

La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale	La presente Deliberazione è trasmessa al Comitato di Rappresentanza della Conferenza Locale per la Sanità	La presente Deliberazione è sottoposta all'approvazione della Giunta Regionale
In data 28 MAR. 2012	In data	In data

Della suesata Deliberazione viene iniziata la pubblicazione il **28 MAR. 2012**

Si attesta che la presente Deliberazione è divenuta esecutiva ai sensi di legge:

Ai sensi dell'art.4 l. 30.12.1991, n.412	<input type="checkbox"/> Approvazione per silenzio-assenso
	<input type="checkbox"/> Approvazione con Delib.G.R. n. del

Rieti, li **28 MAR. 2012**

IL FUNZIONARIO

Per l'esecuzione (E) ovvero per opportuna conoscenza (C) trasmessa a:

Per l'esecuzione trasmessa a:

Distretti Dipartimenti e U.O.C.	U.O.C.	Tecnostruttura di governo e audit dei processi
Distretto Montepiano Reatino	<input type="checkbox"/> Affari Generali	<input type="checkbox"/> UOC Audit Clinico e Sistemi informativi sanitari
Distretto Mirtense	<input type="checkbox"/> Amm.ne del Personale dipendente, a convenzione e collaborazioni	<input checked="" type="checkbox"/> UOC Controllo di gestione
Distretto Salario	<input type="checkbox"/> Economico Finanziaria	<input checked="" type="checkbox"/> UOC Sviluppo Strategico e Organizzativo
Distretto Salto Cicolano	<input type="checkbox"/> Acquisizione beni e servizi	<input type="checkbox"/> Tecnostruttura sanitaria
Distretto Alto Velino	<input type="checkbox"/> Tecnico Patrimoniale	<input type="checkbox"/> UOC Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie
Dipartimento Emergenza e Accettazione	<input type="checkbox"/> Sistema informatico	<input type="checkbox"/> Staff di servizio
Dipartimento di Oncologia	<input type="checkbox"/> Direzione Amm.va Funzione Ospedaliera	<input type="checkbox"/> UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute
Dipartimento di Chirurgia	<input type="checkbox"/> Direzione Amm.va Funzione Interdistrettuale	<input type="checkbox"/> UOC Comunicazione e Marketing
Dipartimento di Medicina	<input type="checkbox"/> Direzione Presidio Ospedaliero Rieti - Amatrice	<input type="checkbox"/> UOC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
Dipartimento di Scienze Diagnostiche	<input type="checkbox"/> Direzione Presidio Ospedaliero Magliano Sabina	<input type="checkbox"/> UOC Ufficio Legale Autonomo
Dipartimento di Salute Mentale	<input type="checkbox"/> Farmaceutica territoriale	<input type="checkbox"/> UOC Sviluppo Competenze e Formazione
Dipartimento Programmi Promozione Salute Donna, Età Evolutiva e Fragilità	<input type="checkbox"/> Farmacia ospedaliera	<input type="checkbox"/> altre Funzioni di Staff
Dipartimento di Prevenzione	<input type="checkbox"/> Materno Infantile	<input type="checkbox"/> Audit Amministrativo
Igiene Alimenti e Nutrizione	<input type="checkbox"/> Dipendenze e Patologie d'Abuso	<input type="checkbox"/> Unità coord. az.le attività donazione e trapianti di organi e tessuti
Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro	<input type="checkbox"/> DG	<input checked="" type="checkbox"/> Health Technology Assessment
Igiene e Sanità Pubblica	<input type="checkbox"/> DS	<input checked="" type="checkbox"/> Risk Management
Igiene della Prod. Trasf. Comm. Alimenti	<input type="checkbox"/> DA	<input checked="" type="checkbox"/> Relazioni Sindacali
Igiene Allevamenti e Prod. Zootecniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medico Competente
Sanità animale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comitato per le pari opportunità

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI
(LEGGE REG.LE LAZIO 10.06.94 N.18 - DELIB.GIUNTA REG.LE LAZIO 30.06.94 N.5163)
VIA DEL TERMINILLO, 42 - TEL.0746-2781
02100 - RIETI

Direttore Generale: Dr. Rodolfo GIANANI
(Art. 3, comma 6, del D.Lgs n.502/92 e s.m.i.)
(Decreto Regione Lazio n. T0537/2010 del 25.11.2010)
(Deliberazione n.1503 D.G. del 25.11.2010)

Deliberazione n° **287/DG** del **27.03.2012**

DIREZIONE GENERALE

Oggetto: Piano della Prestazione e dei Risultati 2012-2014

L'Estensore
Dott.ssa Laura Figorilli

Il Direttore Generale con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Data **27/3/2012**

Firma **Rodolfo Gianani**
Il Direttore Generale
Dr. Rodolfo Gianani

Il Direttore dell'U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto, attesta che le scelte strategiche ed organizzative dell'Atto Aziendale garantiscono la compatibilità economica attraverso l'attuazione scaglionata nel tempo tenuto conto del budget annuale:

Voce del conto economico su cui imputare la spesa: _____

Data _____

Firma _____

Rag. Luciano Quattrini

Parere del Direttore Amministrativo

favorevole

non favorevole
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data **26/3/2012**

Firma **Dr. Alberto Festuccia**

Parere del Direttore Sanitario

favorevole

non favorevole
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data **28/03/2012**

Firma **Dr. Pietro Scanzano**

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI
(LEGGE REG.LE LAZIO 10.06.94 N.18 – DELIB.GIUNTA REG.LE LAZIO 30.06.94 N.5163)
VIA DEL TERMINILLO, 42 – TEL.0746-2781
02100 – RIETI
Cod. Fiscale e P.IVA 00821180577

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che in data 31 ottobre 2009, nel Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 254, è stato pubblicato il D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione degli articoli da 2 a 7 della legge 4 marzo 2009, n. 15, recante ad oggetto "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni";

VISTO l'articolo 1 del suddetto decreto nel quale si afferma che la finalità del documento è recare una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni intervenendo in particolare in materia di contrattazione collettiva, valorizzazione delle strutture e del personale delle amministrazioni pubbliche, valorizzazione del merito, promozione delle pari opportunità, dirigenza pubblica e responsabilità disciplinare;

VISTO in particolare l'articolo 10, comma 1, lettera a), del D.Lgs. 150/2009 - "Piano della performance e Relazione sulla performance" - che recita *"Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, ... (omissis), redigono annualmente entro il 31 gennaio un documento denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori"*

VISTI altresì il comma 3 del precedente articolo, nel quale viene disposto che le eventuali variazioni in corso di esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa ed individuale debbono essere tempestivamente inseriti all'interno del Piano delle performance, ed il comma 5, nel quale è fatto divieto per le pubbliche amministrazioni di erogare la retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano aver concorso alla mancata adozione del Piano, nonché di assumere nuovo personale o conferire incarichi di consulenza o di collaborazione;

VISTO inoltre l'articolo 15 del D.Lgs. 150/2009 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, il Piano delle Performance;

VISTO altresì l'articolo 16, comma 1, del suddetto Decreto che rende direttamente applicabile agli enti del Servizio Sanitario Nazionale esclusivamente le disposizioni in materia di trasparenza, lasciando alla legislazione regionale l'adeguamento alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo;

3. 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. 18/1994 e s.m.i. e degli artt. 21 e 22 della L. 45/1996

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Rodolfo Gianani



*VISTA la legge Regione Lazio n. 1 del 16 marzo 2011 recante ad oggetto "Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 (Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale) e successive modifiche"

VISTO l'articolo 3, comma 2, lettera b) della Legge Regionale che prevede che sia l'organo di indirizzo politico-amministrativo a definire, sentiti i dirigenti apicali, il Piano della Prestazione e dei Risultati;

VISTO in particolare l'articolo 10 della suddetta Legge Regionale – "Piano della Prestazione e dei Risultati e Relazione sulla Prestazione e i Risultati" – comma 1, nel quale si dispone che gli organi di indirizzo politico amministrativo adottano annualmente, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della Legge Regionale di approvazione del bilancio annuale, il Piano della Prestazione e dei Risultati, ovvero un documento programmatico triennale che, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della prestazione e dei risultati dell'amministrazione, nonché gli obiettivi da assegnare al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

VISTI altresì i commi 2 e 3 del succitato articolo 10, nei quali viene indicato rispettivamente che eventuali variazioni, durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della prestazione e dei risultati sono tempestivamente inserite all'interno del Piano della Prestazione e dei Risultati, e che in caso di mancata adozione del Piano della Prestazione e dei Risultati è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano aver concorso alla mancata adozione del Piano, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti, e l'amministrazione non può procedere ad assunzioni di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione;

DATO ATTO che, con Deliberazione n. 1213/DG del 17 novembre 2011, è stata affidata all'istituto di formazione SanitaNova la realizzazione del percorso formativo in-house sul modello di sviluppo operativo per la valutazione della performance organizzativa ed individuale in sanità in adempimento a quanto previsto dal D.Lgs. 150/09 e dalla Legge Regionale n.1 del 2011;

PRESO ATTO che con nota prot. n. 30209 del 29 novembre 2011 è stata convocata per il 05 dicembre 2011 una riunione plenaria alla presenza del Comitato Budget allargato ai Direttori delle UOC "Personale dipendente, a convenzione e collaborazioni", "Comunicazione e Marketing", "Acquisizione Beni e Servizi", "Affari Generali", "Servizio Informatico", "Farmaceutica Territoriale" ed "IPTCA" nella quale, alla presenza di SanitaNova, è stato illustrato il progetto intrapreso dall'Azienda e sono stati formati i tavoli di lavoro;

VISTI gli incontri intercorsi in data 7 dicembre, 13 dicembre, 14 dicembre e 29 dicembre 2011 con il coordinamento della UOC Sviluppo Strategico ed Organizzativo, alla presenza delle UU.OO.CC "Controllo di Gestione" e "Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari", di SanitaNova e degli interlocutori di volta in volta designati per il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento Materno Infantile e delle Fragilità, i Distretti, la Farmaceutica Territoriale, il ReCUP Aziendale, la Direzione Medica Ospedaliera, il Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie, il Risk Management;

VISTI altresì gli incontri avvenuti in data 21 dicembre 2011 con il coordinamento della UOC Sviluppo Strategico ed Organizzativo, con le UOC "Controllo di Gestione", "Audit

Clinico e Sistemi Informativi Sanitari”, SanitaNova ed i principali stakeholder Aziendali (Conferenza dei Sindaci, Tribunale del Malato, Cittadinanzattiva, ALCLI, ARVO, Consulta per la Salute Mentale, FAND);

VISTI gli incontri del 18 gennaio 2012 alla presenza del Comitato Budget allargato di cui sopra e del 20 gennaio 2012 alla presenza dell'OIV, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo nei quali SanitaNova ha presentato il lavoro svolto in collaborazione con la UOC Sviluppo Strategico ed Organizzativo acquisendo agli atti le osservazioni di merito;

PRESO ATTO che il Piano della Prestazione e dei Risultati è stato esaminato dal Collegio di Direzione nella seduta del 15 marzo 2012;

CONSIDERATO che il Piano della Prestazione e dei Risultati:

- vuole esplicitare il legame esistente tra i bisogni della collettività, la Mission istituzionale dell’Azienda, gli obiettivi che la stessa intende perseguire attraverso le proprie articolazioni organizzative;
- ha lo scopo di potenziare il sistema di governo integrato aziendale, favorire la cultura della performance e della valutazione, accrescere il senso di responsabilità, di appartenenza e di identità degli operatori dell’Azienda chiamati a condividere il progetto comune di soddisfare i bisogni di salute della collettività;
- 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;

CONSIDERATO altresì che:

- la contingente situazione economica della Regione Lazio non consente di sviluppare una programmazione in crescita della attività a causa del pesante debito pubblico;
- il blocco totale delle assunzioni ed il costante ed inesorabile collocamento a riposo del personale per sopraggiunti limiti di età, nel corso degli anni passati, ma anche in quelli a venire renderà necessario concentrare l’attenzione su poche e selezionate priorità;

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

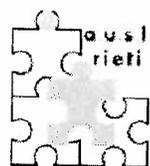
ATTESTANDONE la legittimità ed utilità per il servizio pubblico;

Preso atto che il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo in merito al presente provvedimento, con la sottoscrizione dello stesso;

DELIBERA

1. DI ADOTTARE il Piano della Prestazione e dei Risultati di cui all’Allegato 1 al presente atto deliberativo;
2. DI DARE MANDATO allo Staff Controllo di Gestione di avviare il Processo di budget anno 2012;

Piano della Prestazione e dei Risultati 2012-2014



Il presente ***Piano della Prestazione e dei Risultati***, è stato redatto in attuazione di quanto previsto dal D.lgs. n.150 del 2009 in materia di trasparenza ed integrità della Pubblica Amministrazione e dalla legge della Regione Lazio n. 1 del 2011.

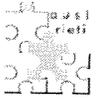
Il ***Piano della Prestazione e dei Risultati*** è il documento programmatico triennale aziendale attraverso il quale, *coerentemente con le risorse assegnate e nel rispetto dei vincoli* dettati dal Piano di Rientro della Regione Lazio e di bilancio, sono definite le performance attese a fronte di obiettivi individuati per le diverse aree strategiche aziendali.

In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano è modificabile annualmente in relazione a:

nuovi obiettivi definiti a livello regionale

modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento

modifiche della struttura organizzativa dell'Azienda nonché delle modalità organizzative e di funzionamento della stessa



Limiti del Piano 2012-2014

La contingente situazione economica della Regione Lazio, con un pesantissimo debito pubblico, non consente di sviluppare una programmazione in crescita delle attività. Il blocco totale delle assunzioni ed il costante ed inesorabile collocamento a riposo per sopraggiunti limiti di età dei dipendenti, nel corso degli anni passati, ma anche in quelli a venire, renderà necessario concentrarsi su poche e selezionate priorità.

Il presente Piano, pertanto, recepisce in modo “*consapevole*” le difficoltà economiche del momento. Ciononostante, con sforzi riorganizzativi e con l’impegno personale di tutta “la squadra Azienda”, si lavorerà per mantenere/migliorare le attività aziendali in termini sia qualitativi che di volumi di attività. Qualora intervenissero fattori in grado di modificare sostanzialmente la programmazione effettuata, questa Azienda provvederà immediatamente a recepirli e ad aggiornare il Piano.

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE



L'intervento pubblico esercita un'importante funzione di redistribuzione: il riparto delle risorse porta a garantire una quota capitaria pari in media a 1.757 euro, con un massimo di 2.119 euro in Trentino Alto Adige e un minimo di 1.638 euro in Campania, con un differenziale del 23%.

Nonostante la redistribuzione, i disavanzi si concentrano nel Centro Sud: di fatto Lazio, Sicilia e Campania, in base ai risultati di esercizio, da sole rappresentano quasi il 77% del disavanzo complessivo del Sistema Sanitario Nazionale. Disavanzi che hanno portato ad una perdita complessiva netta del SSN per l'anno 2010 di 2.326 miliardi di euro.

Segue..

Il recupero del deficit è da ascrivere principalmente all'attuazione del Piano di Rientro, che agisce sui principali driver della spesa sanitaria mediante la riorganizzazione della rete ospedaliera (rimodulazione posti letto nei diversi regimi assistenziali) ed il controllo del costo del personale.

Tale azione di risanamento continuerà anche in futuro, per l'effetto congiunto della riduzione delle risorse disponibili derivanti dalla crisi economica e per effetto dell'invecchiamento della popolazione

Ciò determinerà che l'Azienda Sanitaria di Rieti continuerà ad operare in un contesto caratterizzato da forti vincoli di spesa e finanziamenti sempre più ridotti.

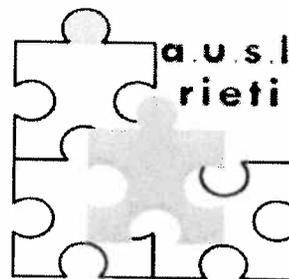
CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti



L’Azienda Unità Sanitaria Locale di Rieti è stata istituita con la Legge 16 giugno 1994, n. 18 della Regione Lazio e ai sensi e per gli effetti dell’art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 229/99, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale

Il sito internet istituzionale è il seguente: **www.asl.rieti.it**

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato :



Segue..

CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti



Gestisce direttamente n. **407** posti letto per acuti presso l’**Ospedale San Camillo de Lellis** di Rieti, n. **8** posti letto per acuti presso il **Centro Clinico Assistenziale Distrettuale di Amatrice** e n. **16** posti letto di riabilitazione presso l’Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti come indicato nella seguente tabella:

Struttura	Posti letto per acuti *	Posti letto riabilitazione
Presidio Ospedaliero di Rieti	407	16
Centro Clinico Assistenziale Distrettuale di Amatrice	8	-

*Nel numero dei posti letto sono compresi anche quelli in Day Hospital e Day Surgery.

L’Azienda è inserita nel sistema regionale delle Reti Assistenziali nell’ambito della Macroarea 4, come da Piano degli Interventi per la riconduzione dell’offerta ospedaliera agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010-2012.

Segue..

L’Azienda USL di Rieti comprende le seguenti **strutture private “provvisoriamente accreditate”** nessuna delle quali è dotata di posti letto ad eccezione della RSA “Santa Rufina” che risulta accreditata per 70 p.l. più 7 p.l. semiresidenziali:

Distretto n. 1 – Montepiano Reatino

- Laboratorio analisi “IGEА” s.n.c., Largo F. Spadoni, 4 – Rieti
- Laboratorio analisi “SALUS” s.r.l., Viale Matteucci, 23 – Rieti
- Istituto fisioterapico “S.I.S.S.” s.r.l., Via Canali, 8 – Rieti
- Studio radiologico “LUTEMADUE” s.r.l., V.le Matteucci, 1/B – Rieti
- “Associazione comunità emmanuel onlus” – Via Cese, 12 - Rieti
- RSA “SANTA RUFINA”, Loc. S. Rufina – Cittaducale

Distretto n. 2 - Mirtense

- Istituto fisioterapico “S. VALENTINO” s.r.l., Via G. Matteotti, 83 - Poggio Mirteto
- Centro Riabilitativo ex art. 26 L. 833/1978 “MONDO RIABILITAZIONE” s.r.l., Via A. Segoni, 4 – Collevicchio

Distretto n. 3 - Salario:

- Laboratorio analisi “O’ BIOS” s.r.l., Via Salaria Km 53 - Osteria Nuova – Poggio Moiano
- Laboratorio analisi “SABINO” s.r.l., Via Servilia, snc- Passo Corese – Fara Sabina

Distretto n. 4 - Salto-Cicolano:

- Laboratorio analisi “SA.FI.M.” s.a.s., Via del Fante - Fiumata - Petrella Salto
- Laboratorio analisi “S. ANASTASIA” s.r.l., Via Micangeli, 22 - Borgorose

Distretto n. 5 - Alto Velino:

- Laboratorio analisi “S. ANNA” s.a.s., Viale della Stazione, 81/A – Antrodoco

Segue..

CHI SIAMO - Articolazione dell'Azienda USL di Rieti



La mappa riportata a fianco mostra la dislocazione sul territorio delle strutture assistenziali dell'Azienda USL di Rieti e quelle accreditate con il Servizio Sanitario Regionale.





L' Assetto Organizzativo aziendale è definito:

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

Principio cardine adottato nella progettazione dell'assetto organizzativo è rappresentato dalla costante ricerca del *miglior equilibrio sistemico possibile* tra la dimensione strutturale rappresentata nell'organigramma aziendale e le caratteristiche dei meccanismi operativi che ne determinano il funzionamento.

CHI SIAMO - Macrofunzioni

Il modello organizzativo dell'Azienda è basato sulle seguenti macro funzioni

di Governo dell'Azienda

Rappresentano l'insieme delle attività dell'Azienda finalizzate alla **pianificazione**, alla **programmazione** e all'**assunzione delle decisioni di alta amministrazione**. In particolare si esercita attraverso: la pianificazione strategica; l'assetto organizzativo; le politiche di investimento; le politiche di bilancio; le politiche del personale; la qualità; la comunicazione.

di Produzione di servizi sanitari

Sono esercitate dalla linea produttiva e rappresentano l'insieme di **attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi** e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Le strutture di produzione operano con autonomia tecnico-professionale e con autonomia gestionale nei limiti fissati dalla Direzione Aziendale. La governance sull'andamento complessivo della produzione costituisce, infatti, responsabilità della Direzione Aziendale, esercitata di norma, attraverso affidamento di attribuzioni specifiche al Direttore Sanitario aziendale e alle altre articolazioni organizzative.

Tecniche ed Amministrative di supporto

Sono finalizzate a **fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto** alle attività di direzione e alle attività di produzione, **rispondono alla logica del cliente interno** e ricercano l'integrazione con tutte le altre funzioni, favorendone l'efficienza ed assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura amministrativa.

di Staff

Assolvono ad una molteplicità di attività eterogenee. Alcune svolgono **attività diretta di produzione e fornitura di taluni servizi accessori** che per loro natura si è ritenuto di centralizzare, altre sono deputate alla gestione dei principali meccanismi operativi aziendali. Altre sono finalizzate a **supportare la Direzione Aziendale nel processo decisionale**. Supportano altresì tutte le strutture interne di produzione nell'esercizio delle loro attività e nel perseguimento degli obiettivi, anche attraverso la standardizzazione dei metodi di lavoro in relazione a specifici processi tecnico-assistenziali.

Il Governo Clinico

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

In particolare, sono stati introdotti in Azienda:

- ✓ lo **Standard di Servizio**: documento di accountability di Unità Operativa che ha lo scopo di individuare le attività ritenute più caratterizzanti e sulle quali intraprendere dei percorsi di miglioramento finalizzati a caratterizzare l'Unità Operativa medesima e quindi a promuoverne l'immagine all'esterno;

Segue..

L'AMMINISTRAZIONE “IN CIFRE”

- I servizi sanitari erogati;
- Le risorse professionali;
- Principali dati economico-finanziari

I SERVIZI SANITARI EROGATI



Di seguito si riportano alcuni dati di sintesi dell'attività svolta nell'Azienda USL di Rieti.

Tutti i dati si riferiscono all'attività svolta nel triennio 2009 – 2011.

DIMESSI	2009	2010	2011
Dimessi Ordinari	16.171	16.383	15.648
-di cui con DRG medico	75%	74,26%	73,48%
-di cui con DRG chirurgico	25%	25,74%	26,52%
Dimessi Day Surgery	2.016	1.844	1.475
Dimessi Day Hospital	2.465	2.636	2.335

Dati relativi all'attività di ricovero sia in regime ordinario che diurno

Dati relativi ai parti effettuati nel territorio dell'Azienda

NASCITE	2009	2010	2011
Numero totale parti	707	696	681
- di cui parti cesari	360	303	338

Segue..

I SERVIZI SANITARI EROGATI

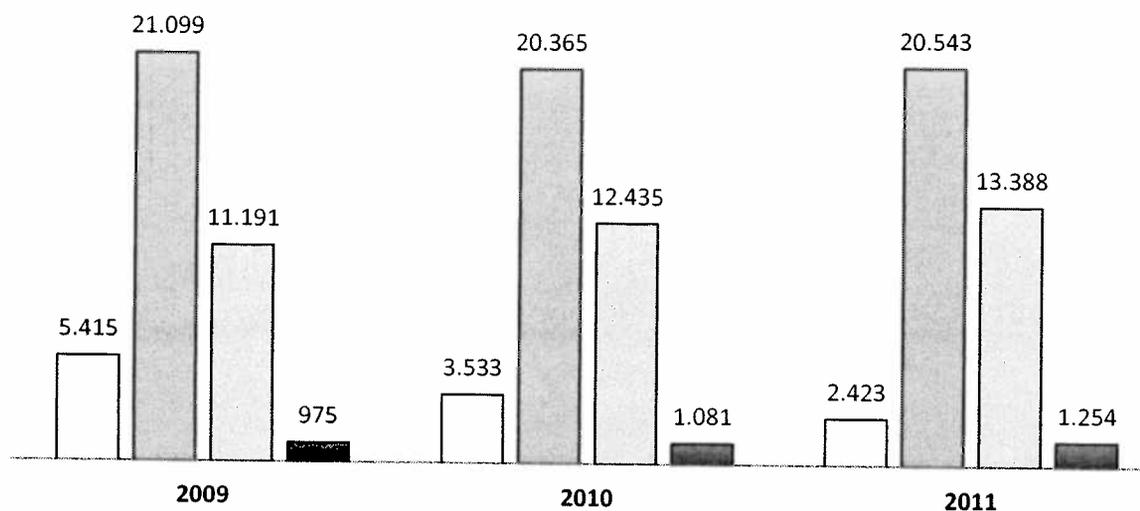


ACCESSI PRONTO SOCCORSO	2009	2010	2011
Numero totale di accessi in pronto soccorso	38.680	37.414	37.608
- di cui numero codici bianchi	5.415	3.533	2.423
- di cui numero codici verdi	21.099	20.365	20.543
- di cui numero codici gialli	11.191	12.435	13.388
- di cui numero codici rossi	975	1.081	1.254

Accessi al pronto soccorso articolati secondo il codice del Triage

Accessi al Pronto Soccorso

□ bianchi □ verdi □ gialli ■ rossi



Segue..

LE RISORSE PROFESSIONALI



LE RISORSE PROFESSIONALI

Nelle tabelle che seguono, sono evidenziati indicatori sull'analisi dei caratteri quali-quantitativi relativi al personale, sul benessere organizzativo ed analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni del personale in servizio al 31 dicembre 2011.

PRINCIPALI INDICATORI QUALI-QUANTITATIVI	
N. Totale Personale	1.667
N. Totale Personale Dirigenza	394
N. Totale Personale Comparto	1.273
N. Totale Personale Dirigenza Donne	173
N. Totale Personale Dirigenza Uomini	221
N. Totale Personale Comparto Donne	970
N. Totale Personale Comparto Uomini	303

ANALISI CARATTERI QUALI-QUANTITATIVI	
<i>Indicatori</i>	<i>Valore</i>
Età media del personale (anni)	51
Età media dei dirigenti (anni)	53
% di dipendenti in possesso di laurea	54%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
Tempi di formazione (media per dipendente) in minuti	257,3
Tasso di compensazione del Turnover del personale	8%
Costo per la formazione del personale	€ 105.014

Segue..

PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI



DESCRIZIONE	2009	2010	2011*
A) Valore della Produzione	€ 302.079.015	€ 320.282.427	€ 324.577.021
B) Costi della Produzione	-€ 323.283.791	-€ 327.888.113	-€ 327.531.764
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	-€ 21.204.776	-€ 7.605.686	-€ 2.954.743
C) Proventi ed oneri finanziari	-€ 3.409.549	-€ 3.337.141	-€ 2.792.642
D) Rettifiche delle attività finanziarie	€ -	€ -	€ -
E) Proventi e oneri straordinari	€ 1.802.348	€ 189.738	-€ 339.108
Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)	-€ 22.811.977	-€ 10.753.088	-€ 6.086.493
Imposte sul reddito	-€ 7.218.490	-€ 7.438.136	-€ 7.765.807
RISULTATO D'ESERCIZIO	-€ 30.030.467	-€ 18.191.225	-€ 13.852.300

*Fonte dei dati: Anni 2009 e 2010: bilancio approvato; Anno 2011: preconsuntivo di conto economico

Nell'anno 2011, l'Azienda ha continuato ad ispirare la propria attività a principi di sana e corretta gestione del bilancio, sì da intraprendere la strada del **risanamento dei "conti"** che, tra l'altro, interpreta l'obiettivo prioritario definito dal Piano di Rientro della Regione Lazio.

Segue..

ANALISI DEL CONTESTO

- Analisi demografica
- Analisi epidemiologica
- Analisi della mobilità
- Dall'analisi all'orientamento strategico di fondo

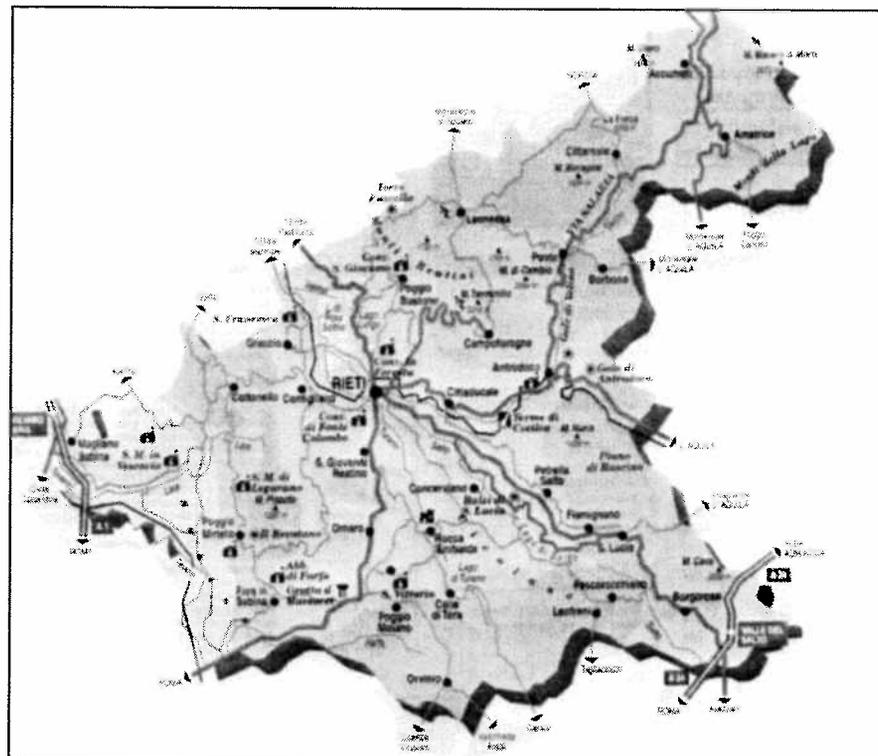
ANALISI DEMOGRAFICA



La provincia di Rieti si estende su una superficie di 2.749 Km²

E' costituita da **73 comuni** ed ha una popolazione residente, a gennaio 2010, di circa **160.000 abitanti**.

Il territorio provinciale coincide con quello di competenza dell'Azienda USL di Rieti ed è **prevalentemente montuoso** (circa il 70%), con un'altitudine media di circa 580 metri sul livello del mare.

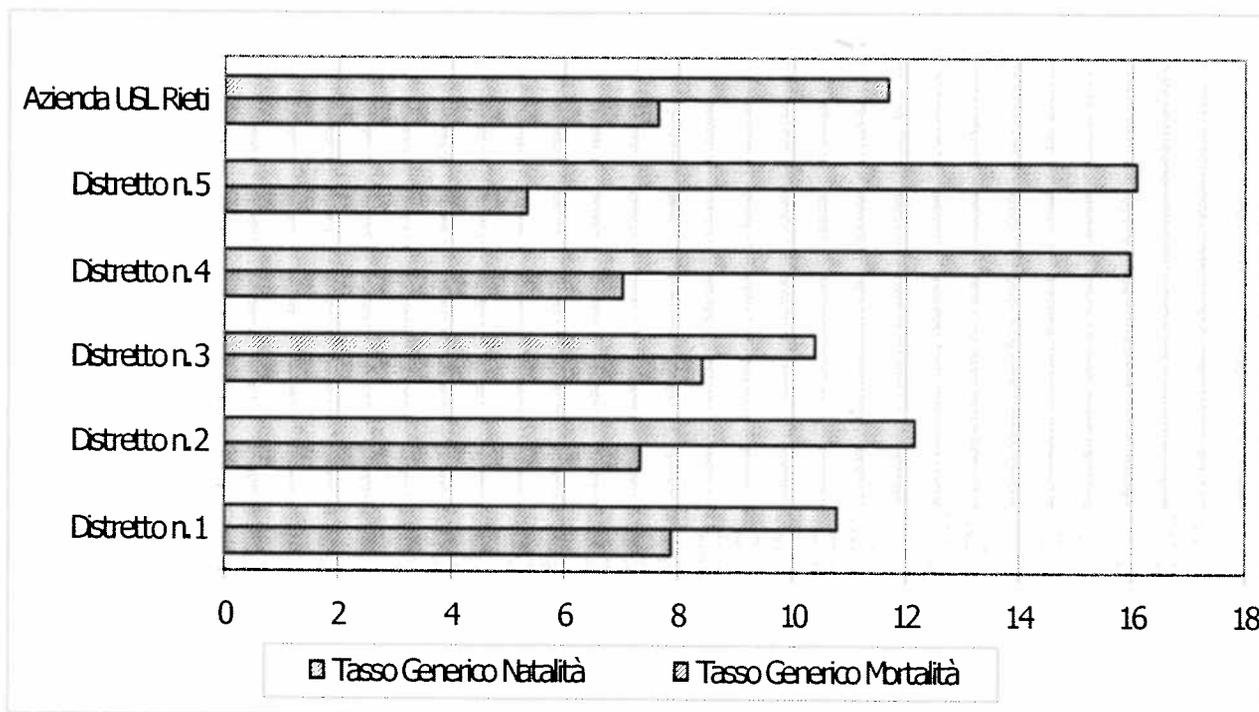


Il 48% circa della popolazione della provincia di Rieti risiede nel territorio di competenza del Distretto n.1 Montepiano Reatino, seguito dai Distretti n.2 Mirtense e n.3 Salario, ove risiede rispettivamente il 21% ed il 17% circa della popolazione reatina.

Nei Distretti n.4 Salto Cicolano e n.5 Alto Velino si ripartisce equamente il restante 13% della popolazione.

Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA



Tassi di natalità e mortalità (per 1.000 ab.) nella ASL di Rieti e nei Distretti, anno 2010

Se si analizzano le componenti demografiche nascite, decessi e migrazioni (dati anno 2010), si evidenzia che in ambito provinciale sono omogeneamente eccedenti i morti rispetto ai nati e che questa tendenza raggiunge posizioni estreme nei Distretti Salto Cicolano e Alto Velino dove il tasso di mortalità nel 2010 è risultato più che doppio rispetto al tasso di natalità.

In particolare, dall'analisi dei dati risulta che la mortalità nella provincia di Rieti ha raggiunto livelli molto elevati, superiori a quelli delle altre province del Lazio, ad eccezione di Viterbo che risulta essere in linea con Rieti.

La natalità nel reatino, invece, è molto bassa, la più bassa rispetto alle altre province laziali, al di sotto anche del dato regionale e nazionale.

Segue..

Rispetto alla struttura demografica, la popolazione reatina risulta particolarmente invecchiata, con una elevata quota di donne vedove nelle età più avanzate. In particolare si osserva che la popolazione della provincia risulta molto più vecchia di quella della Regione e di quella italiana, infatti il 23% circa dei reatini ha più di 65 anni.

L'invecchiamento demografico risulta particolarmente avanzato nei Distretti Salto Cicolano ed Alto Velino dove gli ultrasessantacinquenni rappresentano circa il 30% dei residenti.

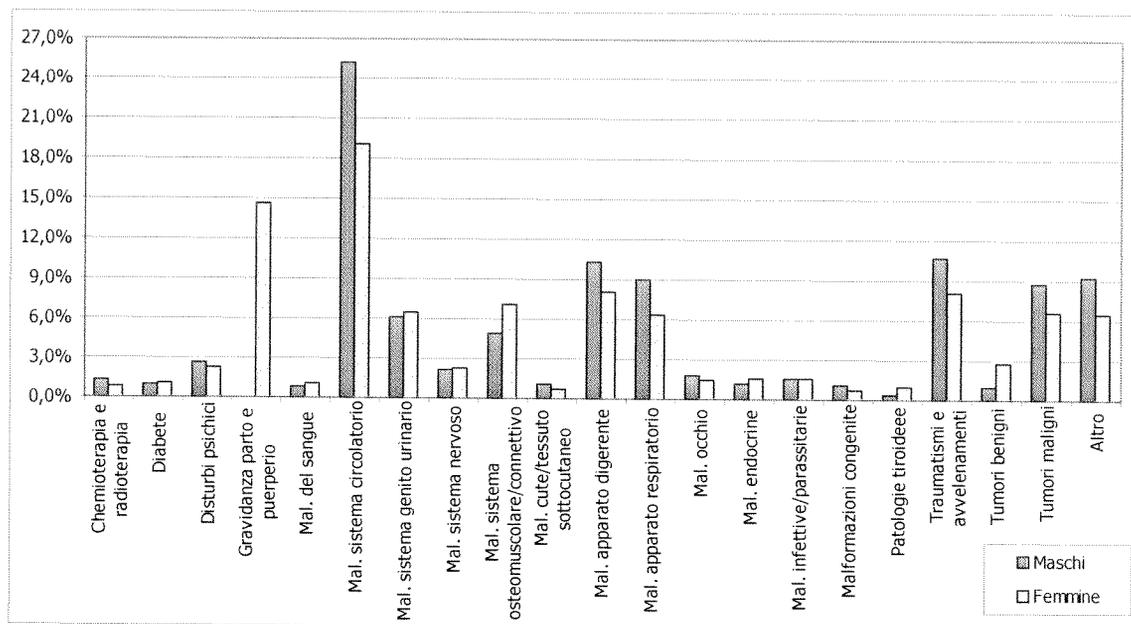
L'invecchiamento demografico provinciale è riscontrabile anche da un'analisi della struttura della popolazione per stato civile dalla quale si rileva un'elevata presenza di vedove, che raggiunge circa il 20% nei Distretti Salto Cicolano e Alto Velino, mentre la percentuale di vedovi si aggira intorno al 5%.

Inoltre si osserva la maggiore presenza di separati/divorziati, di ambo i sessi, nei Distretti Mirtense e Salario.

I dati sui ricoveri in regime ordinario dei residenti di **sesso maschile** registrano in diagnosi principale, più frequentemente le malattie cardiocerebrovascolari, i traumatismi, le malattie dell'apparato digerente, le malattie dell'apparato respiratorio e i tumori maligni.

Per quanto riguarda la popolazione residente di **sesso femminile** , nei ricoveri

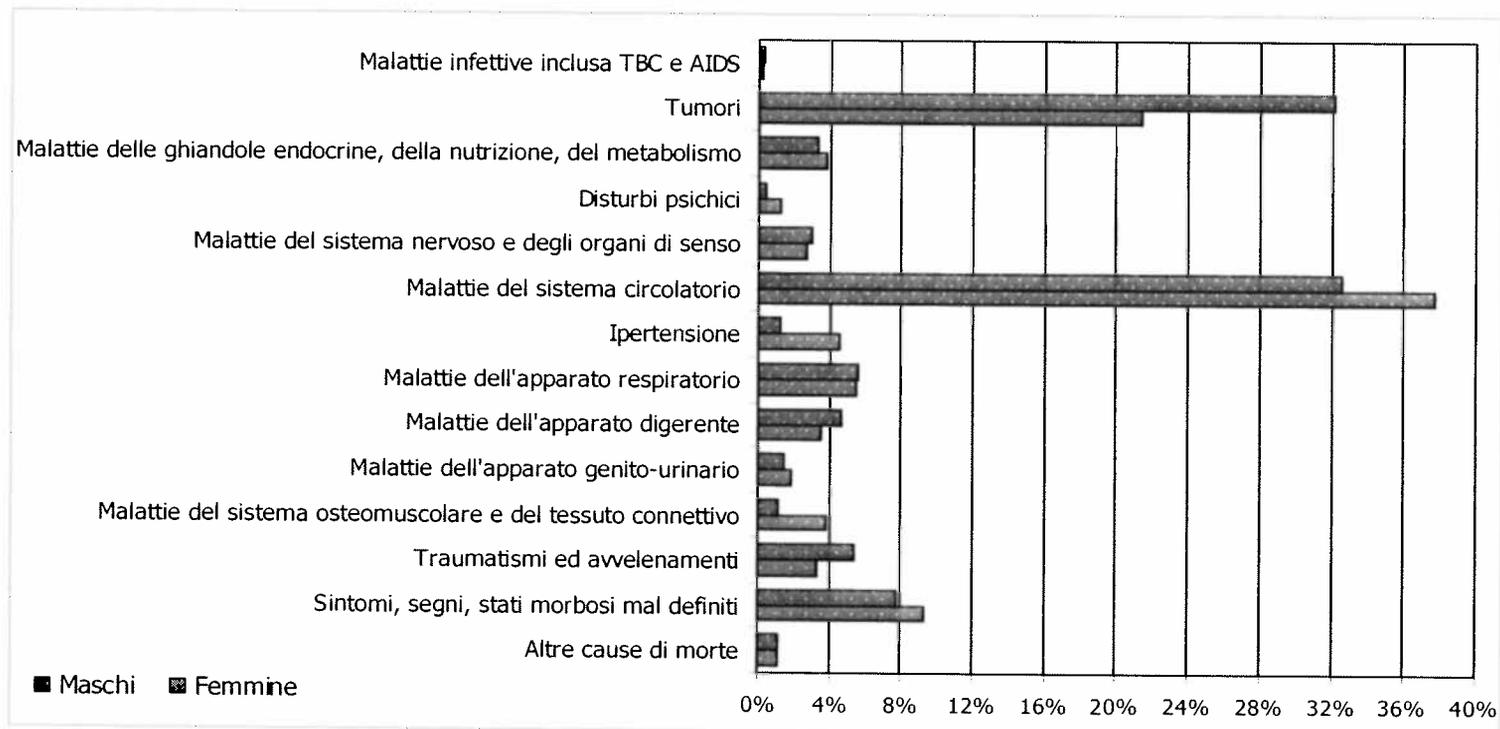
in regime ordinario, oltre alla gravidanza e al parto, le diagnosi principali più ricorrenti sono le malattie cardiocerebrovascolari, le malattie dell'apparato digerente, i traumatismi e i tumori. Se si escludono i ricoveri per gravidanza e parto, le donne restano appaiono più in salute degli uomini, con il 45% dei ricoveri rispetto al totale.



Ricoveri in regime di RO dei residenti nella Provincia di Rieti nel biennio 2007-2008, per sesso e diagnosi principale

Segue..

ANALISI EPIDEMIOLOGICA



Residenti nella Provincia di Rieti deceduti nel periodo 2009-2010, per sesso e causa di morte.

L'analisi dei dati di mortalità e di ospedalizzazione dei residenti della provincia di Rieti mostrano come le patologie di maggior impatto sanitario, sociale ed economico siano quelle sulle quali ormai da tempo si soffermano tutti i Piani Sanitari, Regionali e Nazionali, nonché il Piano Regionale della Prevenzione con l'invito alle Aziende Sanitarie Locali di porre attenzione agli aspetti preventivi e terapeutici ad esse collegati, ovvero le **patologie cardiocerebrovascolari e i tumori**. Seguono, con valori assoluti e percentuali sostanzialmente più bassi, le **malattie dell'apparato respiratorio, quelle dell'apparato digerente ed i traumatismi**.

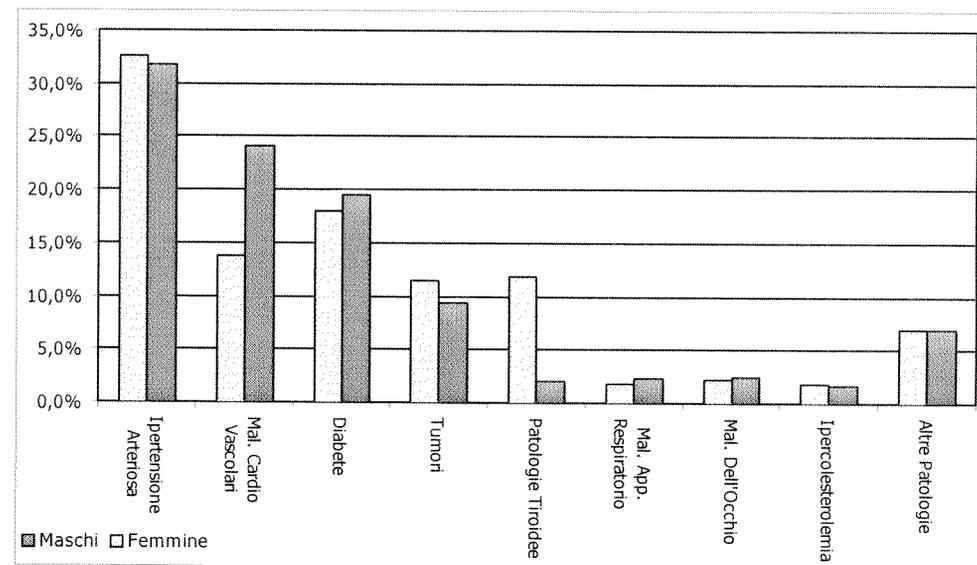
Segue..

ANALISI EPIDEMIOLOGICA



Per quanto riguarda invece le patologie che determinano il maggior numero di esenzioni per forme morbose nella provincia di Rieti, dall'analisi dei dati, risultano essere il diabete mellito, le patologie cardiocerebrovascolari, l'ipertensione arteriosa, le neoplasie maligne e, per le sole femmine, le patologie tiroidee.

E' importante rilevare che l'ipertensione arteriosa



Esenti per forme morbose al 31.12.2009, per tipo di patologia e per sesso

nei Distretti determina il 35% delle esenzioni per patologia tranne nel Distretto Salario (25% circa). Per le patologie cardiocerebrovascolari, che in Azienda sono motivo di esenzione nel 19% circa della popolazione residente, si rileva una forte variabilità interdistrettuale. Anche il diabete mellito è una importante causa di esenzione per patologia (circa il 18% in Azienda), con valori superiori alla media aziendale solo nel Distretto Salario per i maschi e nel Distretto Salto Cicolano per le femmine. I tumori maligni, infine, determinano il 10% circa di esenzioni per forme morbose, con la sola eccezione del Distretto Alto Velino (7% circa).

Segue..

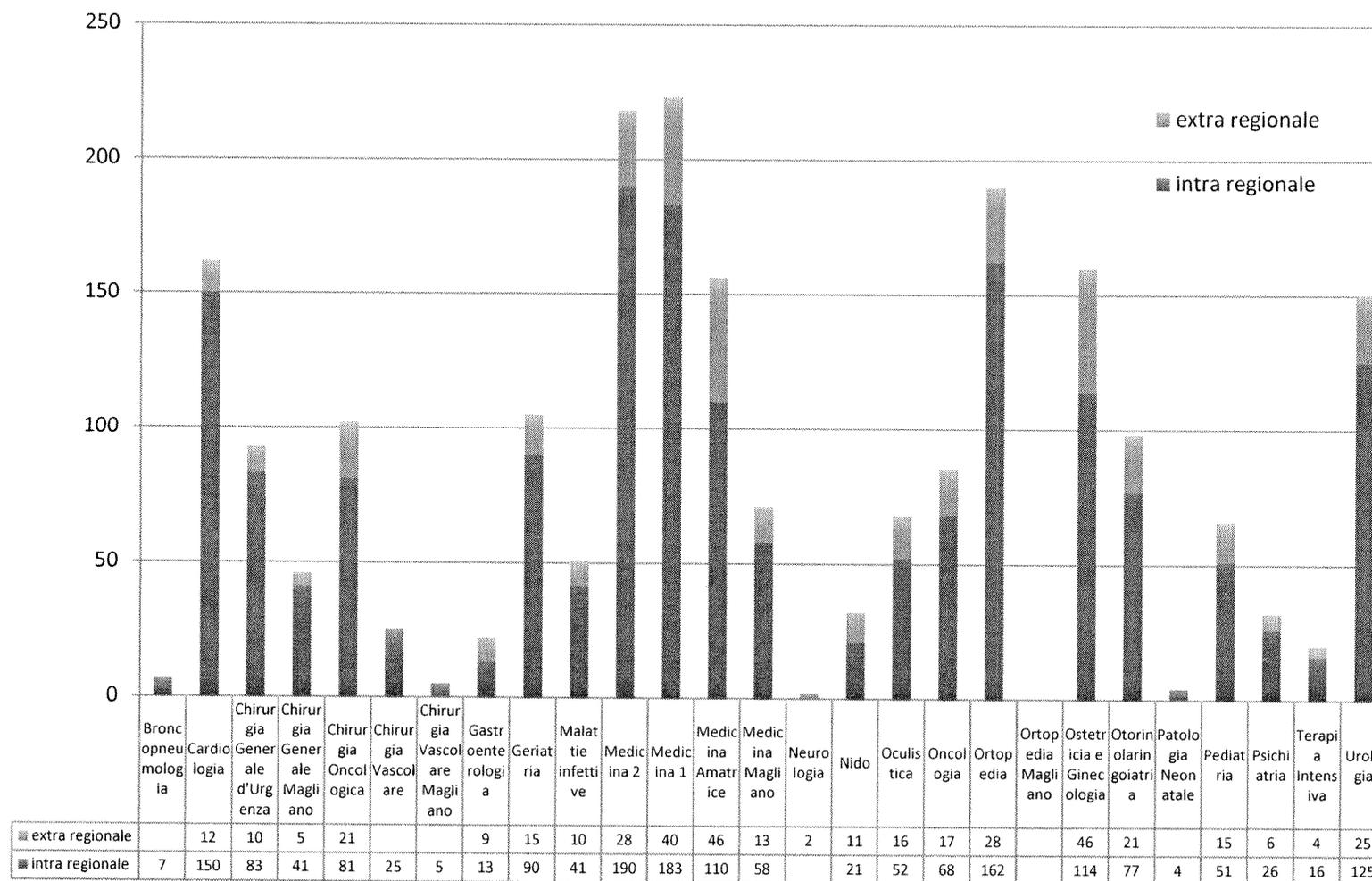
ANALISI DELLA MOBILITA'

L'Azienda di Rieti nel 2011 ha erogato circa **2.200** ricoveri per pazienti non residenti (mobilità attiva), che rappresentano un **11%** circa delle prestazioni di ricovero complessive effettuate nell'anno.

Le prestazioni verso i non residenti si sono ridotte rispetto al 2010 del 14%. Questa riduzione è derivata dalla riduzione di un 11% dei ricoveri per residenti in altre province della Regione Lazio (mobilità intra-regionale) e dalla riduzione del 24% dei ricoveri per residenti di altre regioni (mobilità extraregionale).

Le unità organizzative che contribuiscono maggiormente alla mobilità attiva sono quelle di medicina, di ortopedia, di urologia, di ostetricia e ginecologia e di cardiologia.

ANALISI DELLA MOBILITA' – Mobilità Attiva



Numero di prestazioni erogate in mobilità attiva della unità organizzative della ASL di Rieti (anno 2011)

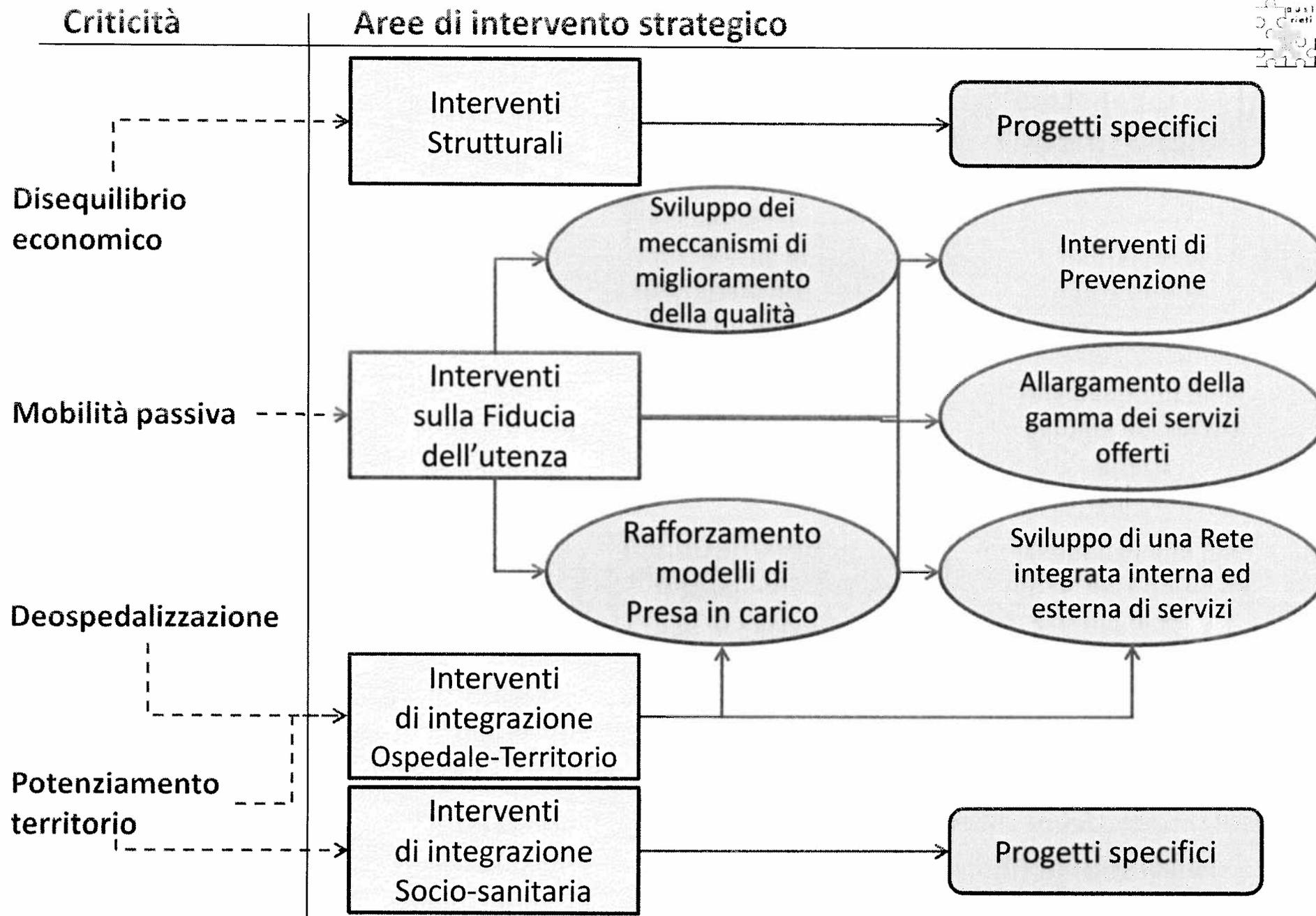
DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

Nello stesso tempo, segnali significativi di inversione di tendenza si riscontrano:

- ✓ nell'importante lavoro effettuato in alcuni ambiti specialistici quali il Dipartimento Oncologico, l'Emodinamica, la Telemedicina in Broncopneumologia ecc.
- ✓ nel significativo coinvolgimento dei *Medici di Medicina Generale* e delle *Farmacie del Territorio* allo scopo di rafforzare i servizi territoriali offerti all'utenza;
- ✓ nel lavoro volto ad ottenere il riconoscimento, da parte della Regione Lazio, di posti letto di riabilitazione estensiva e di mantenimento fino ad oggi inesistenti sul territorio della nostra provincia (con lo scopo di far crescere la sanità intermedia nel nostro territorio);
- ✓ nell'attivazione di posti letto di degenza infermieristica presso il CeCAD (Centro Clinico Assistenziale Distrettuale) di Magliano Sabina (sempre con lo scopo di far crescere la sanità intermedia del nostro territorio);
- ✓ nell'investimento significativo effettuato su molti Meccanismi Operativi nell'ambito del governo clinico e dell'audit dei processi.

Segue..



MISSION

La ASL di Rieti riconosce come propria la **Mission** di seguito riportata:

Crediamo nella centralità della persona, dei suoi bisogni ed aspettative e lavoriamo per creare condizioni di equità nell'accesso e fruizione dei servizi, per realizzare la presa in carico dei nostri utenti avvalendoci di tutto il sistema sanitario di offerta attivabile.

La nostra azione si concretizza attraverso:

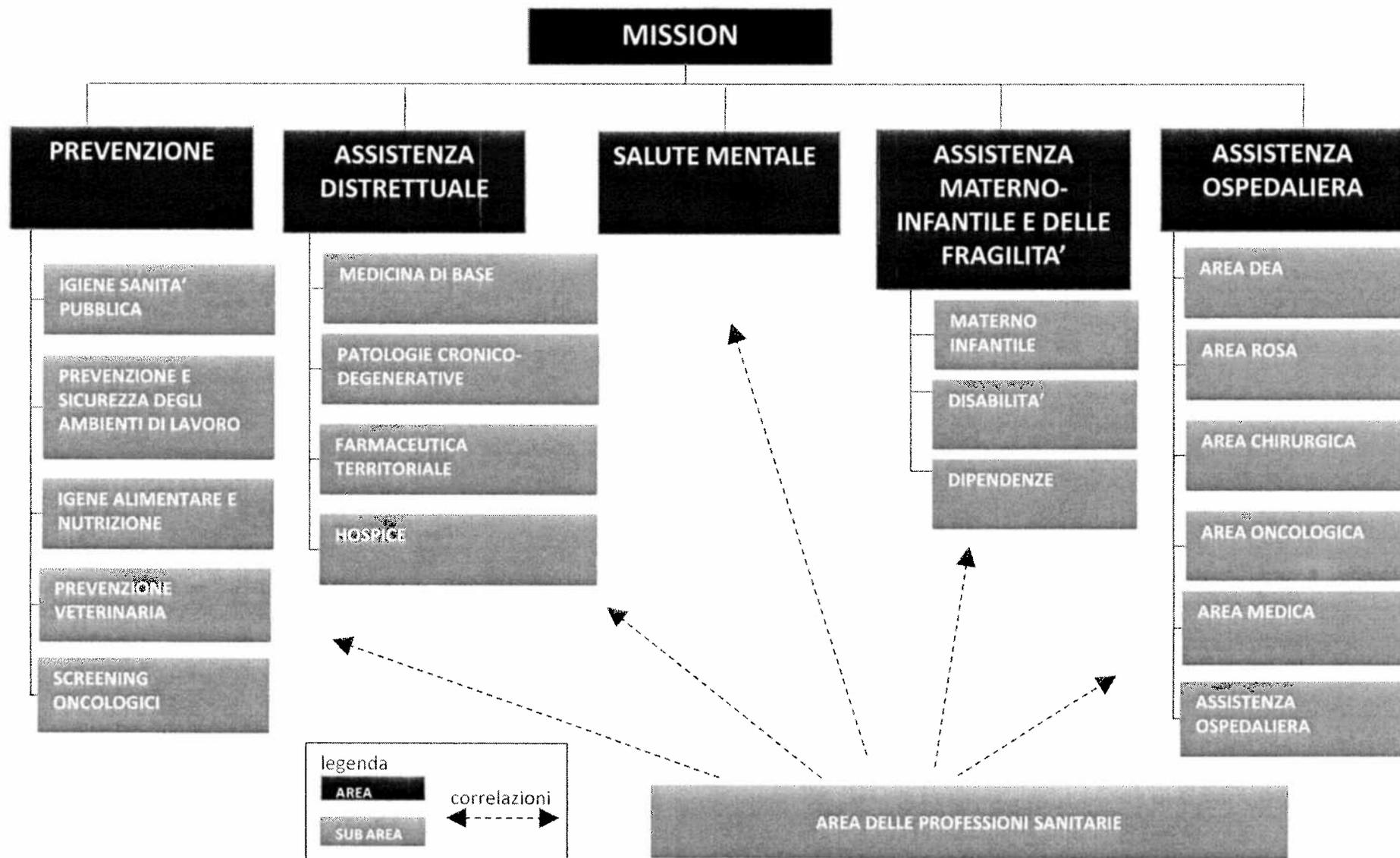
l'impegno costante nella realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali che, attraverso una *riqualificazione dell'offerta ospedaliera reatina* ed un *rafforzamento dei servizi sanitari sul territorio*, sia in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi dal territorio della provincia di Rieti;

il ricorso a modelli di erogazione dei servizi basati sulla specializzazione e sull'eccellenza professionale ed organizzativa e, ancor più, orientati all'umanizzazione;

la promozione dello sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori, coniugando la ricerca scientifica con la sperimentazione di modelli clinico-assistenziali, organizzativi e gestionali innovativi;

la costruzione di una rete di alleanze con gli attori sociali, pubblici e privati e la ricerca di un confronto serrato con le Istituzioni Regionali perché dalle sinergie possano scaturire soluzioni adeguate alla complessità attuale delle sfide.

MISSION - Aree e Sub-aree Strategiche





IGIENE SANITA' PUBBLICA

PREVENZIONE E SICUREZZA
NEI LUOGHI DI LAVORO

IGIENE ALIMENTARE E
NUTRIZIONE

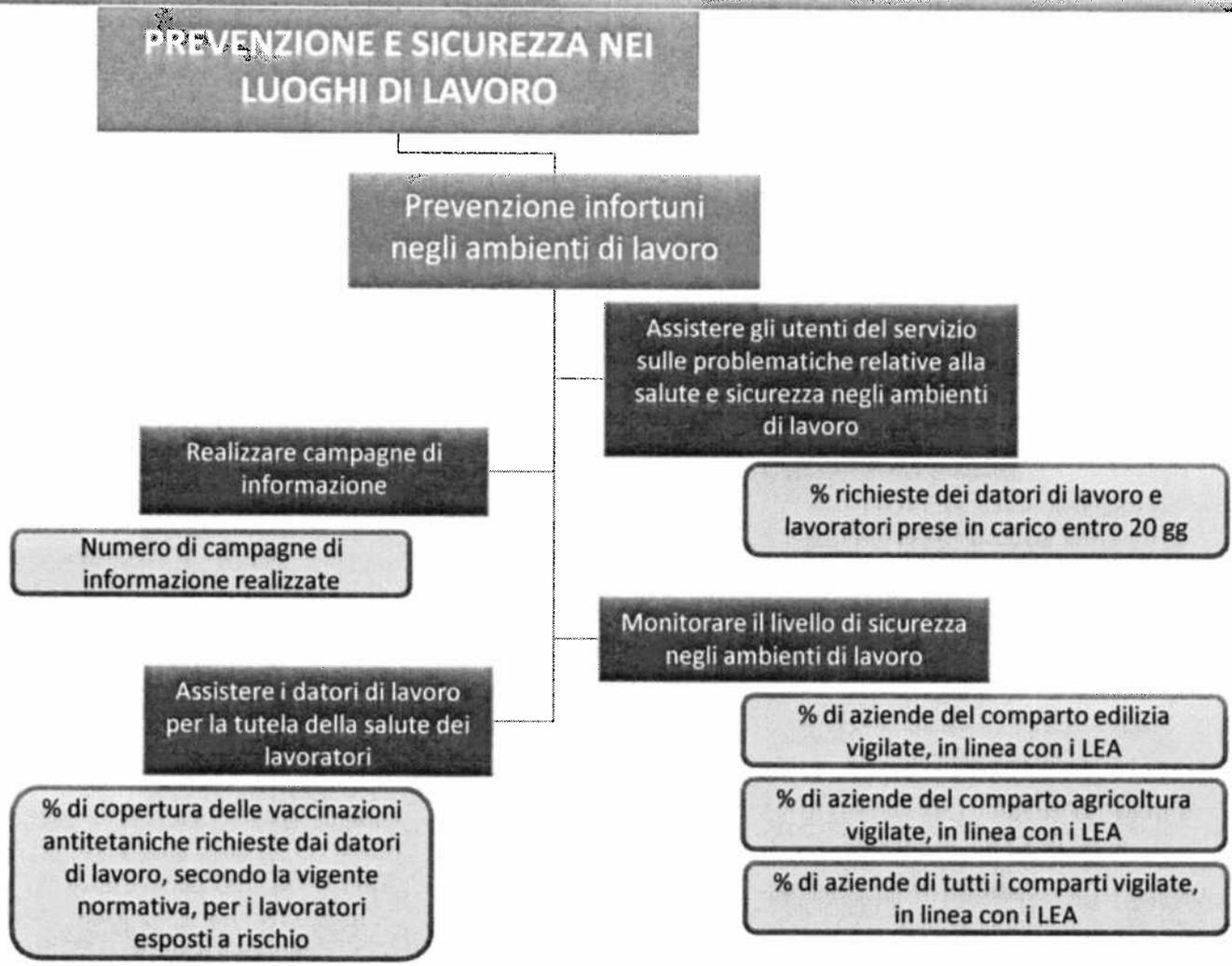
PREVENZIONE VETERINARIA

SCREENING ONCOLOGICI

PRINCIPALI SFIDE

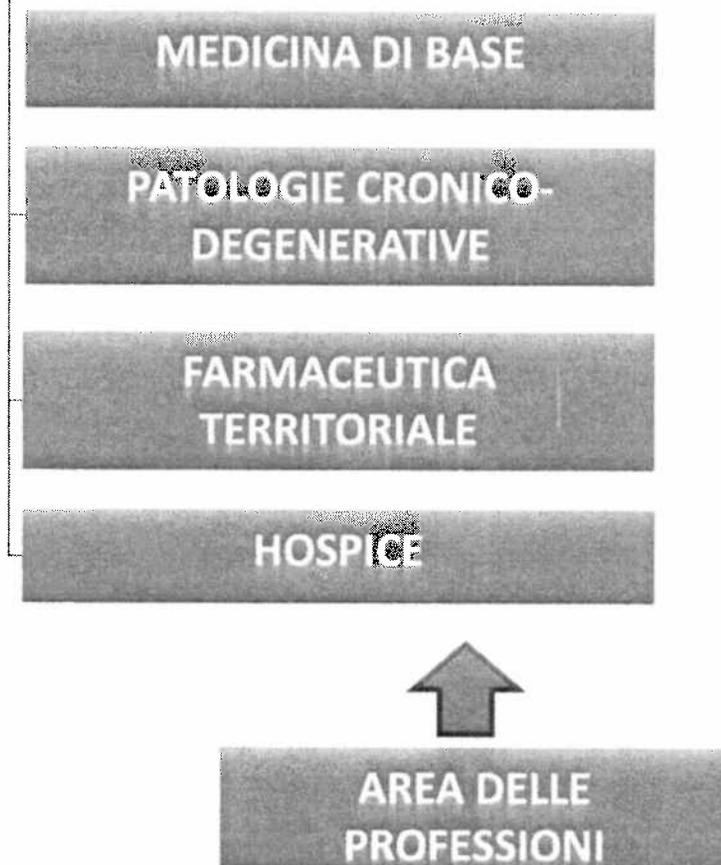
- ✓ Aumento della copertura vaccinale degli adulti
- ✓ Mantenimento della copertura vaccinale per HPV
- ✓ Stabilizzazione delle campagne di screening per il controllo delle patologie oncologiche (screening mammografico, screening cervico-uterino, screening colon-retto)
- ✓ Mantenimento dei livelli attuali dell'attività di vigilanza con riferimento alla sanità veterinaria e alla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro
- ✓ Aumento dei controlli igienico-sanitari negli ambienti di vita
- ✓ Mantenimento attività di vigilanza sulla sicurezza alimentare

AREA 1 – PREVENZIONE



legenda

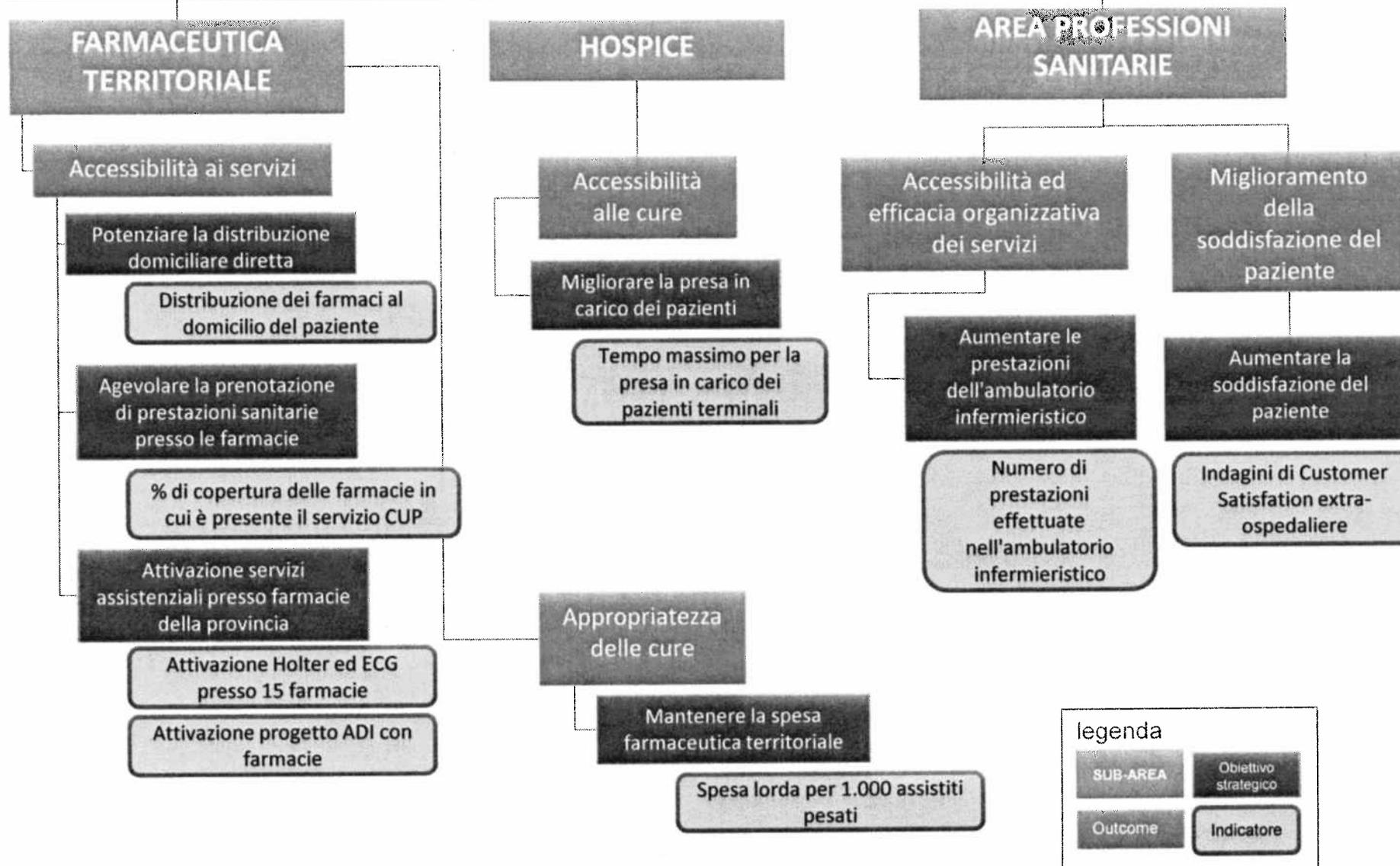
SUB-AREA	Obiettivo strategico
Outcome	Indicatore



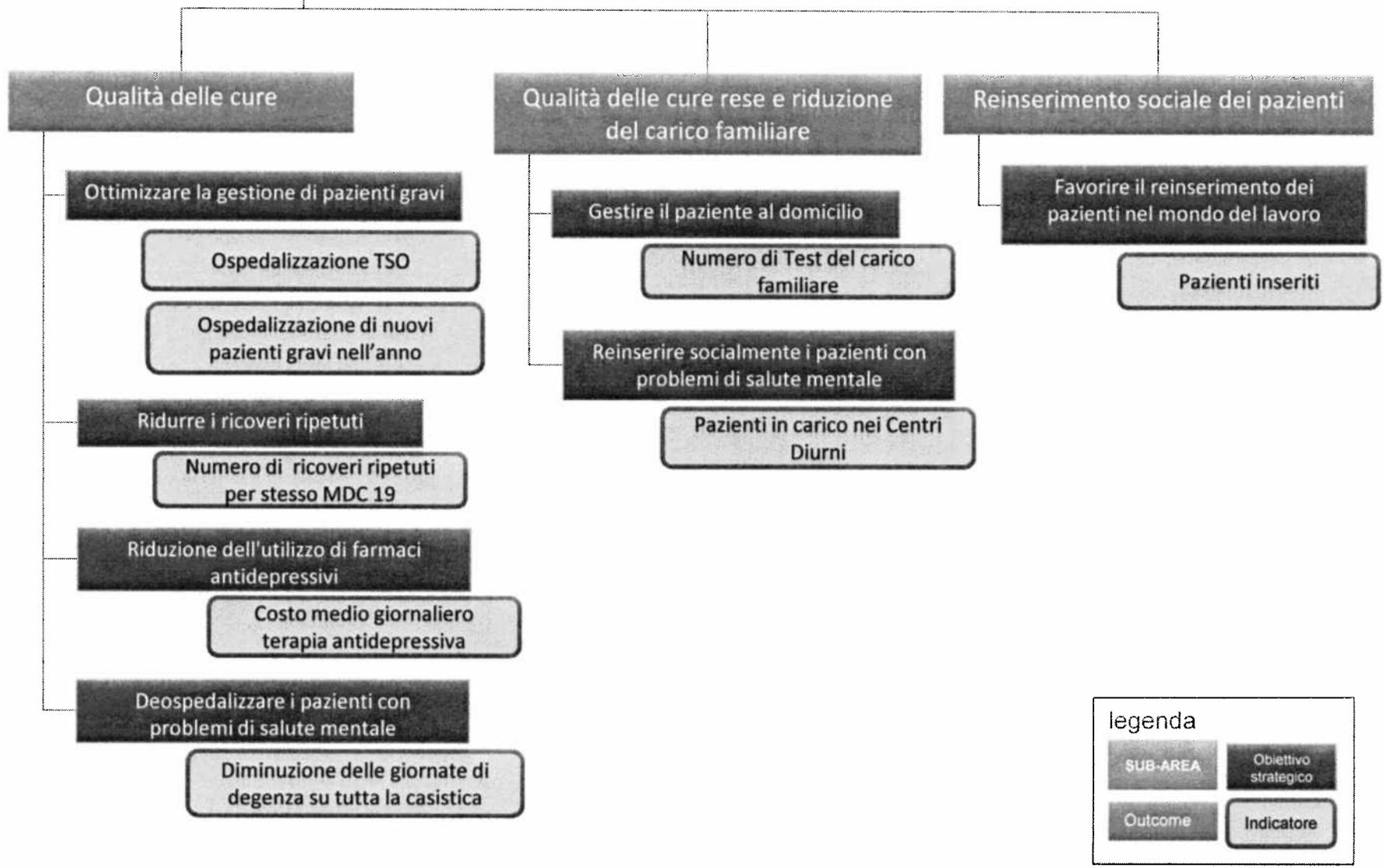
PRINCIPALI SFIDE

- ✓ Coinvolgimento della Medicina di Base nella definizione e condivisione dei Percorsi Clinico-Organizzativi ed Assistenziali
- ✓ Miglioramento/mantenimento dell'assistenza in ADI
- ✓ Miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (Diabete, Scompenso cardiaco, BPCO)
- ✓ Valorizzazione del ruolo delle farmacie territoriali (prenotazione prestazioni sanitarie; distribuzione farmaci a domicilio; avvio di progettualità innovative per l'erogazione di servizi sanitari)
- ✓ Miglioramento della presa in carico dei pazienti terminali
- ✓ Aumento delle prestazioni erogate dagli ambulatori infermieristici Distrettuali

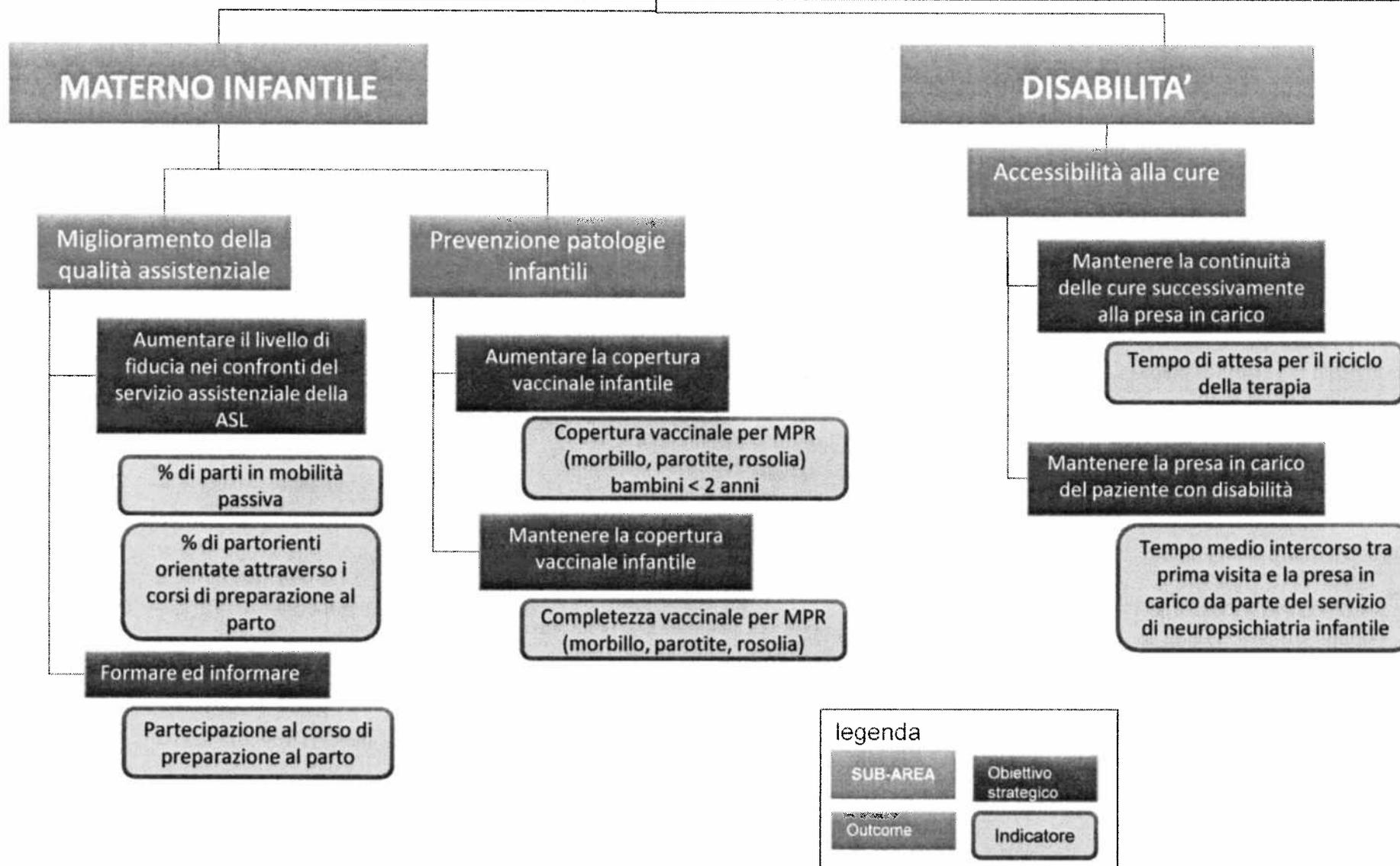
AREA 2 – ASSISTENZA DISTRETTUALE



AREA 3 – SALUTE MENTALE



AREA 4 – ASSISTENZA MATERNO – INFANTILE E DELLA FRAGILITA'

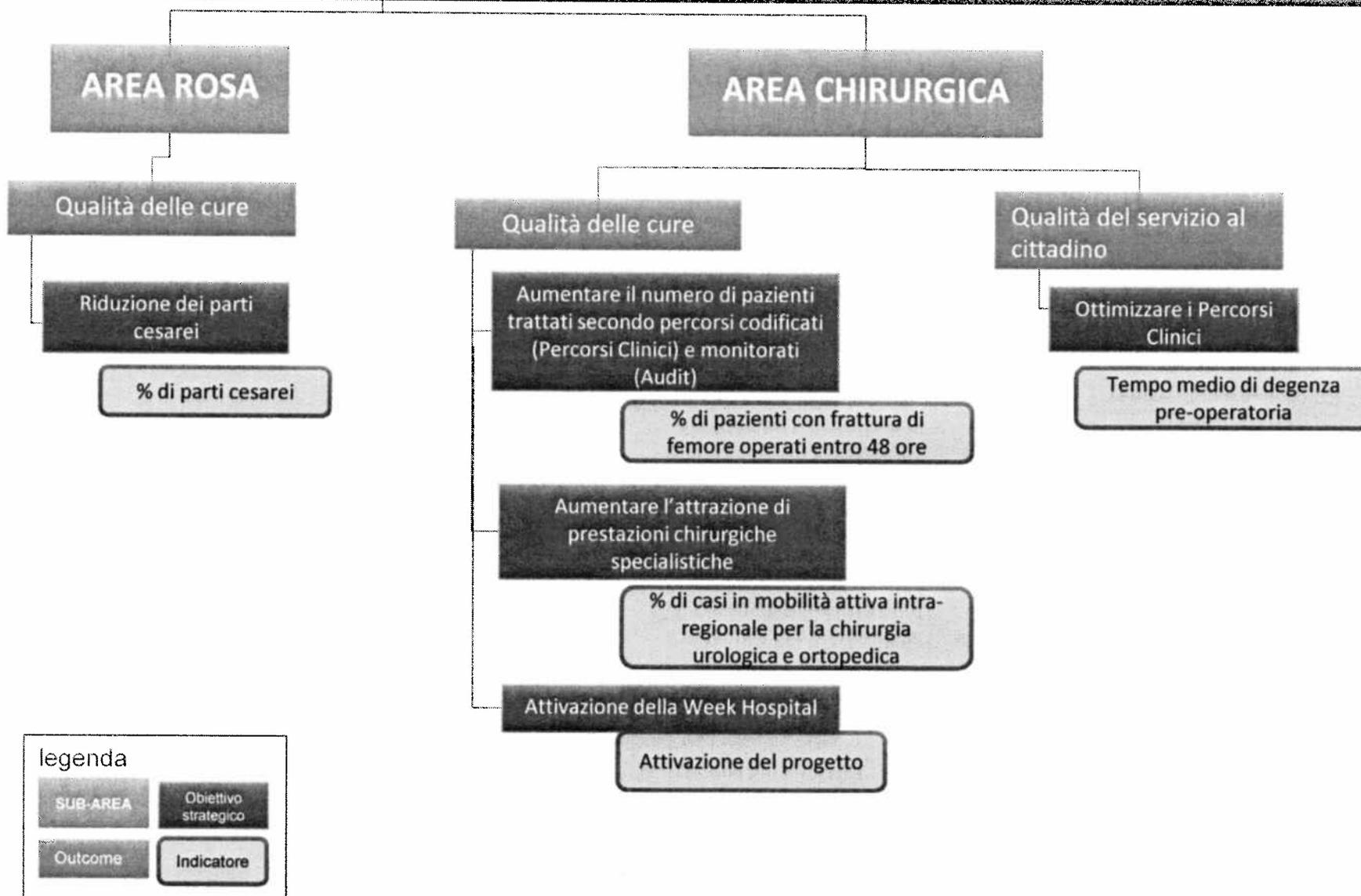




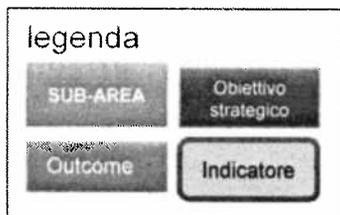
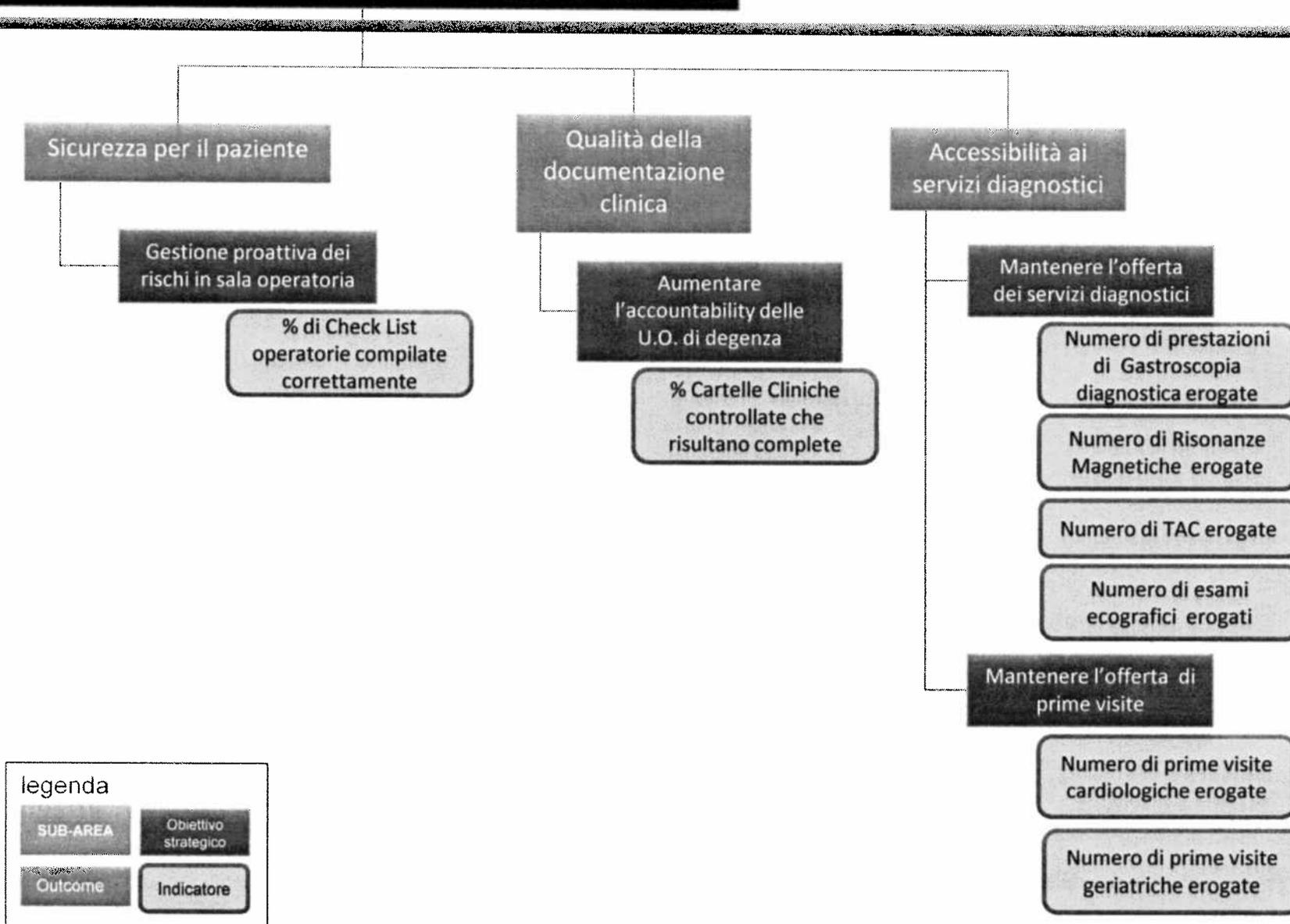
PRINCIPALI SFIDE

- ✓ **Miglioramento dell'assistenza per i pazienti in Pronto Soccorso**
- ✓ **Ottimizzazione dell'utilizzo dell'Ospedale**
- ✓ **Miglioramento della qualità delle cure aumentando il numero dei pazienti trattati secondo Percorsi Clinico-Organizzativi**
- ✓ **Riduzione dei parti cesarei**
- ✓ **Mantenimento dell'offerta di servizi diagnostici**
- ✓ **Miglioramento della qualità assistenziale attraverso l'integrazione dei Percorsi Clinico-Organizzativi con gli aspetti assistenziali**
- ✓ **Miglioramento della sicurezza del paziente**
- ✓ **Incremento e valorizzazione dell'attività degli ambulatori infermieristici**

AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA



AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA



IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

- Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio;
- Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance;

In questo modo è stato creato un valido strumento che costituisce la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi di performance alle varie strutture aziendali, e da queste ai singoli professionisti.

Nel corso dell'anno 2012 verranno perfezionati una serie passaggi, ed in particolare:

- tempistica
- analisi e coinvolgimento dei portatori di interesse
- articolazione delle azioni strategiche, con particolare riferimento a quelle aree nelle quali l'azienda interviene con servizi organizzati da più strutture aziendali

ALLEGATO

•Allegato A – Piano della Prestazione e dei Risultati

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OUTCOME	OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Piano 2012	Piano 2013	Piano 2014	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
PREVENZIONE	IGENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	% di vaccinazioni antinfluenzali effettuate sulla popolazione residente ultra 65-enne	Numero di vaccinazioni effettuate/Totale popolazione residente ultra 65-enni	67%	68%*	69%	72%	73%	75%	Ministero della Salute	*dato stimato. Il consuntivo 2011 sarà disponibile a marzo 2012
PREVENZIONE	IGENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	% di vaccinazioni antinfluenzali effettuate sulla popolazione residente adulta tra 18 e 65 anni	Numero di vaccinazioni effettuate/Totale popolazione residente adulta tra 18 e 65 anni	6,01	9,18	10,00	12,00	12,00	n.d.		
PREVENZIONE	IGENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio da incidenti stradali	Realizzare campagne di informazione e formazione agli studenti delle scuole medie superiori	Numero di giovani tra 15 e 19 anni formati nelle scuole	Numero di giovani tra 15 e 19 anni formati	900	900*	900	900	900	n.d.		*dato stimato. Il consuntivo 2011 sarà disponibile a marzo 2012
PREVENZIONE	IGENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio da incidenti stradali	Realizzare campagne di informazione e formazione agli studenti delle scuole medie superiori	Numero di incidenti stradali in motorino in cui sono coinvolti giovani tra 15 e 19 anni per 1000 giovani	Numero di incidenti stradali in motorino in cui sono coinvolti giovani tra i 15-19 anni per 1000 giovani/Totale popolazione residente compresa tra i 15-19 anni	3,82	3,82*	3,82	3,82	3,82	4,63	Istat - incidenti stradali e popolazione	dato stimato. Il consuntivo 2011 sarà disponibile a dic 2013
PREVENZIONE	IGENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio igienico-sanitario negli ambienti di vita	Controllare il 100% dei centri sportivi, palestre e piscine nel triennio 2012-2014 (ricerca legionella)	% di ambienti controllati	Numero di controlli effettuati/ Totale centri sportivi, palestre e piscine	25%	50%	30%	30%	40%	100% nel triennio 2012-2014	Standard interno	
PREVENZIONE	IGENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio igienico-sanitario negli ambienti di vita	Controllare il 100% delle strutture ricettive (alberghi ed agriturismi) nel triennio 2012-2014 (ricerca legionella)	% di ambienti controllati	Numero di controlli effettuati/ Totale strutture ricettive	30%	30%	30%	30%	40%	100% nel triennio 2012-2014	Standard interno	
PREVENZIONE	IGENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio igienico-sanitario negli ambienti di vita	Controllare le strutture insalubri a rischio di presenza di amianto	% di strutture controllate	Numero controlli effettuati per amianto / Totale industrie insalubri	0%	0%	25%	25%	50%	100% nel triennio 2012-2014	Standard interno	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Assistere gli utenti del servizio sulle problematiche relative alla salute e sicurezza negli ambienti di lavoro	% richieste dei datori di lavoro e lavoratori prese in carico entro 20 gg	Numero di richieste prese in carico entro 20 gg/ Totale richieste	68%	70%	75%	77%	80%	80%	Standard interno	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Assistere i datori di lavoro per la tutela della salute dei lavoratori	% di copertura delle vaccinazioni antitetaniche richieste dai datori di lavoro, secondo la vigente normativa, per i lavoratori esposti a rischio	Numero di vaccinazioni antitetaniche eseguite/numero vaccinazioni antitetaniche richieste	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Standard interno	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	% di Aziende del comparto edilizia vigilate, in linea con i LEA	Numero aziende del comparto edilizia vigilate / Numero aziende richieste dai LEA	236 / 236	350 / 350	100%	100%	100%	100%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	% di Aziende del comparto agricoltura vigilate, in linea con i LEA	Numero aziende del comparto agricoltura vigilate / Numero aziende richieste dai LEA	45 / 45	40 / 40	100%	100%	100%	100%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	% di Aziende afferenti a tutti i comparti vigilate, in linea con i LEA	Numero aziende afferenti a tutti i comparti vigilate / Numero aziende presenti sul territorio	503 / 5691	513 / 5933	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	5,0%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Realizzare campagne di informazione	Numero di campagne di informazione realizzate	Numero di eventi formativi-informativi sulla salute e sicurezza dei luoghi di lavoro / anno	1	1	1	1	1	n.d.		

ASSISTENZA DISTRETTUALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Qualità dell'assistenza territoriale	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ospedalizzazione per Diabete	Numero di ricoveri (20-74 anni) con diagnosi principale diabete mellito + numero di PAC effettuati/popolazione (20-74 anni)*100.000	269,6	394,2	200,0	150,0	100,0	53,9	Valore medio nazionale 2008 - Siveas - T3	
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Qualità dell'assistenza territoriale	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ospedalizzazione per BPCO	Numero di ricoveri (50-74 anni) con diagnosi principale BPCO/popolazione (50-74 anni)*100.000	325,1	238,8	200,0	170,0	150,0	166,5	Valore medio nazionale 2008 - Siveas - T4	
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Qualità dell'assistenza territoriale	Mantenimento del tasso di ospedalizzazione globale	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari	Numero di ricoveri ordinari dei residenti/popolazione residente*1.000	115,9	110*	110,0	110,0	110,0	124,5	Valore medio nazionale 2008 - Siveas - H1	* la mobilità passiva del 2011 è stimata
ASSISTENZA DISTRETTUALE	FARMACEUTICA TERRITORIALE	Accessibilità ai servizi	Agevolare la prenotazione di prestazioni sanitarie presso le farmacie	% di copertura delle farmacie in cui è presente il servizio CUP	Numero farmacie eroganti servizio CUP/Totale farmacie	0	72/74	73/74	73/74	73/74	n.d.		
ASSISTENZA DISTRETTUALE	FARMACEUTICA TERRITORIALE	Accessibilità ai servizi	Potenziare la distribuzione domiciliare diretta	Distribuzione dei farmaci al domicilio del paziente	Numero di pazienti arruolati	0	128	200	220	240	n.d.		
ASSISTENZA DISTRETTUALE	FARMACEUTICA TERRITORIALE	Accessibilità ai servizi	Attivazione servizi assistenziali presso farmacie della provincia	Attivazione Holter ed ECG presso 15 farmacie	Sigla accordo con OO.55 Farmacisti	-	-	Sigla accordo	Monitoraggio e sviluppo del progetto	Monitoraggio e sviluppo del progetto	n.d.		
ASSISTENZA DISTRETTUALE	FARMACEUTICA TERRITORIALE	Accessibilità ai servizi	Attivazione servizi assistenziali presso farmacie della provincia	Attivazione progetto ADI con farmacie	Sigla accordo con OO.55 Farmacisti	-	-	Sigla accordo	Monitoraggio e sviluppo del progetto	Monitoraggio e sviluppo del progetto	n.d.		
ASSISTENZA DISTRETTUALE	FARMACEUTICA TERRITORIALE	Appropriatezza delle cure	Mantenimento della spesa farmaceutica territoriale	Spesa lorda per 1.000 assistiti pesati	Spesa farmaceutica/ Assistibili pesati (Sistema TS)	€ 670,56	€ 638,91	€ 638,91	€ 638,91	€ 638,91	€ 672,73	Valore medio Regione Lazio (Sistema TS) - primi 11 mesi 2011	
ASSISTENZA DISTRETTUALE	HOSPICE	Accessibilità alle cure	Migliorare la presa in carico dei pazienti	Tempo massimo per la presa in carico dei pazienti terminali	Numero giorni medi di attesa dalla richiesta alla presa in carico dei pazienti terminali	-	20 giorni	15 giorni	10 giorni	7 giorni	n.d.		
ASSISTENZA DISTRETTUALE	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Miglioramento della soddisfazione del paziente	Aumentare la soddisfazione del paziente	Indagini di Customer Satisfaction (C.S.) extra ospedaliere	Numero di indagini di C.S. effettuate ogni anno	0	assistenza domiciliare del Materno Infantile	assistenza domiciliare del Materno Infantile, ADI, FKT, poliambulatorio	assistenza domiciliare del Materno Infantile, ADI, FKT, poliambulatorio	assistenza domiciliare del Materno Infantile, ADI, FKT, poliambulatorio	n.d.		
ASSISTENZA DISTRETTUALE	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Accessibilità ed efficacia organizzativa dei servizi	Aumentare le prestazioni dell'ambulatorio infermieristico	Numero prestazioni effettuate nell'ambulatorio infermieristico	Numero prestazioni effettuate nell'ambulatorio infermieristico	2.969	3.148	3.305	3.305	3.305	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Qualità delle cure	Deospedalizzare i pazienti con problemi di salute mentale	Diminuzione delle giornate di degenza su tutta la casistica	gg di degenza	4.123	3.908	3.880	3.850	3.820	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Qualità delle cure	Ottimizzare la gestione di pazienti gravi	Ospedalizzazione di nuovi pazienti gravi nell'anno	Numero di ricoveri di casi gravi	2	2	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	Standard interno	
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Qualità delle cure	Ottimizzare la gestione di pazienti gravi	Ospedalizzazione TSO	Numero di TSO	59	51	49	47	45	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Qualità delle cure	Ridurre i ricoveri ripetuti	Numero di ricoveri ripetuti per stesso MDC 19	DRG da 425 a 433; 523 riospedalizzati entro 90gg	31,47% (118)	25,15% (84)	23%	21%	19%	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Qualità delle cure	Riduzione dell'utilizzo di farmaci antidepressivi	Costo medio giornaliero terapia antidepressiva	Spesa Antidepressivi/DDD Antidepressivi (Sistema TS)	€ 0,68	€ 0,68*	€ 0,67	€ 0,66	€ 0,65	€ 0,65	Valore Medio Regione Lazio (Sistema TS) - primi 11 mesi 2011	* dato 2011 stimato uguale dato 2010
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Qualità delle cure rese e riduzione del carico familiare	Gestire il paziente al domicilio	Numero di test del carico familiare	Numero di test effettuati (nuovi inserimenti al lavoro, centri diurni, nei CSM)	0	0	90	100	110	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Qualità delle cure rese e riduzione del carico familiare	Reinserire socialmente i pazienti con problemi di salute mentale	Pazienti in carico nei Centri Diurni	Numero pazienti in carico nei centri diurni	72	75	78	81	84	n.d.		

ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ROSA	Qualità delle cure	Riduzione dei parti cesarei	% di parti cesarei	Parti cesarei (DRG 370-371)/totale parti (DRG da 370 a 375)*100	52%	50%	45%	42%	40%	39,91%	Valore medio nazionale 2008 - Siveas - H9	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Qualità delle cure	Aumentare l'attrazione di prestazioni chirurgiche specialistiche	% di casi in mobilità attiva intra-regionale per la chirurgia urologica e ortopedica	Numero di casi urologici e ortopedici chirurgici ordinari in mobilità attiva /Totale prestazioni chirurgiche ordinarie urologiche e ortopediche	Ortopedia: 8,7% Urologia: 12,9%	Ortopedia: 15,2% Urologia: 20,5%	Ortopedia: 16% Urologia: 22%	Ortopedia: 18% Urologia: 24%	Ortopedia: 20% Urologia: 25%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Qualità delle cure	Aumentare in numero di pazienti trattati secondo percorsi codificati (Percorsi Clinici) e monitorati (Audit)	% di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore	Numero di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore/Totale pazienti con frattura del femore	5%	9%	15%	20%	25%	35,9%	Valore medio nazionale 2008 - Siveas - H11	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Qualità delle cure	Attivazione del Week Hospital	Attivazione del progetto	Attivazione del progetto	-	-	attivazione progetto	realizzazione step successivi	completamento del progetto	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Qualità del servizio al cittadino	Ottimizzare i Percorsi Clinici	Tempo medio di degenza pre-operatoria	Tempo medio di degenza pre-operatoria per i ricoveri chirurgici programmati, non urgenti o in preospedalizzazione (esclusi i trapianti)	1,6 gg	1,9 gg	1,6 gg	1,4 gg	1,38 gg	1,38 gg	valore medio nazionale 2008 - Siveas - H13	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ONCOLOGICA	Qualità delle cure	Aumentare in numero di pazienti trattati secondo percorsi codificati (Percorsi Clinici) e monitorati (Audit)	% di casi chirurgici oncologici trattati attraverso procedure codificate (Percorsi Clinici)	Numero casi chirurgici oncologici gestiti su Percorsi Clinici/Totale casistica chirurgica oncologica	75,2%	75,2% *	77%	79%	80%			* dato 2011 stimato uguale dato 2010 Ad oggi Percorsi Clinici su tumori mammella, colon retto, prostata, vescica
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ONCOLOGICA	Qualità del servizio al cittadino	Ottimizzare i Percorsi Clinici	% casi con intervento chirurgico entro 20 giorni dalla definizione diagnostica	Casi con intervento chirurgico entro 20 giorni dalla definizione diagnostica/Totale casi	90%	95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Accessibilità ai servizi	Mantenimento del turn over dei posti letto in regime ordinario	Indice di turn over dei posti letto ordinari	Numero di ricoveri medici ordinari/Numero di posti letto	41,9	42,6	> 42	> 42	> 42	> 43	Standard interno	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Qualità delle cure	Appropriatezza delle cure	% di re-ricovero	Re-ricovero entro 30gg per lo stesso DRG/Totale ricoveri * 100	9,8%	5,0%	≤ 5,0%	≤ 5,0%	≤ 5,0%	≤ 5,0%	Standard interno	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Qualità delle cure	Aumentare in numero di pazienti trattati secondo percorsi codificati (Percorsi Clinici) e monitorati (Audit)	Numero di pazienti con ICTUS trattati secondo Percorso Clinico controllato (audit)	Numero di pazienti con ICTUS trattati secondo Percorso Clinico ad indirizzo riabilitativo	80%	75%	80%	90%	90%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Qualità delle cure	Mantenimento del tasso di mortalità per BPCO	Tasso di mortalità ospedaliera per BPCO	Totale morti per BPCO durante il ricovero/Totale ricoveri per BPCO	0,69	0,56	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	Standard interno	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Accessibilità ai servizi diagnostici	Mantenere l'offerta di servizi diagnostici	Numero di prestazioni di gastroscopia diagnostica erogate	Numero di prestazioni di gastroscopia diagnostica erogate	13.840	13.347	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Accessibilità ai servizi diagnostici	Mantenere l'offerta di servizi diagnostici	Numero di RM erogate	Numero di RM erogate	874	1.447	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Accessibilità ai servizi diagnostici	Mantenere l'offerta di servizi diagnostici	Numero di TAC erogate	Numero di TAC erogate	23.237	19.308	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Accessibilità ai servizi diagnostici	Mantenere l'offerta di servizi diagnostici	Numero di esami ecografici erogati	Numero di esami ecografici erogati	3.367	3.177	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Accessibilità ai servizi diagnostici	Mantenere l'offerta di prime visite	Numero di prime visite cardiologiche erogate	Numero di prime visite cardiologiche erogate	6.935	7.729	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Accessibilità ai servizi diagnostici	Mantenere l'offerta di prime visite	Numero di prime visite geriatriche erogate	Numero di prime visite geriatriche erogate	2.607	2.519	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Sicurezza per il paziente	Gestione proattiva dei rischi in sala operatoria	% di Check List operatorie compilate correttamente	Numero di Check List compilate correttamente/Numero totale di cartelle cliniche controllate	49%	34%	50%	70%	90%	100%	Standard interno	