEGATI.pdf
Piano della <i>performance</i>	Delibera n. 236 del 03/03/2017	03/03/2017		http://www.asl.rieti.it/trasparenza/pdf/performance/01_Piano%20della%20Prestazione%20e%20dei%20Risultati%202017%202019_DEF.pdf
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	Delibera n. 116 del 31/01/2017	31/01/2017		http://www.asl.rieti.it/files/albo-pretorio/delbere/2017/2017_116_delibera.pdf
Standard di qualità dei servizi				http://www.asl.rieti.it/cittadino/carta/carta.php