

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: Dott.ssa Laura Figorilli

(Art. 3, comma 6, del D.Lgs n.502/92 e s.m.i.)

(Decreto Regione Lazio n. T00070/2014 del 04.03.2014)

(Deliberazione n. 1/D.G. del 10.03.2014)

Deliberazione n° 39/DG del 30.01.2015

U.O.C. SVILUPPO STRATEGICO E ORGANIZZATIVO

Oggetto: Aggiornamento Piano della Prestazione e dei Risultati 2015-2017

L' Estensore
Dott.ssa Festuccia Monica

Il Responsabile del Procedimento
Dr. Lorenzo Mazzilli

Il Direttore della UOC proponente con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta che l'atto è, nella forma e nella sostanza, legittimo e assolutamente utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall' art.1 della legge 20/94 e successive modifiche ed è coerente con gli obiettivi dell'Azienda.

Data

30/1/2015

Firma

Il Responsabile U.O.C.
Dr. Lorenzo Mazzilli

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: _____

Data

Firma

Il Direttore U.O.C.
Dott. Luciano Quattrini

Parere del Direttore Amministrativo

favorevole

☒

non favorevole

☐

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data

30-01-2015

Dott. Manuel Festuccia

Parere del Direttore Sanitario

favorevole

☒

non favorevole

☐

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data

30-01-2015

Dott.ssa Marilina Colombo

IL RESPONSABILE U.O.C. SVILUPPO STRATEGICO E ORGANIZZATIVO

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";

VISTI:

- 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;
- 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"*;
- 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;
- 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;
- 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;



VISTI:

- 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”;
- 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;
- 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;
- 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;

VISTO il 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”

PRESO ATTO che:

- con Deliberazione n. 287/DG del 27.03.2012 è stato approvato il Piano della Prestazione e dei Risultati 2012-2014;
- il Piano della Prestazione e dei Risultati è aggiornato annualmente, secondo quanto previsto dal succitato art. 10, comma 1, della Legge Regionale n. 1/2011;
- con Deliberazioni n. 152/DG del 14.02.2013 e 91 DG/ff del 31.01.2014 è stato aggiornato il Piano della Prestazione e dei Risultati per gli anni 2013-2015 e 2014-2016;
- con Leggi:
 - o n. 2 del 29 aprile 2013 è stata approvata la Legge Finanziaria Regionale per l’esercizio 2013;
 - o n. 3 del 29 aprile 2013 è stato approvato il bilancio di previsione della Regione Lazio per l’esercizio finanziario 2013 e il bilancio pluriennale 2013-2015;
 - o n. 13 del 30 dicembre 2013 è stata approvata la Legge di Stabilità Regionale 2014;
 - o n.14 del 30 dicembre 2013 è stato approvato il Bilancio di previsione finanziaria della Regione Lazio 2014-2016
 - o n. 17 del 30 dicembre 2014 è stata approvata la Legge di Stabilità Regionale 2015
 - o n. 18 del 30 dicembre 2014 è stato approvato il Bilancio di previsione finanziaria della Regione Lazio 2015-2017;



CONSIDERATO che il Piano della Prestazione e dei Risultati:

- vuole esplicitare il legame esistente tra i bisogni della collettività, la Mission istituzionale dell'Azienda e 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:

- con Deliberazioni nn. 736/DG e 737/DG del 14.11.2014 l'Azienda ha adottato le proposte di Piano Strategico Triennale e di Atto Aziendale;
- i suddetti atti sono ad oggi al vaglio della Regione Lazio per l'approvazione definitiva;
- l'Azienda intende recepire nell'aggiornamento del Piano delle Prestazioni e dei Risultati indicatori coerenti con il nuovo assetto organizzativo delineato nei suddetti documenti;

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

VISTO il D.L.vo 286/99;

ATTESTANDONE la legittimità ed utilità per il servizio pubblico;

DATO ATTO che la proposta è coerente con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione adottato con Deliberazione n.32/DG del 30.01.2015;

PROPONE

1. DI ADOTTARE l'Aggiornamento del Piano della Prestazione e dei Risultati di cui all'Allegato 1 al presente atto deliberativo;

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto:

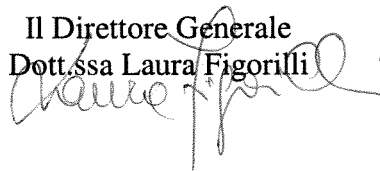
- Che il Dirigente proponente il presente provvedimento sottoscrivendolo attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, nella forma e nella sostanza, legittimo e assolutamente utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed è coerente con gli obiettivi dell'Azienda;
- Che il Direttore Sanitario ha espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;



DELIBERA

- DI APPROVARE e far propria la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- DI DARE MANDATO allo Staff "Controllo di Gestione" di avviare il Processo di budget per l'anno 2015;
- DI DARE MANDATO allo Staff "Sviluppo Strategico e Organizzativo" di provvedere all'aggiornamento e ripubblicazione del Piano della Prestazione e dei Risultati sul sito aziendale non appena saranno disponibili i dati definitivi di consuntivo anno 2014;
- 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;
- 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 successive modificazioni ed integrazioni e degli artt. 21 e 22 della L. R. 45/1996

Il Direttore Generale
Dott.ssa Laura Figorilli



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 5 FEB. 2015	In data	In data

Della sujestesa Deliberazione viene iniziata la pubblicazione il **5 FEB. 2015**
Si attesta che la presente Deliberazione è divenuta esecutiva ai sensi di legge:

Ai sensi dell'art.4 l. 30.12.1991, n.412	☐ Approvazione per silenzio-assenso
	☐ Approvazione con Delib.G.R. n..... del

Rieti, li **5 FEB. 2015**

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



Piano della Prestazione e dei Risultati 2015-2017

- Aggiornamento Annuale -

11

Indice

Presentazione del Piano

Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

- Framework economico del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale
- Chi siamo
 - ❖ Articolazione dell'Azienda USL di Rieti
 - ❖ Assetto Organizzativo Aziendale, Organigramma, Macrofunzioni, I Meccanismi Operativi, Il Governo Clinico

L'Amministrazione "in cifre"

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

Analisi del contesto

- Analisi Demografica
- Analisi Epidemiologica
- Analisi della Mobilità
- Dall'analisi all'orientamento strategico di fondo

Albero della Performance

- Mission
- Albero della Performance

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 i miglioramento del ciclo di gestione della performance

Presentazione del Piano

Il ***Piano della Prestazione e dei Risultati***, 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, è giunto alla sua ***quarta edizione***.

Ci preme ricordare che 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



Presentazione del Piano

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance 2014-2016

Il Piano vuole esplicitare il legame esistente tra i bisogni della collettività, la Missione istituzionale dell'Azienda e gli obiettivi che la stessa intende perseguire attraverso le proprie articolazioni organizzative.

Il Piano 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 un progetto comune:

soddisfare i bisogni di salute della collettività.

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

Segue..

Presentazione del Piano

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance 2014-2016

L'Azienda nell'anno 2014 ha elaborato il suo primo Piano Strategico Triennale (PST), sviluppato in un'ottica sia di supporto al rilancio delle attività sanitarie nella provincia di Rieti, che di sostenibilità e recupero di fiducia.

L'approccio adottato per il primo Piano Strategico della nuova Direzione Generale si propone di coniugare due esigenze fondamentali:

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

Il Piano Strategico Triennale (PST), secondo quanto richiesto dalle Regione Lazio, declina la *Mission* aziendale in quattro prospettive di analisi e sviluppo future.



Segue..

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance 2014-2016

Le principali linee di intervento del Piano Strategico riguardano

Il nuovo ruolo dei Distretti quali luogo di integrazione tra sociale e sanitario e tra Azienda e Medici di Medicina Generale, nonché quale luogo di presa in carico dei pazienti cronici attraverso le Case della Salute.

Un unico Presidio Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice per la gestione dei pazienti in fase acuta da reingegnerizzare. In particolare le principali innovazioni da introdurre

sono:

- Area chirurgica organizzata in week e long surgery;
- Gestione centralizzata delle liste operatorie e aumento sedute operatorie stesse;
- Area medica multidisciplinare per intensità di cure;
- Amatrice organizzato come ospedale di Area Disagiata;
- Attivazione delle unità operative complesse di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria e Neonatologia a Direzione Universitaria.

Segue..

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance 2014-2016

La sostenibilità economica:

- Pareggio di bilancio entro il 2016;
- Risoluzione del problema degli interinali;
- Esternalizzazione di servizi sanitari quali l'Hospice e l'ADI;
- Canalizzazione delle risorse risparmiate nell'assunzione di personale.

Il Piano delle Performance recepisce, pertanto, al suo interno gli indirizzi strategici individuati nel PST, brevemente richiamati nelle pagine precedenti e li declina in obiettivi di performance da raggiungere.



SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

- Framework economico del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale
- Chi siamo
 - ❖ Articolazione dell'Azienda USL di Rieti
 - ❖ Assetto Organizzativo Aziendale, Organigramma, Macrofunzioni, I Meccanismi Operativi, Il Governo Clinico

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE



FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo e Pil (miliardi di euro) 2007-2013*						
Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	Spesa / Pil	Finanziamento/Pil	Disavanzo/Pil
2007	103,805	100,095	-3,709	6,7%	6,5%	0,24%
2008	107,138	103,669	-3,469	6,8%	6,6%	0,23%
2009	109,669	106,409	-3,260	7,2%	7,0%	0,22%
2010	111,168	108,842	-2,326	7,2%	7,0%	0,14%
2011	112,889	111,110	-1,779	7,1%	7,0%	0,11%
2012	113,952	114,533	581	7,3%	7,3%	-0,37%
2013	112,614	113,425	811	7,2%	7,3%	-0,51%

Fonte: Rapporto OASI 2014

La forte crisi economico-finanziaria che ha coinvolto l'intero sistema economico nazionale pone enormi interrogativi a tutti coloro che si confrontano con problemi di programmazione e di gestione di qualunque attività. La situazione generale ha quindi pesantemente condizionato la gestione della sanità, in maniera particolare nella Regione Lazio che dal 2007 è sottoposta al Piano di Rientro dal disavanzo.

Segue..

* Ultimo dato disponibile

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

La spesa complessiva effettiva del SSN, per l'esercizio 2013, ammonta a 112,614 miliardi di euro (7,2% del PIL).

Il decremento percentuale della spesa complessiva del SSN a livello nazionale, per l'anno 2013, rispetto al 2012 è pari all' 1,2%. Tale spesa nel 2012 era cresciuta dell'1%, rispetto al 2011 e, nel 2011 del 1,3%, rispetto al 2010.

La spesa media pro-capite nazionale anno 2013 è di 1.877 euro. A livello territoriale si riscontra un'ampia variabilità, con il valore minimo di 1.684 euro della Campania e i valori massimi, oltre 2.000 euro, della Valle d'Aosta, di Bolzano, del Friuli Venezia Giulia, di Trento, della Liguria e del Molise.

Il risultato della gestione 2013, che rileva un avanzo pari a 811 milioni di euro, conferma il trend positivo iniziato nell'anno 2012, nel quale si era conseguito un avanzo pari a 581 milioni di euro rispetto al risultato dell'anno 2012.

Tale miglior performance dei risultati di gestione a livello nazionale è da legare all'impianto normativo messo in atto dal legislatore e all'attuazione dei Piani di Rientro.



Segue..

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

La spesa sanitaria della Regione Lazio per il funzionamento del sistema sanitario nell'anno 2012 si è ridotta del 7% circa rispetto al 2011, con una ulteriore riduzione nel 2013 del 1,5% sul 2012. Complessivamente la spesa sanitaria regionale nei cinque anni osservati registra una riduzione di circa 1 miliardo di euro.

REGIONE LAZIO Andamento Spesa, Finanziamento e Disavanzo (miliardi di euro) 2009 -2013			
Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo
2009	11.315	10.049	-1.266
2010	11.191	10.358	-833
2011	11.280	10.572	-708
2012	10.503	9.899	-604
2013	10.345	9.675	-670

Tale effetto combinato sta consentendo alla Regione di conseguire una **riduzione progressiva del disavanzo** annuale.

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 della riduzione delle risorse disponibili derivanti dalla *Spending Review* nonostante il progressivo invecchiamento della popolazione.

In particolare l'Azienda Sanitaria di Rieti contribuisce e prosegue nella sua opera di razionalizzazione della spesa in un contesto caratterizzato da **forti vincoli di risorse finanziarie** sempre più ridotte.



CHI SIAMO – Articolazione della ASL di Rieti

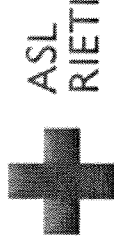
CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

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 :

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



Segue..

CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

L’Azienda svolge le funzioni assegnate di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio della Provincia di Rieti.

Il territorio comprende 73 comuni in un area di 2.749 Km², ed è organizzato, secondo la recente rimodulazione prevista nell’Atto Aziendale, in attesa di approvazione da parte della Regione Lazio, nei seguenti **due Distretti**:

Distretto n. 1

Rieti - Antrodoto - Sant’Elpidio

Distretto n. 2

Mirtense - Salario



Segue..

CHI SIAMO – Articolazione dell'Azienda USL di Rieti

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

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

Sono inoltre previsti 7 posti letto di ricovero ordinario e 2 posti letto di day surgery di Chirurgia Vascolare.


Segue..

CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

Lo **Stabilimento di Amatrice** viene configurato, ai sensi del DCA 368/14, come “Ospedale di zona disagiata” dotato di:

- 24 posti letto di ricovero ordinario, distinti in 13 posti letto di Medicina Interna e 11 posti letto di Lungodegenza post acuzie (cod. 60) a vocazione riabilitativa, 1 posto letto di Day Hospital e 5 posti letto di Day Surgery;
- un Pronto Soccorso le cui attività sono assicurate dai medici del DEA di riferimento, con 2 posti letto di OBI ed elisuperficie;
- attività ambulatoriali;
- un servizio di radiologia con trasmissione di immagini collegate all’Ospedale di Rieti;
- indagini laboratoristiche di Pronto Soccorso;
- emoteca.

L’avviamento progressivo delle attività previste presso lo Stabilimento di Amatrice avverrà in funzione delle risorse aggiuntive autorizzate dalla Regione Lazio.

Segue..

CHI SIAMO – Articolazione dell'Azienda USL di Rieti

L'Azienda è inserita nel sistema regionale delle Reti Assistenziali

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

Segue...

CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

L’Azienda USL di Rieti gestisce direttamente i seguenti **Poliambulatori**:

Distretto Distretto Rieti-Antrodoco-Sant’Elpidio

- Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice
- Poliambulatorio AUSL – sede di Viale Matteucci
- Casa della Salute
- Poliambulatorio Contigliano
- Poliambulatorio Leonessa
- Consultorio Rieti
- Consultorio Contigliano
- Consultorio Cittaducale
- Consultorio Leonessa
- U.T.R. Rieti
- Poliambulatorio Fiumata
- Poliambulatorio S. Elpidio
- Consultorio Salto-Cicolano (Sede di Borgorose)
- U.T.R. Salto-Cicolano (Sede di Borgorose)
- Poliambulatorio Antrodoco
- Consultorio Antrodoco
- U.T.R. Antrodoco

Distretto Mirtense-Salario

- Casa della Salute di Magliano Sabina
- Poliambulatorio Magliano Sabina
- Poliambulatorio Poggio Mirteto
- Consultorio Magliano Sabina
- Consultorio Poggio Mirteto
- U.T.R. Poggio Mirteto
- Poliambulatorio Osteria Nuova
- Poliambulatorio Passo Corese
- Consultorio Passo Corese - Osteria Nuova
- U.T.R. Passo Corese – Osteria Nuova

Segue..

CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

L’Azienda USL di Rieti comprende le seguenti strutture private “provvisoriamente accreditate”

Distretto Rieti-Antrodoco-Sant’Elpidio

- Laboratorio analisi “IGEA” 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
- RSA “Santa Rufina” , Loc. Santa Rufina - Cittaducale
- 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
- Laboratorio analisi “S. ANNA” s.a.s., Viale della Stazione, 81/A – Antrodoco
- Stabilimento Ternale «Terme di Cotilia» s.r.l., via Salaria Km 102 – Castel Sant’Angelo (RI)

Distretto Mirtense-Salario

- Centro Riabilitativo ex art. 26 L. 833/1978 “MONDO RIABILITAZIONE” s.r.l., Via A. Segoni, 4 – Collevecchio
- RSA «RSA Residenza Monte Buono» s.r.l., Via Maglianense, 6 – Montebuono (RI)
- 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

Segue..

CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

L’Azienda USL di Rieti comprende le seguenti **strutture private autorizzate**, nessuna delle quali è dotata di posti letto ad eccezione dell’RSA “Long Care Cirene” che ha 15 posti letto autorizzati

Distretto Rieti-Antrodoco-Sant’Elpidio

- “RES MEDICA” s.r.l. (Centro Medico Specialistico), Viale Morroni 14/16 – Rieti;
- “Ria H riabilitazione” (Centro di Riabilitazione ex art.26 L. 833/78), Piazza Vittorio Bachelet, 22 – Rieti;
- Studio Medico “San Marco” (Studio Medico Polispecialistico), Via F.lli Sebastiani, 161 – Rieti;
- “Programma Salute” (Servizi Sanitari Privati), Viale Morroni, 18 - Rieti ;
- Istituto Fisioterapico “DAVINCI”, Via Labro,7 – Rieti;

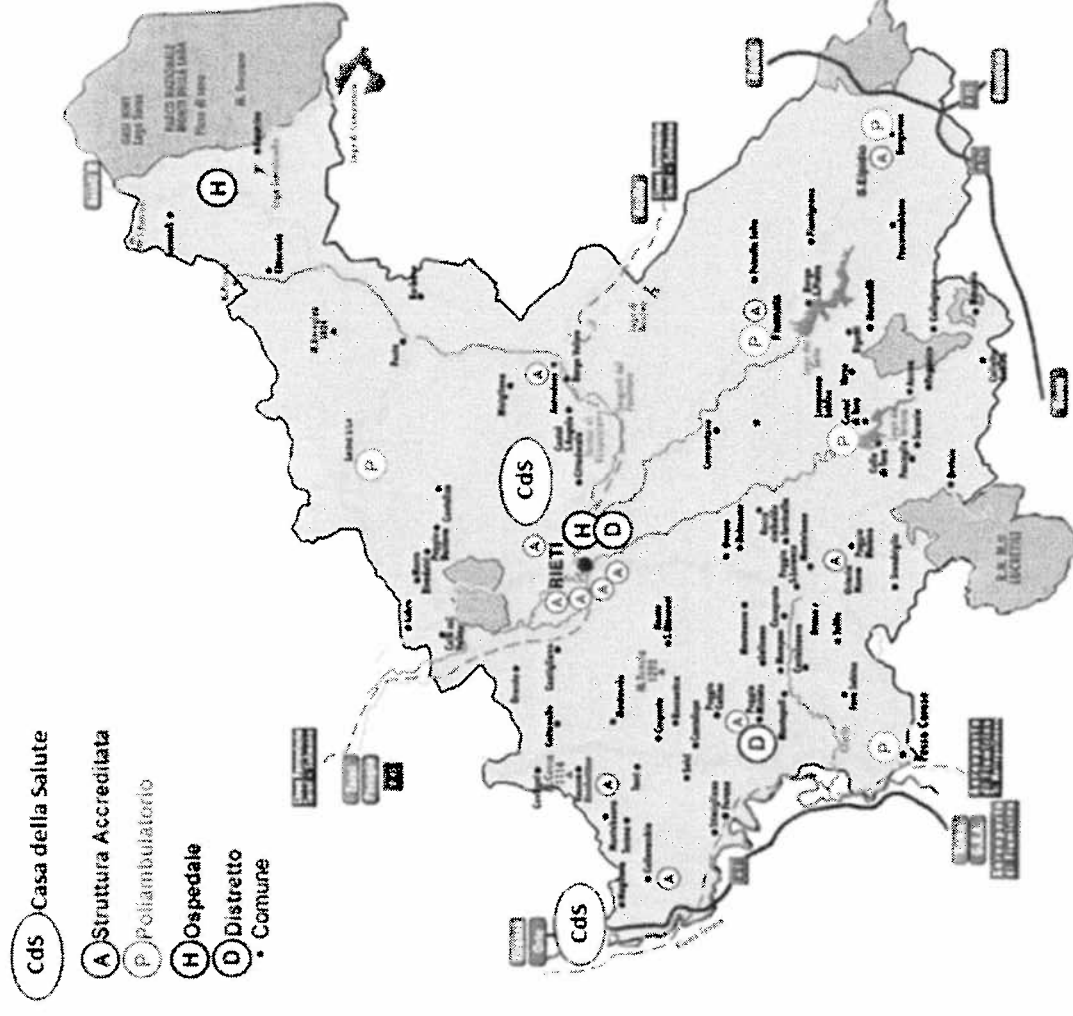
Distretto Mirtense-Salario

- Analisi Cliniche “Forano”, Loc. Pozzolane, 5/A – Forano;
- Analisi Cliniche “Bianchetti G&D”, Via Marconi, 109 – Casperia;
- RSA Long Care Cirene, Loc. S. Egidio – Torri in Sabina.
- FKT ITER s.a.s., Viale Europa, 5 – Poggio Moiano;
- CENTRO CORI ex art. 26 L. 833/1978 – Fara in Sabina.

Segue..

CHI SIAMO - Articolazione dell'Azienda USL di Rieti

La mappa
riportata a fianco
mostra la
**dislocazione sul
territorio delle
strutture**
assistenziali della
ASL di Rieti e
quelle accreditate
con il Servizio
Sanitario
Regionale.



CHI SIAMO – Assetto Organizzativo Aziendale, Organigramma, Macrofunzioni, I Meccanismi Operativi Aziendali, Il Governo Clinico

CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale

L' Assetto Organizzativo aziendale è definito:

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

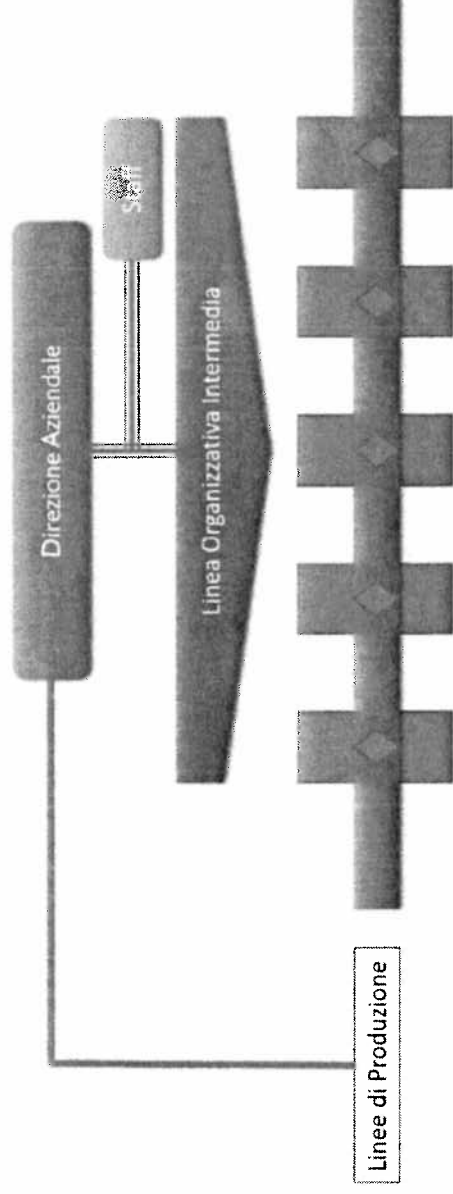
Principio cardine adottato nella progettazione dell'assetto organizzativo è rappresentato dalla costante ricerca del *miglior equilibrio sistemico possibile* tra la dimensione strutturale rappresentata nell'organigramma aziendale e le caratteristiche dei meccanismi operativi che ne determinano il funzionamento.

Segue..

CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale

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

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



Segue..

[illegible]

Segue..

UOC Sviluppo Strategico e Organizzativo

CHI SIAMO – I Meccanismi Operativi aziendali

I principali Meccanismi Operativi aziendali sono rappresentati dai seguenti sottosistemi:

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

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

Segue..

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;

- ✓ il **Clinical Risk Management**: l'Azienda adotta un approccio organico di azione teso a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza al D.Lgs. n. 187/2000, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro permanenti e discontinui coordinati dal Clinical Risk Manager;

Segue..

CHI SIAMO – I Meccanismi Operativi aziendali

- ✓ i **Percorsi Clinico-Assistenziali ed Organizzativi e le Reti Cliniche**: ossia, ricostruzione, con apposita metodologia, delle fasi del percorso di cura del paziente per determinate patologie (tra i principali: tumore mammella, colon retto, prostata e vescica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ecc.). I Percorsi Clinico-Assistenziali ed Organizzativi vengono di norma elaborati sulle attività individuate come qualificanti dallo Standard di Servizio e rappresentano il percorso di miglioramento che l'Unità Operativa si impegna ad intraprendere;
- ✓ l'**Audit Clinico e dei Processi**: rappresenta il momento di verifica della corretta applicazione dei Percorsi Clinico-Assistenziali ed Organizzativi; è una verifica strutturata, periodica, che serve a monitorare il rispetto dei percorsi e, di conseguenza, a prevedere le eventuali azioni di miglioramento da intraprendere.

L'AMMINISTRAZIONE “IN CIFRE”

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



I SERVIZI SANITARI EROGATI

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 quadriennio 2011 – 2014.

DIMESSI	2011	2012	2013	2014*
Dimessi Ordinari	15.648	14.830	14.094	13.966
-di cui con DRG medico	73,48%	73,41%	75,95%	76,92%
-di cui con DRG chirurgico	26,52%	26,49%	24,05%	23,08
Dimessi Day Surgery	1.475	1.433	1.472	1.367
Dimessi Day Hospital	2.335	2.345	2.489	2.240

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

Dati relativi ai
parti effettuati
nel territorio
dell'Azienda

NASCITE	2011	2012	2013	2014*
Numero totale parti	681	529	599	523
- di cui parti cesari	338	270	270	239

* (il dato del consuntivo anno 2014 sarà disponibile a marzo 2015)

Segue..

I SERVIZI SANITARI EROGATI

ATTIVITA' CHIRURGICA	2011	2012	2013	2014*
Interventi in ricovero ordinario	4.150	3.928	3.389	3.206
Interventi in day surgery	1.475	1.433	1.472	1.367
Prestazioni ambulatoriali	128.960	126.528	130.328	138.300

* (il dato del consuntivo anno 2014 sarà disponibile a marzo 2015)

Interventi
effettuati nel
quadriennio
2011-2014

Prestazioni
ambulatoriali
erogate nel
quadriennio
2011-2014

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2011	2012	2013	2014
Numero prestazioni per esterni	2.058.125	1.750.432	1.720.335	1.653.095
- di cui diagnostica per immagini (incluso RNM)	77.867	72.555	71.666	62.470
- di cui prestazioni di laboratorio analisi	1.227.432	1.168.426	1.130.562	1.111.167

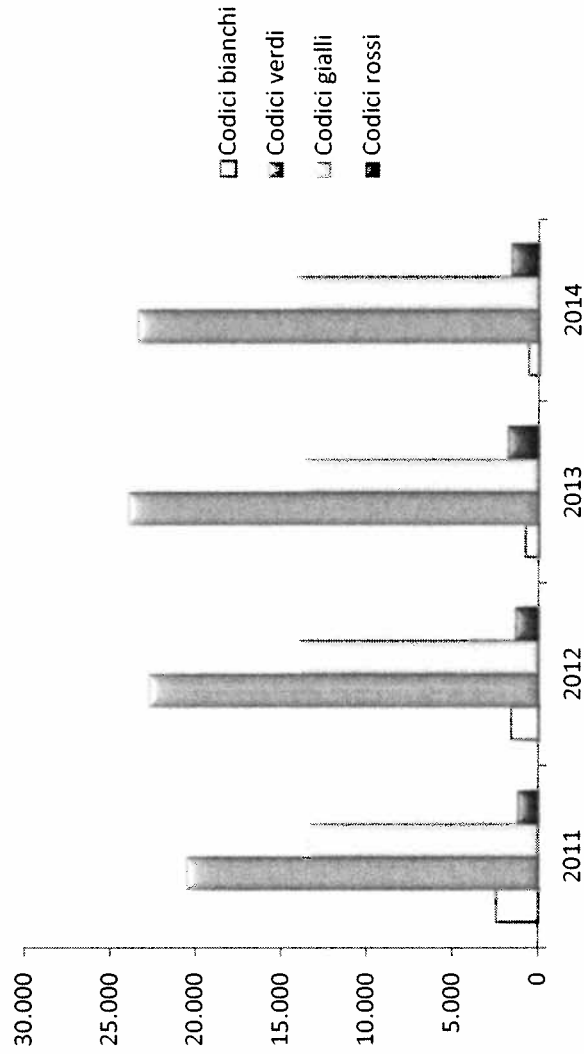
Segue..

I SERVIZI SANITARI EROGATI

ACCESSI PRONTO SOCCORSO		2011	2012	2013	2014
Numero totale di accessi in pronto soccorso		37.608	39.721	40.229	39.747*
- di cui numero codici bianchi		2.423	1.599	773	575
- di cui numero codici verdi		20.543	22.763	23.952	23.389
- di cui numero codici gialli		13.388	13.959	13.685	14.138
- di cui numero codici rossi		1.254	1.401	1.819	1645

* Dato non consolidato. Proiezione primi 11 mesi

Accessi al pronto soccorso articolati secondo il codice del Triage



Segue..

I SERVIZI SANITARI EROGATI

ATTIVITA' DI ASSISTENZA TERRITORIALE	2011	2012	2013	2014
Numero totale di assistiti in ADI	2.001	1.928	2.095	2.727
Numero di Screening Oncologici	5.669	6.994	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione	Riorganizzata attività
-di cui Screening Mammografico	850	2.347		
-di cui Screening Cervice Uterina	4.819	3.949		
-di cui Screening colon-retto	0	698		
Numero Vaccinazioni pediatriche effettuate*	14.292	12.933	13.357	12.406**
Numero Vaccinazioni antinfluenzali effettuate	35.145	34.724	30.300	29.900 vaccini acquistati
Numero Vaccinazioni HPV effettuate	1.381	1.621	1.616	1.190***

Assistenza erogata a livello distrettuale

* Dati stimati sulla base delle vaccinazioni effettuate nel Distretto 1

** Da maggio 2014 è stata eliminata la 2° dose (quindi la scheda è da 2 dosi invece che 3)

*** circa 500 dosi in meno HPV – Poggio Mirteto chiuso per alcuni mesi e Passo Corese solo 3 sedute settimanali

Focus sulla mobilità attiva dell'Azienda quadriennio 2011-2014 e sulla mobilità passiva dell'Azienda nel quadriennio 2010-2013

MOBILITA' ATTIVA	2011	2012	2013	2014*
% Intraregionale	11,4	9,9	10,3	9,7
% extraregionale	2,6	2,0	2,2	2,2

* Dato non consolidato

MOBILITA' PASSIVA	2010	2011	2012	2013	2014
% Intraregionale	59,4	60,3	60,9	58,3	ND
% extraregionale	40,5	39,7	39,1	41,7	ND

(il dato del consuntivo anno 2014 sarà disponibile a maggio 2015)

LE RISORSE PROFESSIONALI



LE RISORSE PROFESSIONALI

Il quadro delle risorse umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato, alla data del 1 dicembre 2014, è pari a **1.569** unità comprensivo di n. 40 collaborazioni coordinate e continuative distinto come segue:

DIRIGENTI	T.I.	T.D.	COCOCO
Ruolo sanitario			
Dirigenti Medici	249	50	10
Dirigenti Veterinari	16	2	
Ruolo sanitario non medico			
Dirigenti Professioni Sanitarie		1	
Dirigenti Fisici	1	1	
Dirigenti Farmacista	7		
Dirigenti Biologi			
Dirigenti Psicologi	22	3	6
Ruolo professionale			
Dirigenti Ingegneri	3		
Ruolo tecnico			
Dirigenti Sociologi	2		1
Ruolo amministrativo			
Dirigenti Amministrativi	6	1	
Totale	306	58	17

COMPARTO	T.I.	T.D.	COCOCO
Ruolo amministrativo	142	1	
Ruolo tecnico	192	3	3
Ruolo sanitario	790	37	20
Totale	1124	41	23

Segue..

LE RISORSE PROFESSIONALI

Nelle tabelle che seguono, sono evidenziati indicatori sull'analisi dei caratteri qualitativi relativi al personale, sul benessere organizzativo ed analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni del personale in servizio al 1 dicembre 2014.

PRINCIPALI INDICATORI QUALI-QUANTITATIVI				
Indicatori	2011	2012	2013	2014
N. Totale Personale	1.667	1.564	1.553	1.569
N. Totale Personale Dirigenza	394	374	370	364
N. Totale Personale Comparto	1.273	1.190	1.183	1.165
N. Totale Personale Dirigenza Donne	173	164	172	162
N. Totale Personale Dirigenza Uomini	221	210	198	202
N. Totale Personale Comparto Donne	970	909	909	890
N. Totale Personale Comparto Uomini	303	281	274	275

ANALISI CARATTERI QUALI-QUANTITATIVI				
Indicatori	2011	2012	2013	2014
Età media del personale (anni)	51	48	48,78	49,03
Età media dei dirigenti (anni)	53	51	49,64	49,60
% di dipendenti in possesso di laurea	54%	55%	57%	58%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%	100%	100%	100%
Tasso di compensazione del Turnover del personale	8%	0%	0%	0%
Costo per la formazione del personale	€ 105.014	€ 109.851	€ 180.893	

Segue..

LE RISORSE PROFESSIONALI

ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO				
Indicatori	2011	2012	2013	2014
Tasso di assenze	19,30%	14,42%	23,19%	22,9%
Tasso di dimissioni premature	3%	3%	2%	2%
Tasso di richieste di trasferimento	1%	1%	1%	1%
Tasso di infortuni	0,40%	0,28%	0,40%	0,43%
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti	€ 2.988	€ 3.058	€ 2.934	2.920
% di personale assunto a tempo indeterminato	0%	0%	0%	0%

ANALISI DI GENERE				
Indicatori	2011	2012	2013	2014
% di dirigenti donne	44%	44%	45%	45%
% di donne rispetto al totale del personale	69%	69%	68,5%	69%
Stipendio medio lordo percepito dal personale donna (personale dirigente)	€ 5.392	€ 5.542	€ 4.865	4.834
Stipendio medio lordo percepito dal personale donna (personale comparto)	€ 2.134	€ 2.183	€ 2.160	2.150
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	63%	68%	69,61%	69,30
Età media del personale femminile (personale dirigente) in anni	49	49	50	50
Età media del personale femminile (personale comparto) in anni	47	47	48	48
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	51%	51%	52%	53%

PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI



PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

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

Nonostante un trend di crescita dei costi del SSN, la ASL di Rieti negli esercizi 2011-2014, di cui alla slide successiva, riesce ad avere nel complesso una struttura dei costi pressoché costante. Di contro, i risultati conseguiti sono fortemente influenzati dalla quota di Fondo Sanitario Regionale assegnata, nonché dalle ulteriori erogazioni destinate al finanziamento di specifici programmi di prevenzione, di assistenza domiciliare, di miglioramento della rete assistenziale e di altri piani di prevenzione e cura delle malattie.

A partire dal secondo semestre 2012, sono stati avviati processi di rinegoziazione con i Fornitori, con il preciso intento di contrarre ulteriormente la spesa per l'acquisizione di beni e servizi, così come richiesto dalla Legge n. 135/2012, cosiddetta "Spending Review". Nonostante l'enorme impegno profuso dalle diverse professionalità aziendali, tali processi non hanno sortito gli effetti sperati. La spesa, infatti, era già monitorata da diversi anni e risulta essere incompressibile per alcuni servizi, in quanto derivante da contratti stipulati a seguito di gare centralizzate regionali.

Segue..

PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

	2011	2012	2013	2014
A) Valore della Produzione	€ 327.228.605	€ 321.373.087	€ 331.107.921	€ 273.997.128
B) Costi della Produzione	-€ 331.258.054	-€ 328.126.043	-€ 325.927.586	-€ 331.933.651
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	-€ 4.029.449	-€ 6.752.956	€ 5.180.335	-€ 57.936.523
C) Proventi ed oneri finanziari	-€ 2.105.770	-€ 2.128.848	-€ 2.674.603	-€ 1.906.109
D) Rettifiche delle attività finanziarie	-	-	-	-
E) Proventi e oneri straordinari	€ 243.233	€ 441.178	-€ 94.626	€ 4.585.386
Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)	-€ 5.891.986	-€ 8.440.626	€ 2.411.106	-€ 55.257.246
Imposte sul reddito	-€ 7.045.603	-€ 6.918.667	-€ 6.802.543	-€ 6.528.843
RISULTATO D'ESERCIZIO	-€ 12.937.589	-€ 15.359.293	-€ 4.391.437	-€ 61.786.089*

Fonte dei dati: UOC Economico-Finanziaria. Anni 2011-2012 e 2013 bilanci di esercizio approvati dalla Regione Lazio - Anno 2014 dati di preconsuntivo.

* I risultati provvisori del 2014 rivelano una forte riduzione del Valore della Produzione, che dipende prevalentemente dalla riduzione di circa 50 milioni di euro del valore della quota assegnata del Fondo Sanitario Regionale. Si ha ragione di ritenere che, in fase di assegnazione definitiva della quota del fondo, si possa verificare un riallineamento della quota stessa ai valori degli esercizi precedenti, con la conseguente riduzione della perdita rilevata in sede di preconsuntivo.

Segue..

PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

Il trend dei costi di esercizio dal 2011 al preconsuntivo 2014 e la loro composizione viene riportata sinteticamente nel seguente prospetto:

Voci di costo	2011	2012	2013	2014
Beni sanitari	31.848.212	34.305.999	33.628.592	34.877.959
Servizi sanitari	155.300.682	150.330.912	156.802.907	157.369.741
Costo del personale sanitario	79.350.398	78.802.442	73.528.635	71.330.130
Costi Sanitari	266.499.292	263.439.353	263.960.134	263.577.830
Costo del personale non sanitari	15.411.639	15.903.492	12.972.502	12.798.265
Beni e Servizi non sanitari	29.262.920	28.088.569	26.880.391	29.489.146
Manutenzioni	5.801.635	5.997.204	7.277.304	6.839.599
Godimento beni di terzi	1.583.225	1.324.534	1.422.325	2.004.254
Oneri diversi di gestione	2.747.863	2.728.362	2.233.779	2.511.816
Ammortamenti, Accantonamenti e variazione rimanenze	9.951.479	10.644.530	11.181.151	14.712.741
Costi non sanitari	64.758.761	64.686.690	61.967.452	68.355.821
Totale costi della produzione	331.258.054	328.126.043	325.927.586	331.933.651
Finanziari, straordinari ed imposte	8.908.140	8.606.338	9.571.772	3.849.566
Totale costi	340.166.194	336.732.381	335.499.358	335.783.217

Dalla tabella di cui sopra, appare evidente l'incidenza dei costi per acquisto di beni e servizi sanitari sul totale delle spese, che si attesta intorno al 78%, per tutti e quattro gli esercizi presi in esame.

Segue..

PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

L'andamento delle diverse componenti di costo indica, ad ogni modo, che la spesa dei beni sanitari, in particolare la spesa per l'acquisto di farmaci, ha riportato un trend di incremento quantificabile, nel corso degli anni, tra il 9% ed il 10%; mentre i servizi sanitari hanno fatto registrare una leggera flessione nell'esercizio 2012, per poi risalire negli anni successivi con una percentuale oscillante tra l'1 ed il 5%.

Dall'analisi risulta che il costo del personale sanitario si è ridotto con percentuali che, a partire dal 2011, arrivano fino al valore di 12 punti percentuali.

La contrazione significativa del costo per il personale, sanitario in particolare, dovuta al blocco delle assunzioni, viene compensata negativamente dall'incidenza dei costi per l'utilizzo del personale interinale, il cui onere viene rilevato tra i costi per l'acquisto di servizi.

Pressoché stabile resta, invece, l'andamento dei costi per l'acquisto di beni e servizi non sanitari che, dopo una leggera flessione nell'esercizio 2013, fa rilevare un trend in aumento.

Un significativo aumento è stato rilevato tra i costi per manutenzioni che, a partire dal 2011, hanno fatto registrare un incremento del 25% circa, per poi contrarsi, nell'esercizio 2014, nella misura del 6% circa.

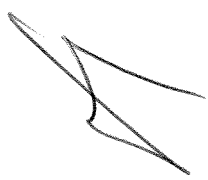
Una consistente riduzione, fino al 60% nell'esercizio 2014, si registra infine nel complesso delle voci relative agli oneri finanziari ed alle altre voci straordinarie e imposte.



ANALISI DEL CONTESTO

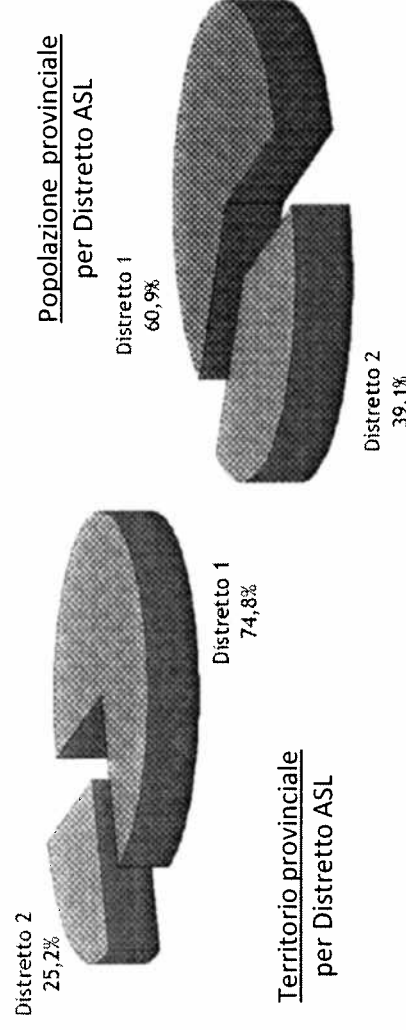
- Analisi demografica
- Analisi epidemiologica
- Analisi della mobilità
- Dall'analisi all'orientamento strategico di fondo

ANALISI DEMOGRAFICA



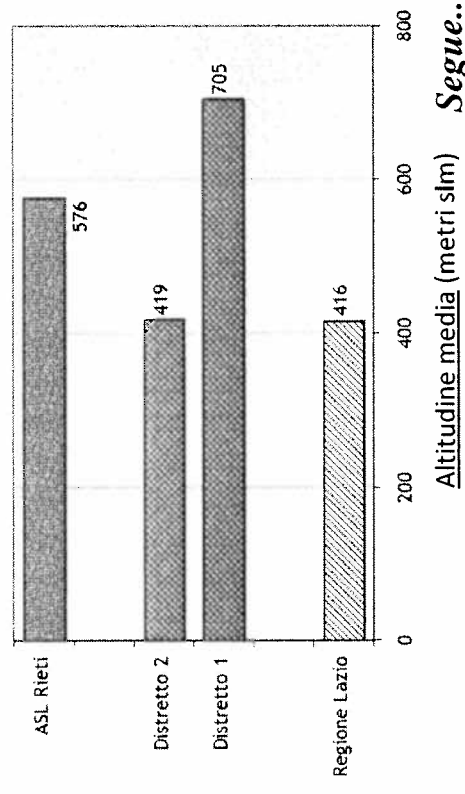
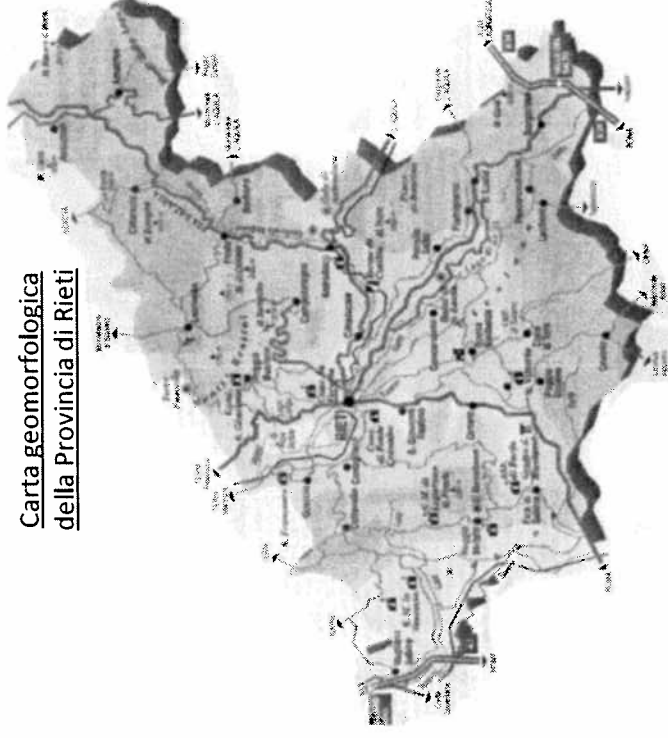
ANALISI DEMOGRAFICA

La provincia di Rieti si estende su una superficie di 2.749 Km². E' costituita da **73 comuni** ed ha una popolazione residente, al 1 gennaio 2014, di **159.670 abitanti**. Il territorio provinciale coincide con quello di competenza dell'Azienda ed è **prevalentemente montuoso** (circa il 70%), con un'altitudine media di circa 580 metri 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)

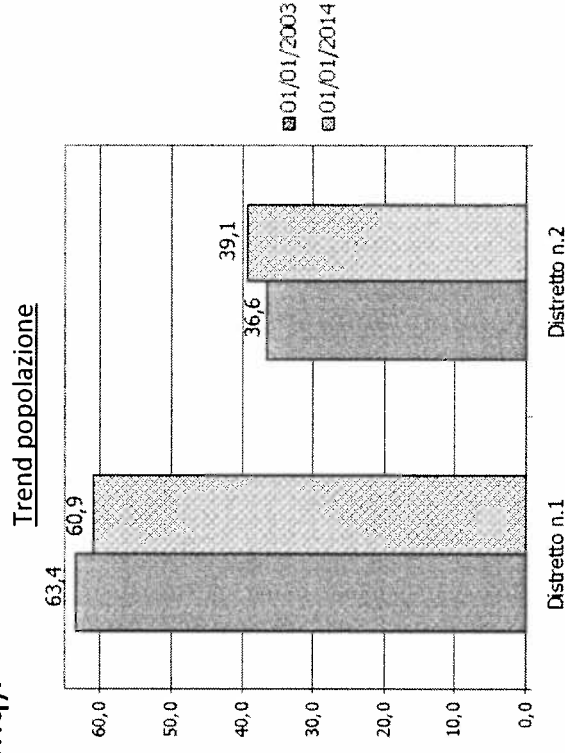
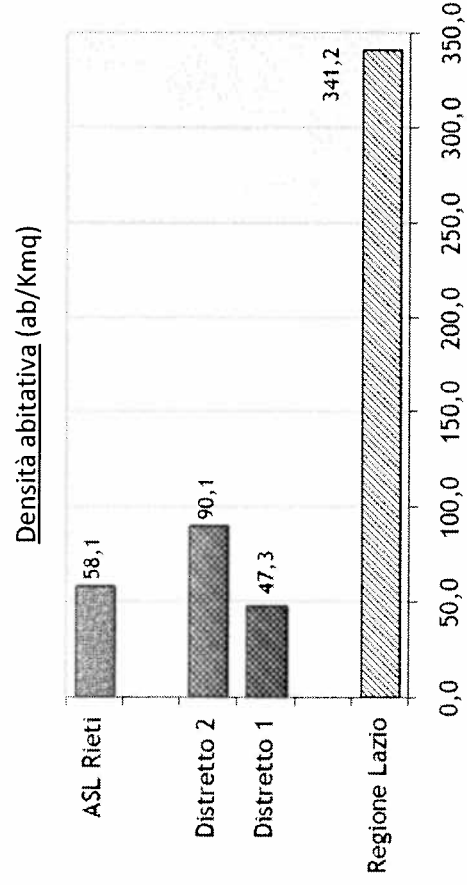
Carta geomorfologica della Provincia di Rieti



ANALISI DEMOGRAFICA

Il Distretto n.1 (altitudine media 705m slm, densità 47,3 ab/kmq) presenta una situazione territoriale assai disomogenea che vede, accanto all'ampia pianura e alle zone collinari che circondano il capoluogo, estese zone montuose, ove la popolazione è assai dispersa (circa 20 ab/Kmq). Risulta, invece, più omogenea la situazione territoriale del Distretto n.2 (altitudine media 419m slm, densità 90,1 ab/slm), ove la popolazione è meno dispersa.

La densità abitativa della provincia, pari a 58,1 ab/kmq, è comunque molto bassa rispetto a quella regionale (341,2 ab/Kmq).

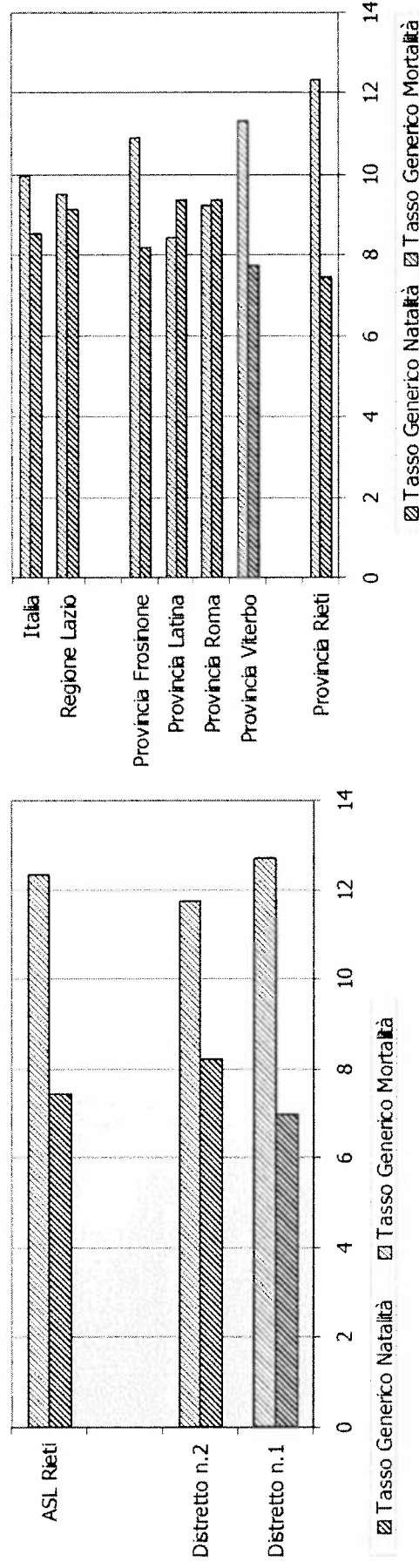


Negli ultimi dieci anni si è registrato un quasi costante incremento della popolazione residente nella provincia come conseguenza dell'incremento demografico della Sabina (Distretto n.2) che ha più che compensato un lento e costante decremento della popolazione del Distretto n. 1

Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA

Tassi di natalità e mortalità (per 1.000 ab.)



Se si analizzano le componenti demografiche **nascite, decessi e migrazioni** (dati anno 2013), 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 quasi doppio rispetto al tasso di natalità.

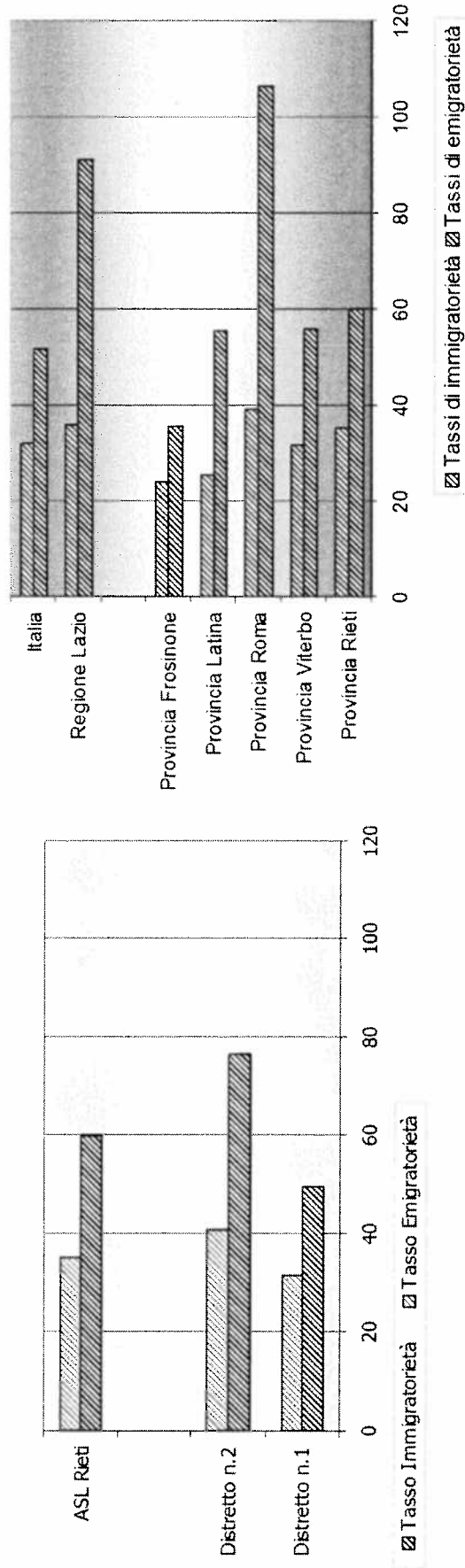
In particolare, dall'analisi dei dati risulta che la **mortalità** nella provincia di Rieti ha raggiunto livelli molto elevati, superiori a quelli delle altre province del Lazio.

La **natalità** nel reatino, invece, è molto bassa, al di sotto del dato regionale e nazionale.

Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA

Tassi di migratorietà (per 1.000 ab.)



L'analisi della **componente migratoria** evidenzia che nella provincia di Rieti i flussi migratori prevalenti sono in **ingresso**, raggiungendo livelli particolarmente elevati nel Distretto n. 2.

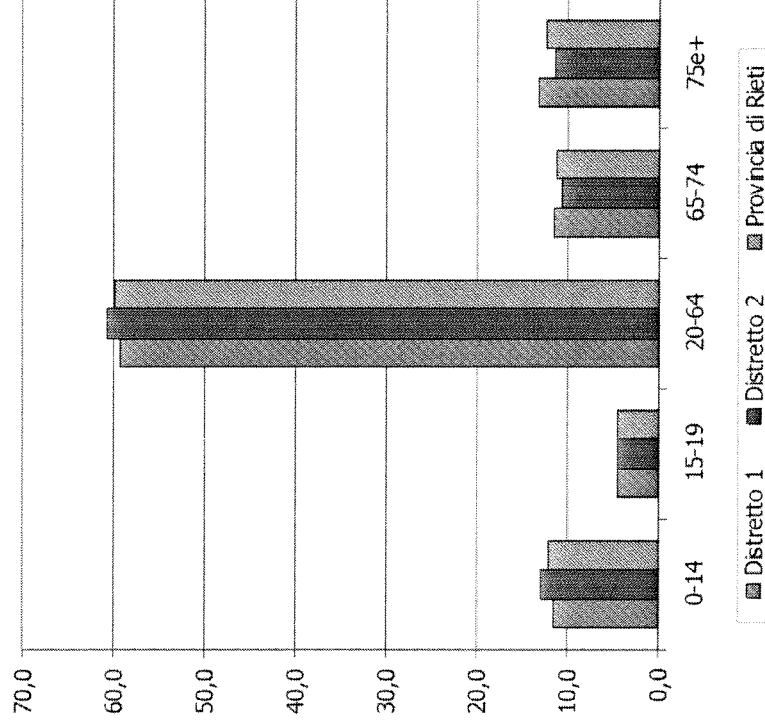
Il confronto con le altre realtà laziali mostra che la provincia di Rieti, per intensità dei flussi migratori, sia in entrata che in uscita, è seconda solo alla provincia di Roma.

Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA

Rispetto alla struttura per età, la **popolazione** reatina risulta particolarmente **invecchiata**. Infatti i residenti ultrasessantacinquenni sono pari al 23,7% in Provincia, con lieve variabilità a livello distrettuale (24,8% nel Distretto n.1, 22% nel Distretto n.2). Queste percentuali sono più basse sia nella Regione Lazio che in Italia (20,5 e 21,4% rispettivamente)

Popolazione residente per età (valori percentuali)



Popolazione residente per età (grandi classi, valori assoluti e percentuali)

Classi età	Italia	Regione Lazio	Provincia Rieti	Distretto n.1	Distretto n.2
0-14	8.448.133	811.662	19.220	11.172	8.048
15-19	2.862.527	263.701	7.099	4.287	2.812
20-64	36.457.066	3.593.599	95.496	57.632	37.864
65-74	6.491.920	609.150	17.905	11.265	6.640
75e+	6.523.022	592.339	19.950	12.857	7.093
Totale	60.782.668	5.870.451	159.670	97.213	62.457

Classi età	Italia	Regione Lazio	Provincia Rieti	Distretto n.1	Distretto n.2
0-14	13,9%	13,8%	12,0%	11,5%	12,9%
15-19	4,7%	4,5%	4,4%	4,4%	4,5%
20-64	60,0%	61,2%	59,9%	59,3%	60,6%
65-74	10,7%	10,4%	11,2%	11,6%	10,6%
75e+	10,7%	10,1%	12,5%	13,2%	11,4%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA

Indici di struttura della popolazione residente

Indicatore	Italia	Regione Lazio	Provincia Roma	Provincia Latina	Provincia Viterbo	Provincia Frosinone	Azienda USL Rieti	Distretto n.1	Distretto n.2
Età media (in anni compiuti)	44,2	43,9	43,8	42,9	45,2	44,3	46,0	46,6	44,9
Indice di vecchiaia (rispetto all'intera popolazione)	21,4	20,5	20,3	19,3	22,4	21,1	23,7	24,8	22,0
Indice di vecchiaia (rispetto alla popolazione 0-14 anni)	154,1	148,0	144,4	136,2	178,4	163,7	197,0	215,9	170,6
Indice di carico di figli per donna feconda	24,7	24,8	25,3	25,0	22,7	22,7	22,2	21,7	22,8

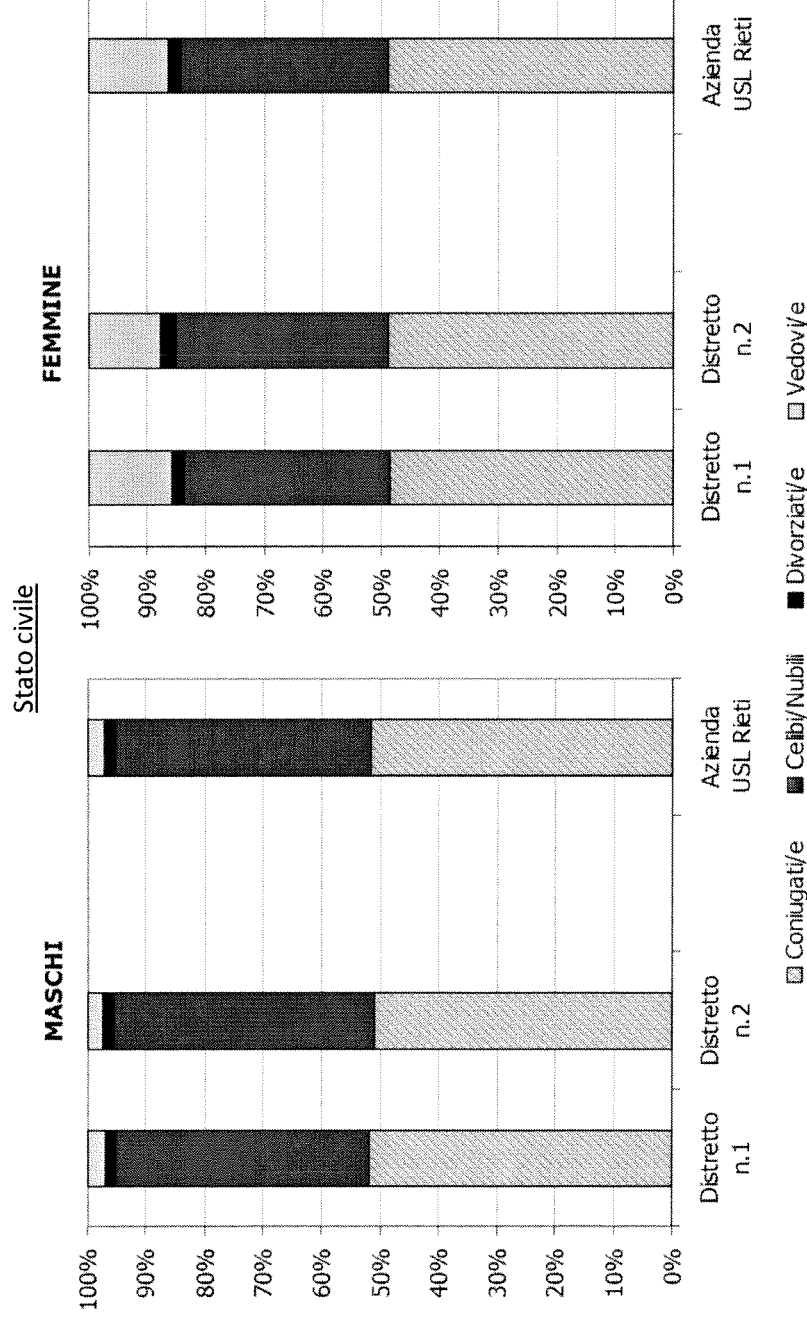
Gli indici di struttura, nel confronto geografico, confermano gli elevati livelli di invecchiamento della Provincia di Rieti sia rispetto alle altre province del Lazio sia rispetto all'Italia.



Popolazione residente nei Distretti della ASL Rieti, per età e sesso

Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA



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

ANALISI EPIDEMIOLOGICA



ANALISI EPIDEMIOLOGICA

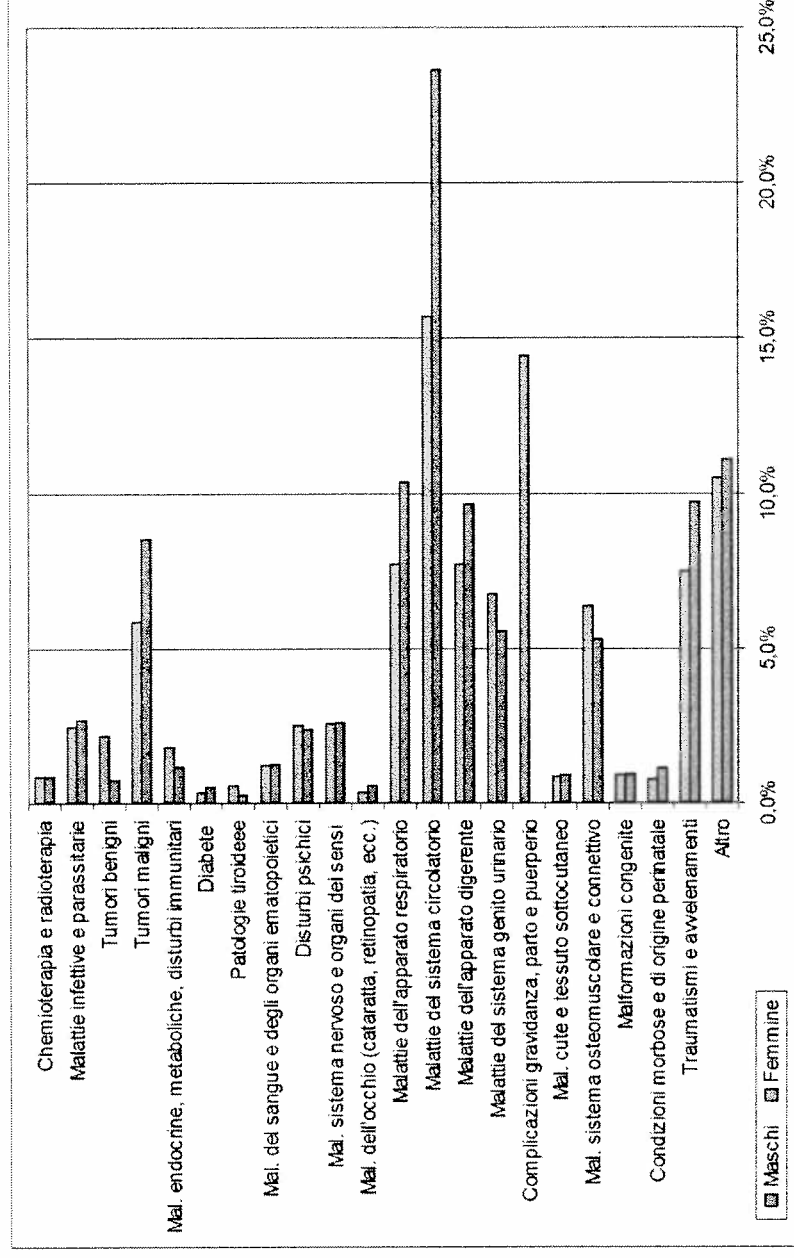
I dati sui **ricoveri in regime ordinario** dei residenti di **sesso maschile** registrano, in diagnosi principale, più frequentemente le malattie cardiocerebrovascolari, i traumi, le malattie dell'apparato respiratorio, le malattie dell'apparato digerente e i tumori maligni.

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, i traumi, le malattie dell'apparato digerente, le malattie dell'apparato respiratorio, le malattie del sistema genito urinario ed i tumori maligni. Se si escludono i ricoveri per gravidanza e parto, si rileva un sostanziale equilibrio dei ricoveri nei due sessi (ricoveri delle femmine 48% del totale, ricoveri dei maschi 52%).

Segue..

Ricoveri in regime ordinario dei residenti nella Provincia di Rieti (fonte ASL Rieti – UOC SSDS; anno 2012)



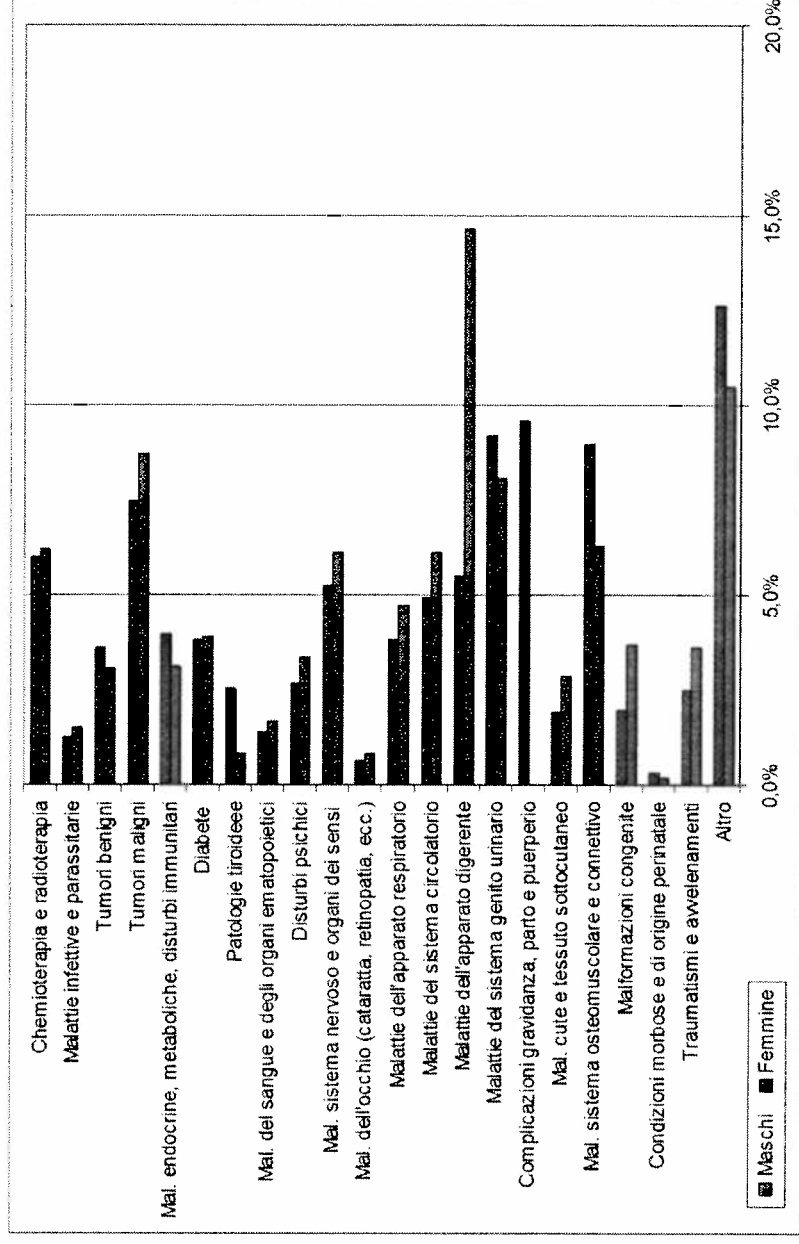
ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Dall'analisi dei dati sui **ricoveri in regime di Day Hospital** dei residenti nella provincia di Rieti di **sesso maschile**, in diagnosi principale si riscontrano più frequentemente le malattie dell'apparato digerente, i tumori maligni, le malattie cardiocerebrovascolari, le malattie del sistema genito-urinario, le malattie del sistema nervoso, le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo.

Per la **popolazione femminile**, le diagnosi principali più ricorrenti, oltre alle complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio, sono le malattie genito-urinarie, del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, dell'apparato genito-urinario, le malattie cardiocerebrovascolari, quelle dell'apparato digerente, del sistema nervoso e i tumori maligni.

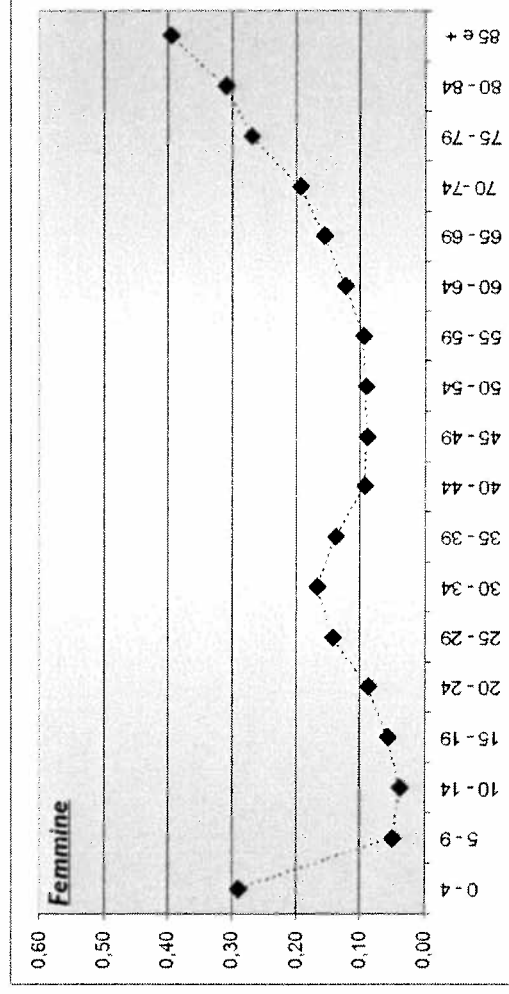
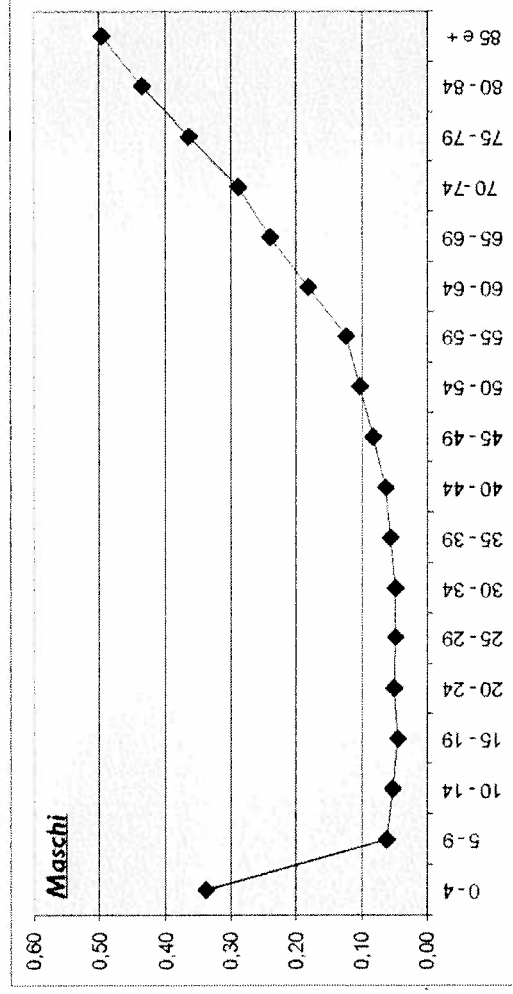
Segue..

Ricoveri in regime di DH dei residenti nella Provincia di Rieti (fonte ASL Rieti – UOC SSDS; anno 2012)



ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Tassi di ospedalizzazione specifici per età
(ricoveri ordinari, fonte ASL Rieti – UOC SSDS; anno 2012)

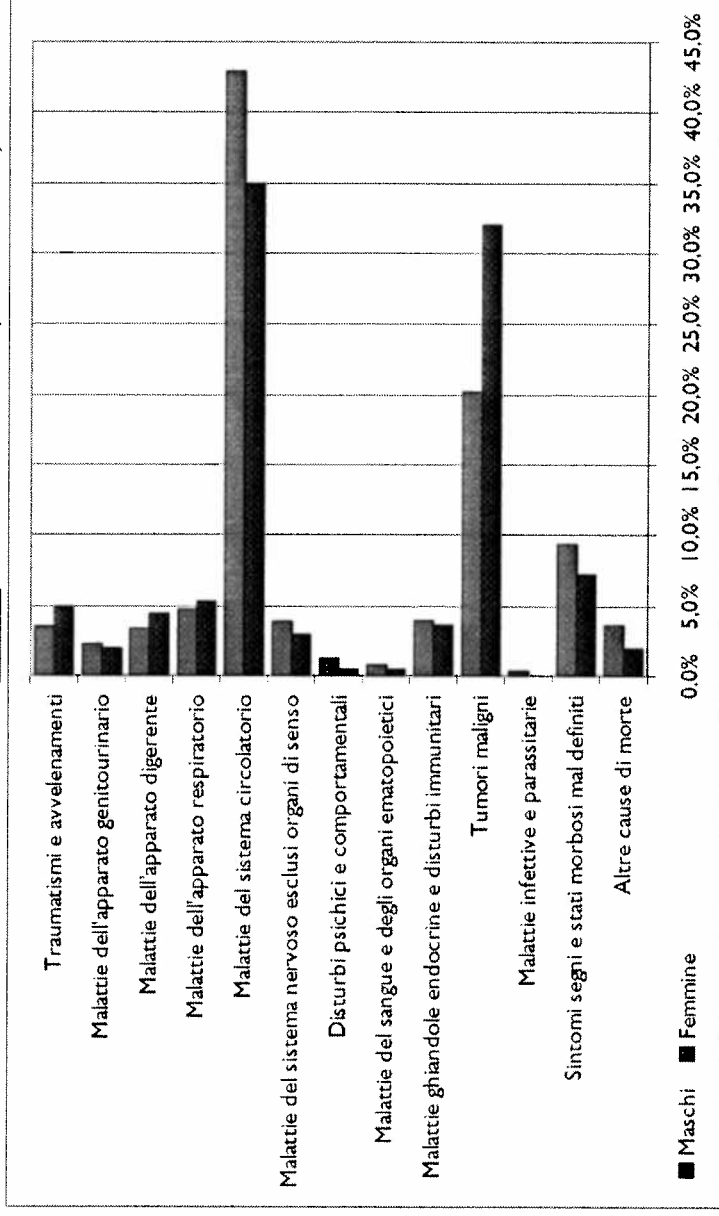


L'analisi dei tassi di ospedalizzazione specifici per età, calcolati sui ricoveri ordinari dei residenti nella provincia di Rieti registrati nel 2012, mostra come l'ospedalizzazione sia più elevata per le femmine in età fertile e come risulti invece progressivamente più elevata nei maschi dopo i 60 anni.

Segue..

ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Residenti nella Provincia di Rieti deceduti nel triennio 2010-2012 (fonte DEP Lazio)



Dall'analisi dei dati di **mortalità** si rileva come le **patologie cardiocerebrovascolari** e i **tumori maligni** rappresentino le principali cause di morte in entrambi i sessi. Seguono, con valori sostanzialmente più bassi, le **malattie dell'apparato respiratorio**, quelle dell'apparato digerente ed i **traumatismi**.

Segue..

ANALISI EPIDEMIOLOGICA

In particolare le **patologie neoplastiche**, quelle che causano il maggior numero di decessi nei residenti di **sesso maschile** sono i tumori di trachea - bronchi - polmoni, del colon-retto, della prostata, dello stomaco, della vescica, del fegato e del tessuto linfatico. Nelle **femmine** invece, assumono particolare rilievo i tumori della mammella, del colon-retto, di trachea - bronchi - polmoni, del tessuto linfatico, dello stomaco e del pancreas.

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

Segue..

ANALISI EPIDEMIOLOGICA

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

E' importante rilevare che l'**ipertensione arteriosa** nei Distretti determina oltre il 25% delle esenzioni per patologia. Per le **patologie cardiocerebrovascolari**, che in Azienda sono motivo di esenzione nel 24% circa dei maschi e nel 13% circa delle femmine, 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 nel Distretto n.2. I **tumori maligni**, infine, determinano il 12% circa di esenzioni in entrambi i distretti.



Segue..

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

In merito all'incremento dell'**offerta sanitaria sul territorio** di fondamentale importanza la **Casa della Salute**, la prima è stata inaugurata nel dicembre scorso presso l'ex ospedale di Magliano Sabina.

La Casa della Salute perseguendo l'obiettivo della presa in carico di pazienti cronici, è una struttura che per proprio fine istituzionale risponde perfettamente alle esigenze assistenziali di una popolazione invecchiata, dispersa e con forte presenza di patologie cronico-degenerative, quale quella reatina,

Segue..

ANALISI EPIDEMIOLOGICA

La **Casa della Salute di Magliano Sabina** rappresenta il luogo in cui il cittadino trova risposta tempestiva ed appropriata ai propri bisogni di cura, semplici e complessi. E' un **sistema integrato di servizi** che si prende cura delle persone. Offre assistenza territoriale con un'organizzazione multi professionale e multidisciplinare, privilegiando un approccio globale.

L'aspetto innovativo della Casa della Salute si sostanzia in un sistema basato, oltre che sulla risposta prestazionale, sulla presa in carico e sulla **gestione proattiva della cronicità**.

Le modalità di accesso all'assistenza specialistica della Casa della Salute sono di due tipi:

- **erogazione prestazionale "on demand"** , tipica di un poliambulatorio tradizionale (accesso con prescrizione)
- **presa in carico integrata del paziente** attraverso l'accesso ai percorsi diagnostici terapeutici assistenziali che sviluppano sinergie fra i professionisti ospedalieri e territoriali.

Segue..

ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Risulterà importante l'attivazione di una Casa della Salute anche nel Distretto n.1 ove è necessario mantenere l'offerta assistenziale nelle aree del Salto-Cicolano e dell'Alto Velino (ex Distretti n.4 e n.5) in quanto la **disomogeneità del nuovo Distretto n.1**, rilevata nell'analisi geografica, si osserva anche dal punto di vista demografico ed epidemiologico. Il dato medio distrettuale nasconde la situazione di particolare criticità presente nelle due aree sopra segnalate ove risulta particolarmente rilevante l'invecchiamento demografico e la presenza di patologie cronicizzanti ed invalidanti in un territorio impervio con precarie vie di comunicazione.

Altro aspetto fondamentale dell'assistenza fornita alla popolazione residente, anziana e affetta da patologie croniche, è un'offerta adeguata di **assistenza in RSA**. In questa direzione va l'incremento di 75 posti letto accreditati in Residenze Sanitarie Assistenziali nel Distretto n.2 registrati negli ultimi mesi con l'accREDITamento di due nuove strutture.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale passa infine anche dalla **Telemedicina**, con un'offerta in ambito broncopneumologico, utilizzando nuovi strumenti operativi quali il tele-nursing ed il telemonitoraggio.

ANALISI DELLA MOBILITA'



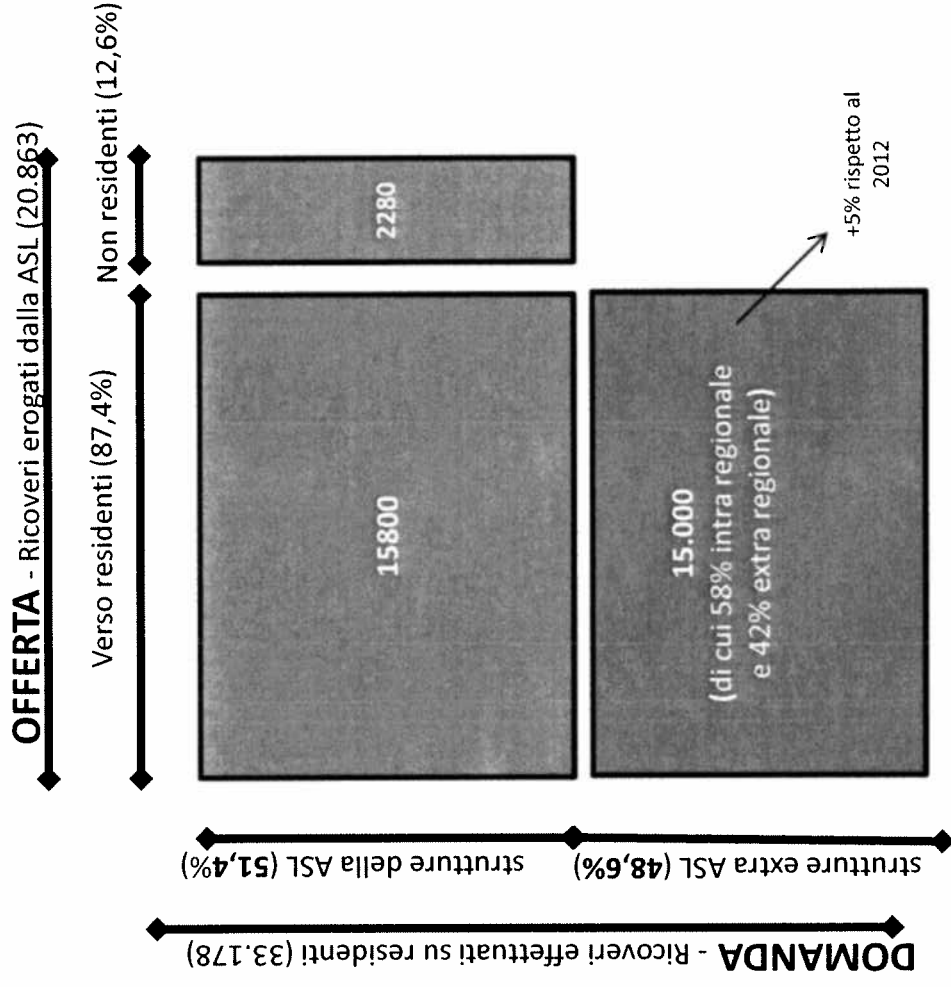
ANALISI DELLA MOBILITÀ

Il saldo di mobilità della ASL di Rieti è stato nel 2013 di circa **12.700 ricoveri in uscita** dal proprio territorio.

Tale dato è la risultante di circa 15.000 ricoveri in mobilità passiva e di circa 2300 ricoveri in mobilità attiva intra ed extra regionale.

La **mobilità passiva dei ricoveri rappresenta circa il 48%** del totale.

Questa è dovuta ad un basso numero di posti letto per 1000 abitanti (2,4 rispetto allo standard nazionale definito dalla *Spending Review* di 3,5) e alla alta capacità di attrazione dei poli di eccellenza/universitari situati a Roma.e nelle provincie delle regioni limitrofe



La mobilità della ASL di Rieti - Anno 2013

Segue..

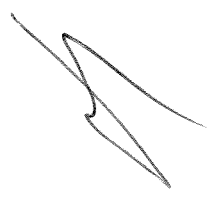
ANALISI DELLA MOBILITA' – Mobilità Attiva

L'Azienda di Rieti nel 2014 ha erogato circa **2.280 ricoveri per pazienti non residenti** (mobilità attiva), che rappresentano circa un 12,5% circa **delle prestazioni di ricovero** complessive effettuate nell'anno.

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

Tra queste, le due **Medicine insieme alla Cardiologia e all'Urologia** sono quelle a maggior tasso di mobilità attiva.

I pazienti in mobilità intra regionale provengono principalmente dall'area suburbana di Roma, a est della Capitale (Asl Roma G, Roma F, Roma A).
I pazienti in mobilità extra regionale provengono per oltre il 50% dall'Umbria e dall'Abruzzo.



DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

Il sentiero di sviluppo dell'Azienda USL di Rieti è caratterizzato dalle seguenti criticità:

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

Segue..

DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

Nello stesso tempo, segnali significativi **punti di forza** si riscontrano:

- 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;
- l'attivazione della Casa della Salute presso lo stabilimento di Magliano Sabina;
- La progressiva riorganizzazione delle sale operatorie;

Segue..

DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

La nuova dichiarazione di Mission per un'Azienda in trasformazione

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

L'Azienda promuove:

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

La nostra azione si concretizza attraverso:

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

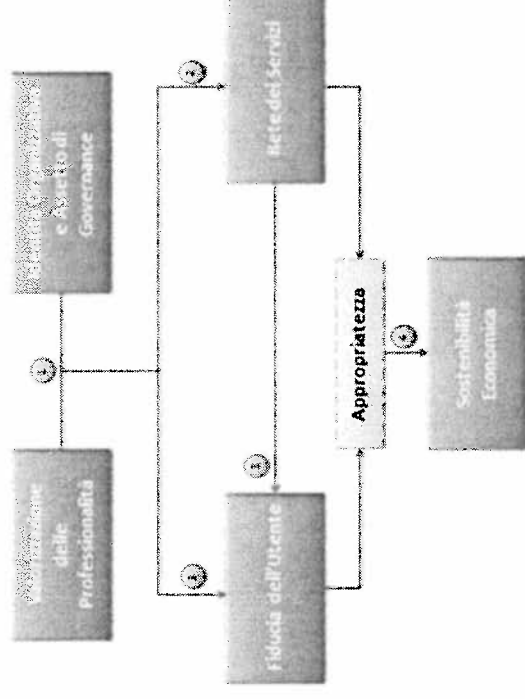
Segue..

DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

Il Sentiero Strategico identificato dall'Azienda declina la Mission in 4 prospettive:

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

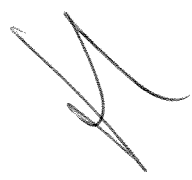
Tali 4 prospettive risultano fra loro fortemente integrate e coordinate, secondo lo schema logico a fianco, che descrive le relazioni causali che sono state individuate tra i diversi ambiti di intervento insiti nelle quattro prospettive di analisi strategica.



Segue..

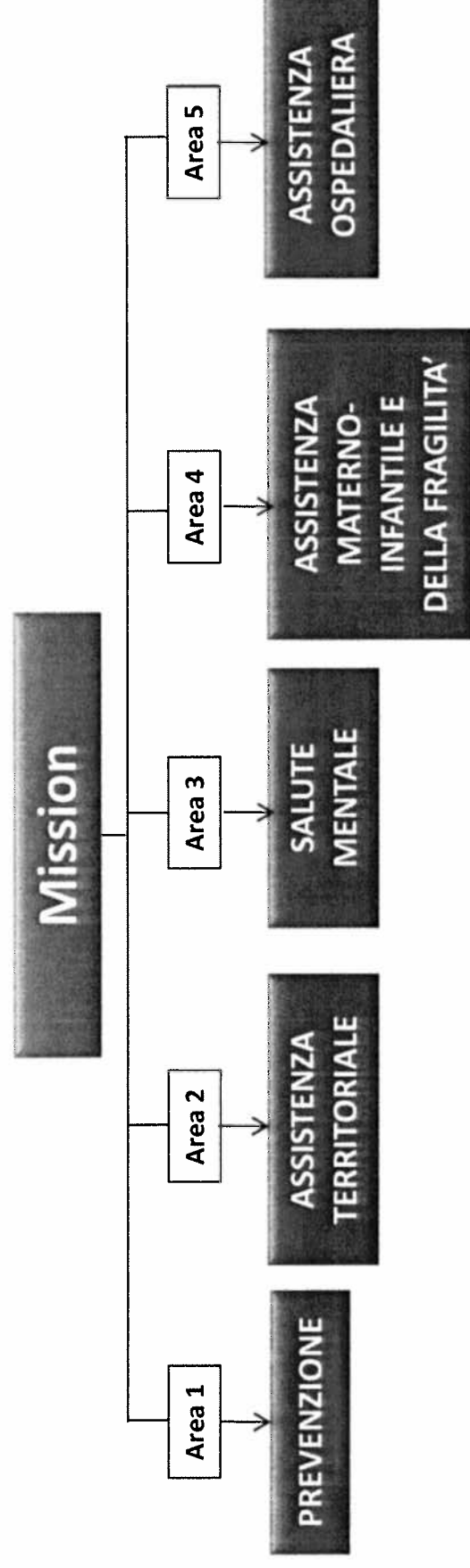
ALBERO DELLA PERFORMANCE

-
- Dalla Mission all'Albero delle Performance
 - Albero delle Performance



DALLA MISSION ALL'ALBERO DELLE PERFORMANCE

La Mission della ASL di Rieti è declinata nelle seguenti 5 Aree Strategiche che istituzionalmente sono oggetto di intervento per l'Azienda.



Per ognuna di tali aree, nelle slide seguenti, sono individuate:

- le *sub-aree*, ossia gli ambiti omogenei di operatività dell'Azienda;
- gli *outcome*, ossia i fini ultimi dei servizi per il cittadino;
- le azioni strategiche da effettuare per conseguire gli obiettivi di outcome e gli *indicatori* con i quali misurare tali azioni.

Segue..

DALLA MISSION ALL'ALBERO DELLE PERFORMANCE

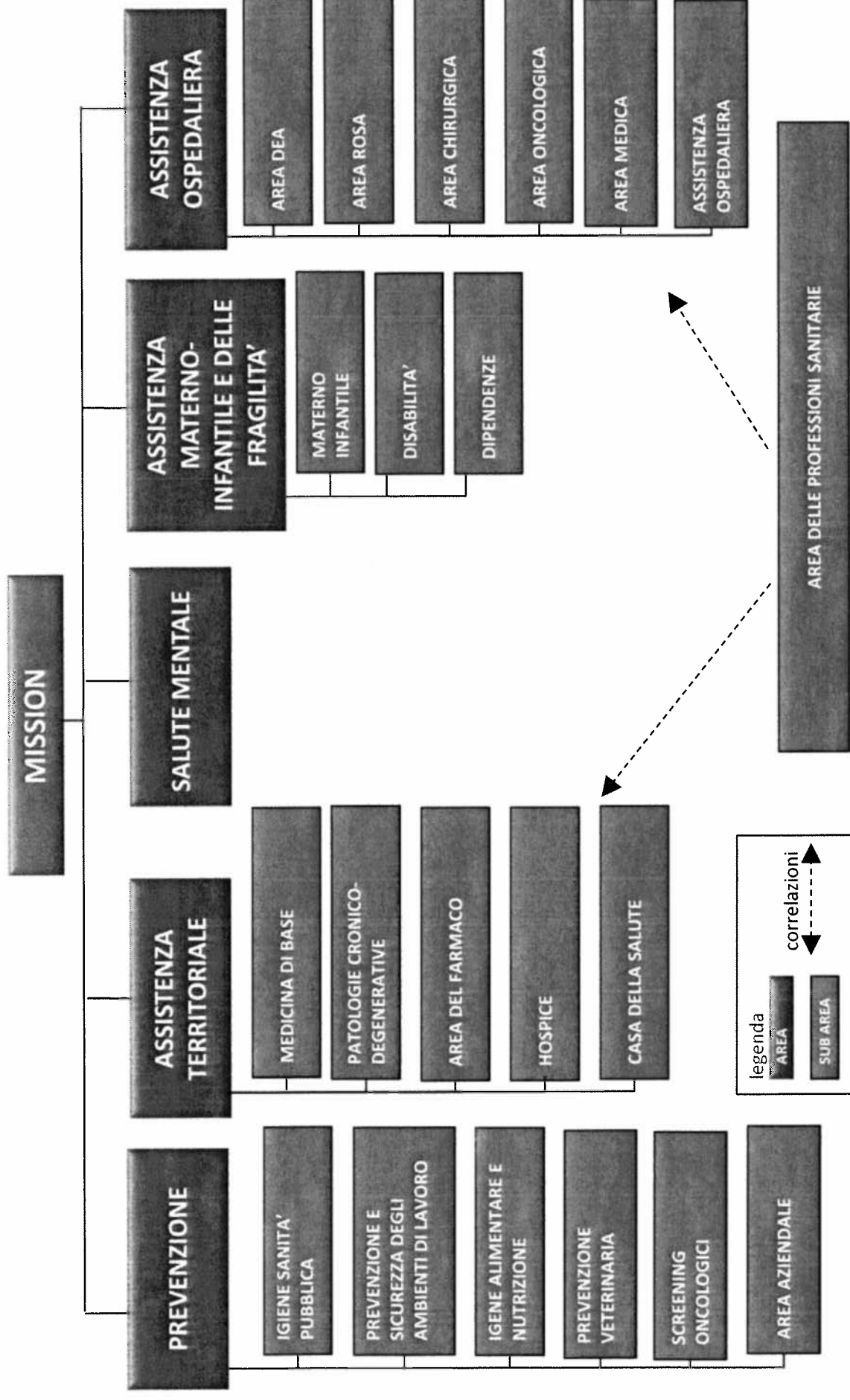
In allegato A, invece, è riportata la tabella di dettaglio contenente:

- area strategica,
- sub area,
- obiettivo strategico,
- le modalità di calcolo,
- il valore dell'indicatore per il periodo di piano 2015-2017,
- il valore del benchmark di riferimento, laddove esistente, e la sua fonte.

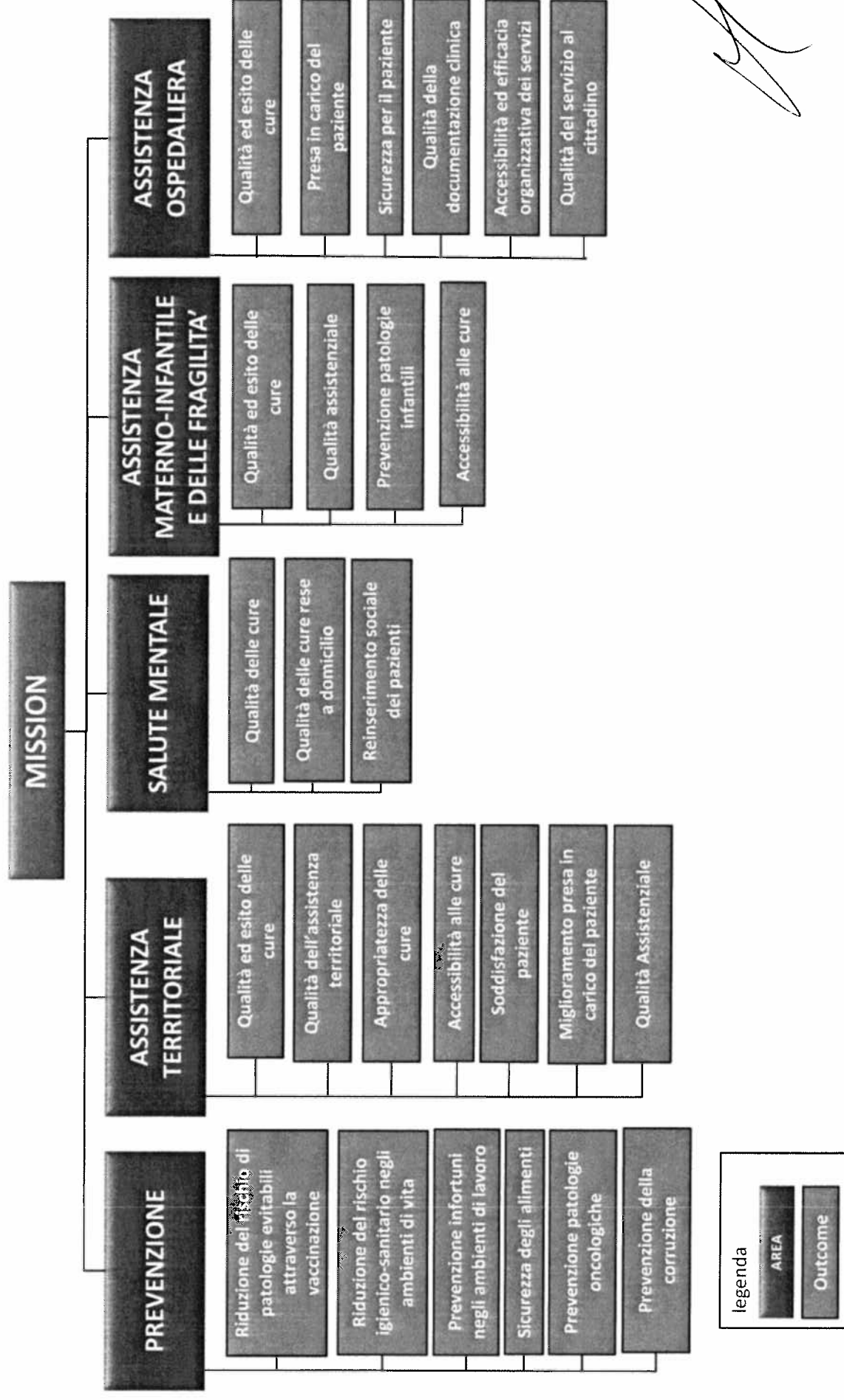
In merito al benchmark di riferimento, quest'anno l'Azienda ha introdotto degli indicatori di esito delle cure tratti dal P.Re.Val.E. (Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari). Tali indicatori riportano come dato di riferimento il Rischio Relativo (RR), ovvero il rapporto tra due rischi. Esso esprime l'eccesso (o il difetto) di rischio del gruppo posto al numeratore rispetto al gruppo posto al denominatore.



Aree e Sub-aree Strategiche



ALBERO DELLA PERFORMANCE – Area ed Outcome



AREA 1 – PREVENZIONE

IGIENE SANITA' PUBBLICA

PREVENZIONE E SICUREZZA
NEI LUOGHI DI LAVORO

IGIENE ALIMENTARE E
NUTRIZIONE

PREVENZIONE VETERINARIA

SCREENING ONCOLOGICI

AREA AZIENDALE

PRINCIPALI SFIDE

- ✓ Aumento della copertura vaccinale degli adulti
- ✓ Aumento dell'adesione alle 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
- ✓ Migliorare la cultura della prevenzione della corruzione

AREA 1 – PREVENZIONE

IGIENE 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

% di vaccinazioni antinfluenzali effettuate sulla popolazione residente adulta tra 18 e 65 anni

Riduzione del rischio igienico-sanitario negli ambienti di vita

Controllare il 100% degli studi odontoiatrici presenti sul territorio

% di ambienti controllati

Controllare il 100% delle strutture socio-sanitarie presenti sul territorio

% di ambienti controllati

Controllare il 100% delle strutture ricettive (alberghi e agriturismi) (ricerca legionella)

% di ambienti controllati

Controllare le strutture insalubri a rischio di presenza di amianto

% di strutture controllate

Controllare il 100% dei centri sportivi, palestre e piscine (ricerca legionella)

% di ambienti controllati

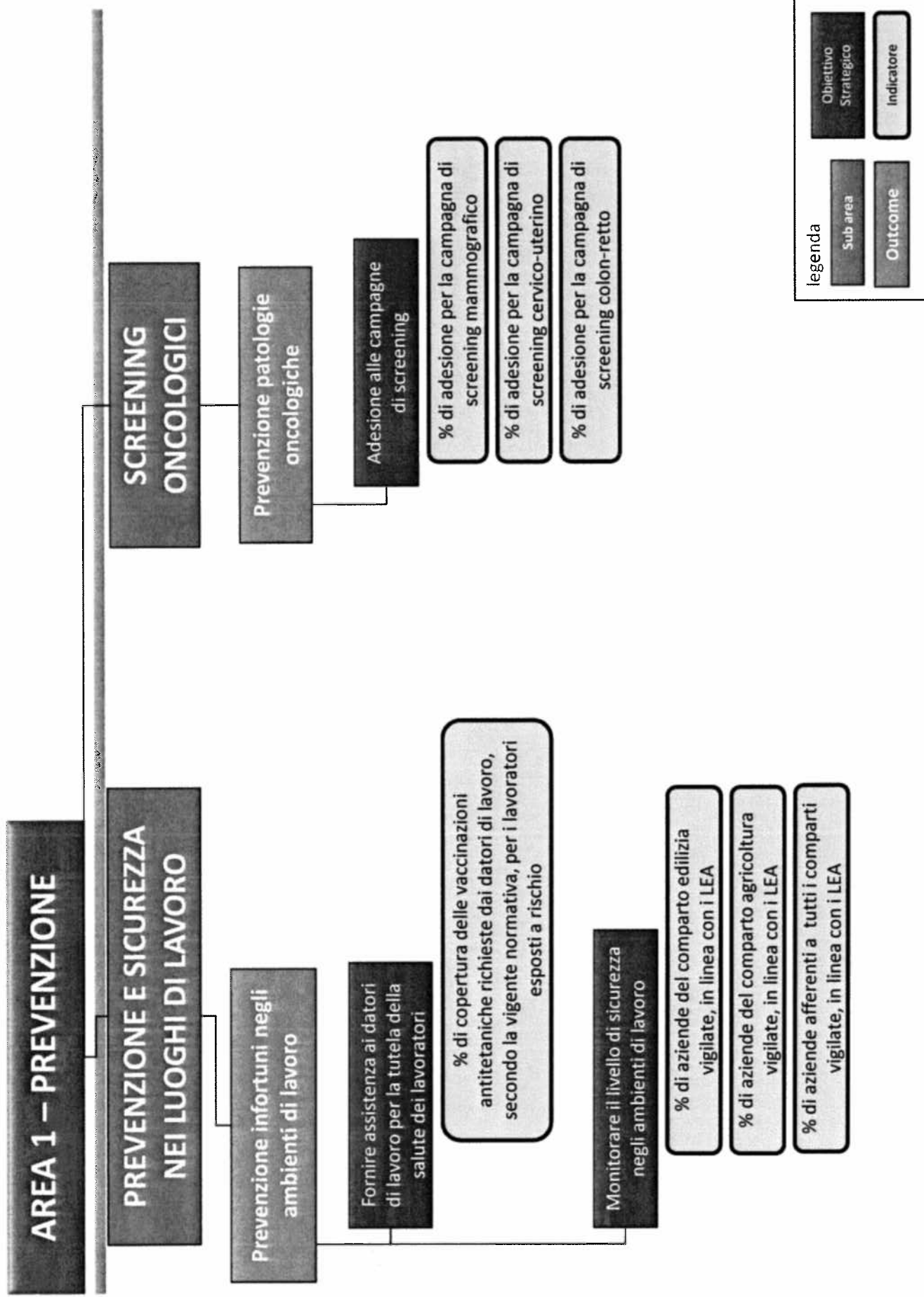
legenda

Sub area

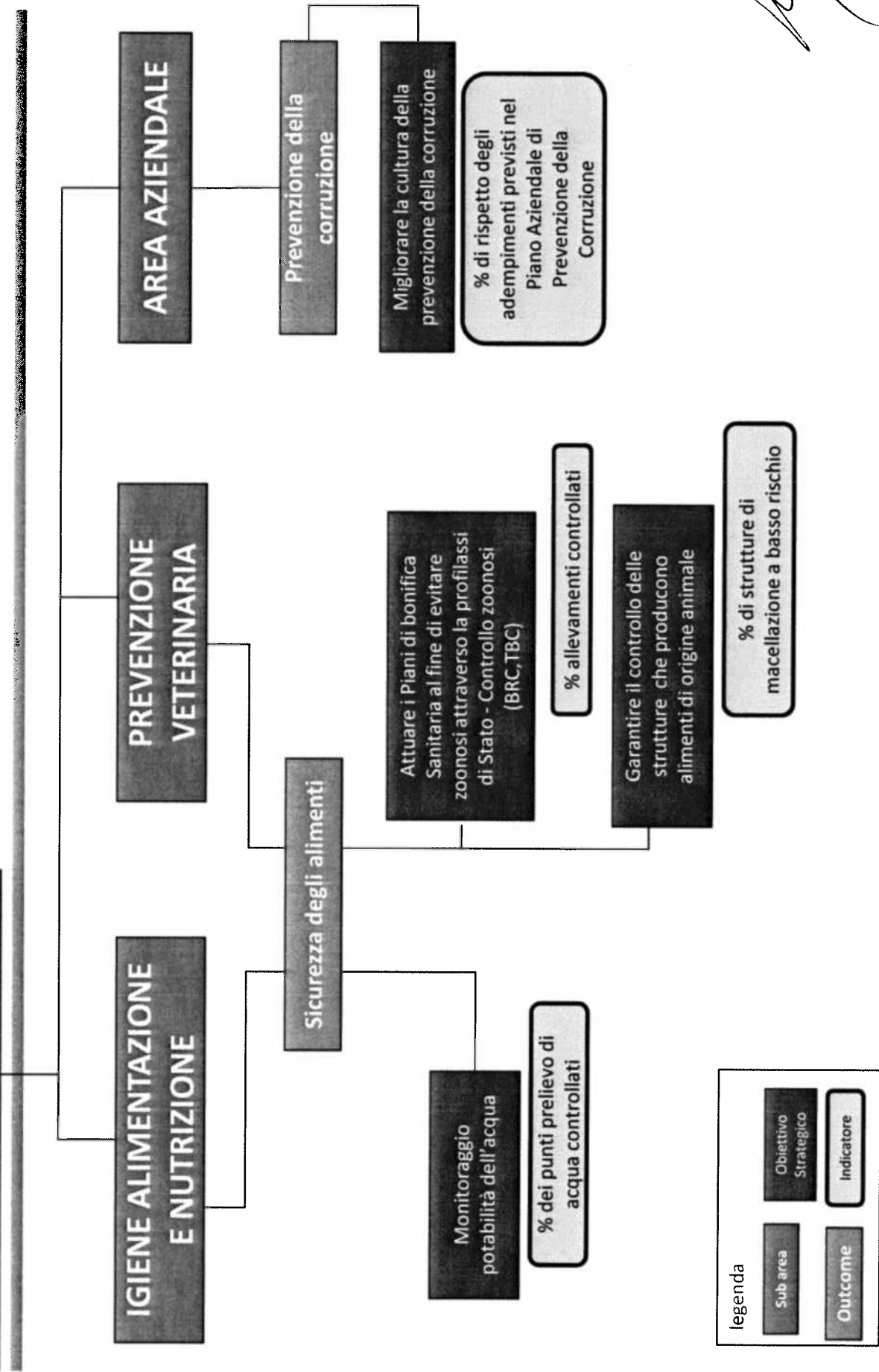
Obiettivo Strategico

Outcome

Indicatore



AREA 1 – PREVENZIONE



AREA 2 – ASSISTENZA TERRITORIALE

CASA DELLA SALUTE

PATOLOGIE CRONICO-
DEGENERATIVE

AREA DEL FARMACO

HOSPICE

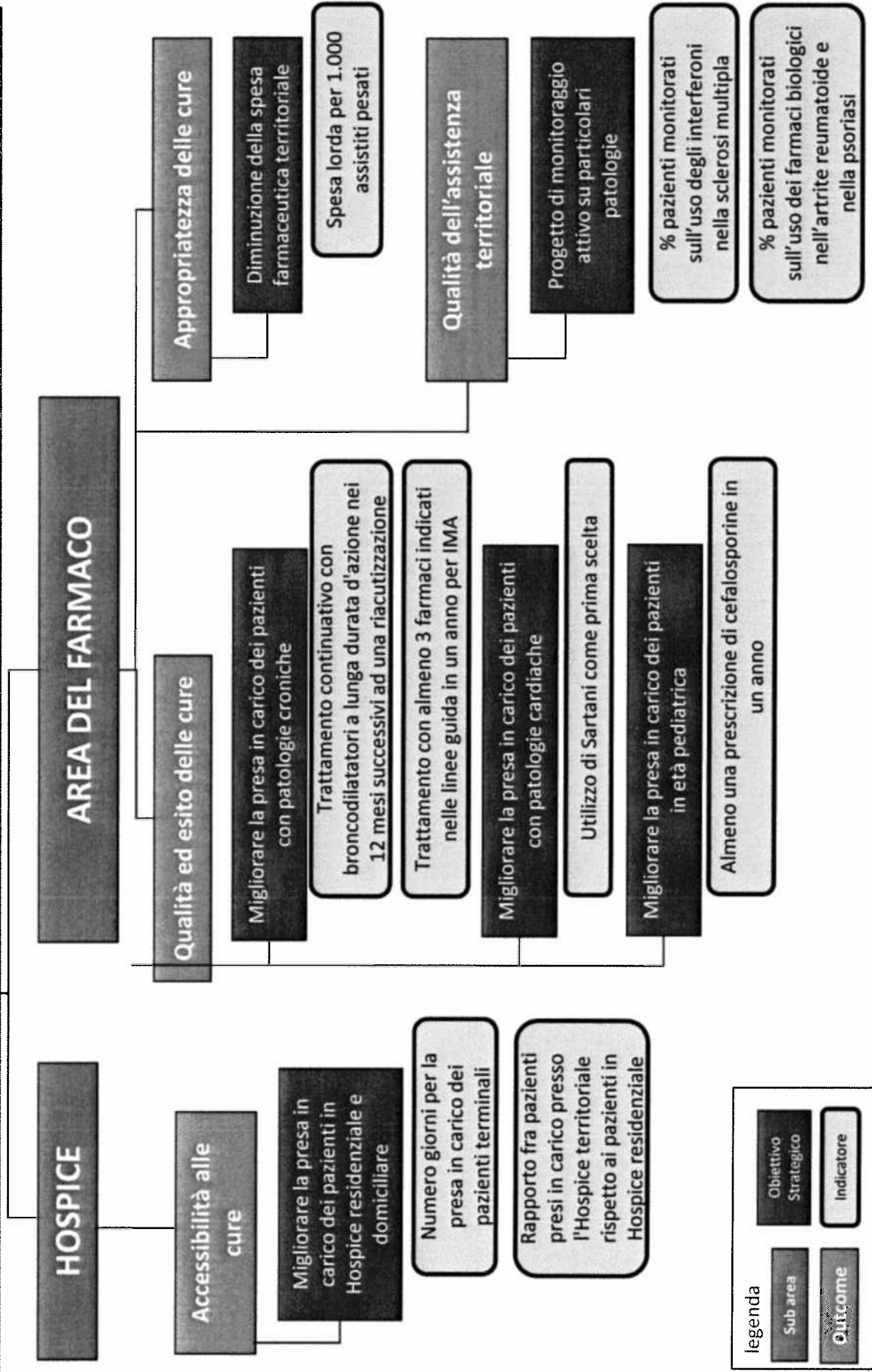


AREA DELLE PROFESSIONI
SANITARIE

PRINCIPALI SFIDE

- ✓ Attivazione Case della Salute e implementazione PDTA
- ✓ Miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (Diabete, Scompenso cardiaco, BPCO) attraverso le Case della Salute
- ✓ Riduzione della spesa farmaceutica
- ✓ Monitoraggio attivo su pazienti con particolari patologie in trattamento farmacologico
- ✓ Riduzione del tasso di ospedalizzazione a favore di un'appropriatezza di trattamento territoriale
- ✓ Aumentare la soddisfazione dell'utente per i servizi territoriali resi

AREA 2 – ASSISTENZA TERRITORIALE



AREA 2 – ASSISTENZA TERRITORIALE

PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE

Qualità ed esito delle cure

Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti

Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario

Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa

Ospedalizzazione per scompenso cardiaco

Ospedalizzazione per angina senza procedure

Ospedalizzazione per complicanze a breve e a lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici

Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva in regime ordinario in pazienti con BPCO

Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva in regime ordinario e day hospital in pazienti con BPCO

Ospedalizzazione per PTCA

Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna

Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcoli semplici senza complicanze

Qualità dell'assistenza territoriale

Riduzione del tasso di ospedalizzazione globale

Tasso di Ospedalizzazione per ricoveri ordinari

MEDICINA DI BASE

Qualità assistenziale

Fiducia dell'utente

Miglioramento appropriatezza prescrittiva

legenda

Sub area

Obiettivo Strategico

Outcome

Indicatore

AREA 2 – ASSISTENZA TERRITORIALE

CASA DELLA SALUTE

Migliorare la presa in carico del paziente

Rafforzamento rete assistenziale

Attivazione Casa della Salute. Elaborazione, attivazione e monitoraggio dei PDTA

Qualità ed esito delle cure

Miglioramento presa in carico pazienti con patologie croniche (diabete)

Almeno due misurazioni di emoglobina glicata in un anno

Almeno due misurazioni di colesterolemia in un anno

Almeno due misurazioni di microalbuminuria in un anno

Almeno una visita oculistica in un anno

AREA PROFESSIONI SANITARIE

Soddisfazione del paziente

Aumentare la soddisfazione del paziente nelle strutture territoriali

% soddisfazione dell'utente

legenda

Sub area

Obiettivo Strategico

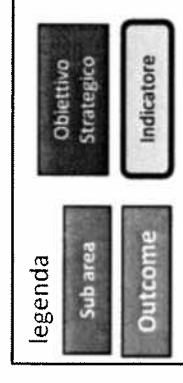
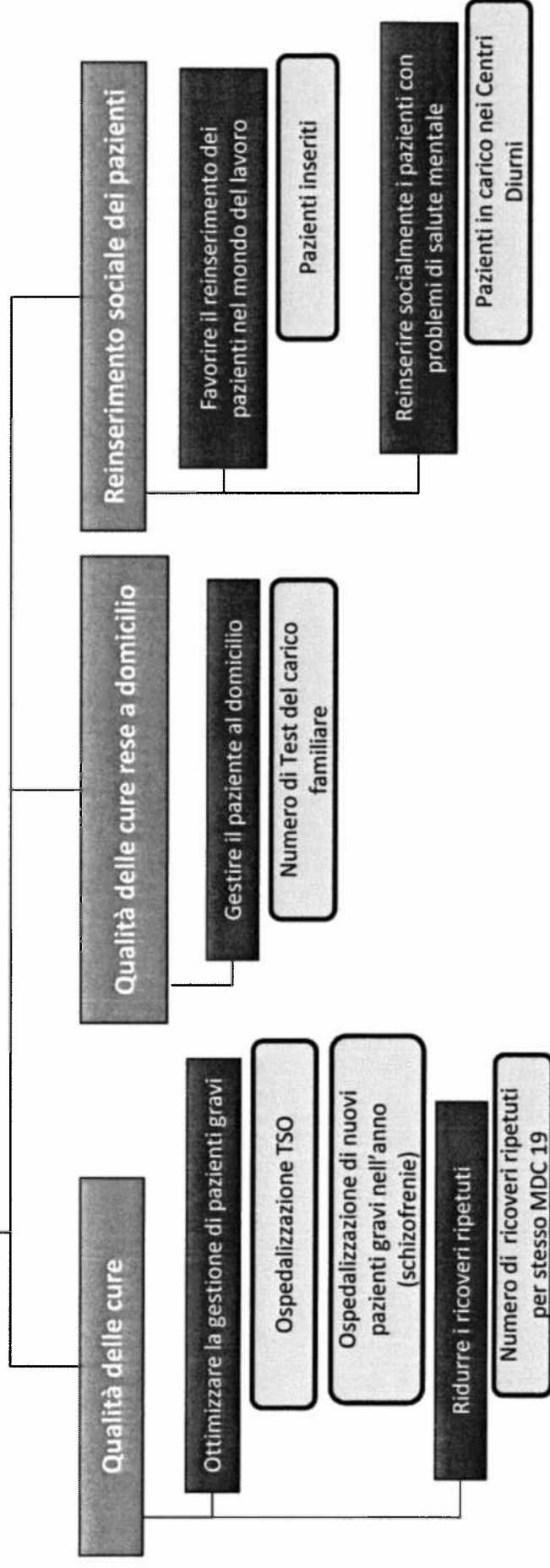
Outcome

Indicatore

PRINCIPALI SFIDE

- ✓ Deospedalizzazione dei pazienti con problemi di salute mentale mediante rafforzamento dell'attività sul territorio
- ✓ Reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti con problemi di salute mentale

AREA 3 – SALUTE MENTALE



AREA 4 – ASSISTENZA MATERNO – INFANTILE E DELLA FRAGILITA'

MATERNO INFANTILE

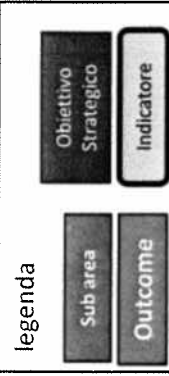
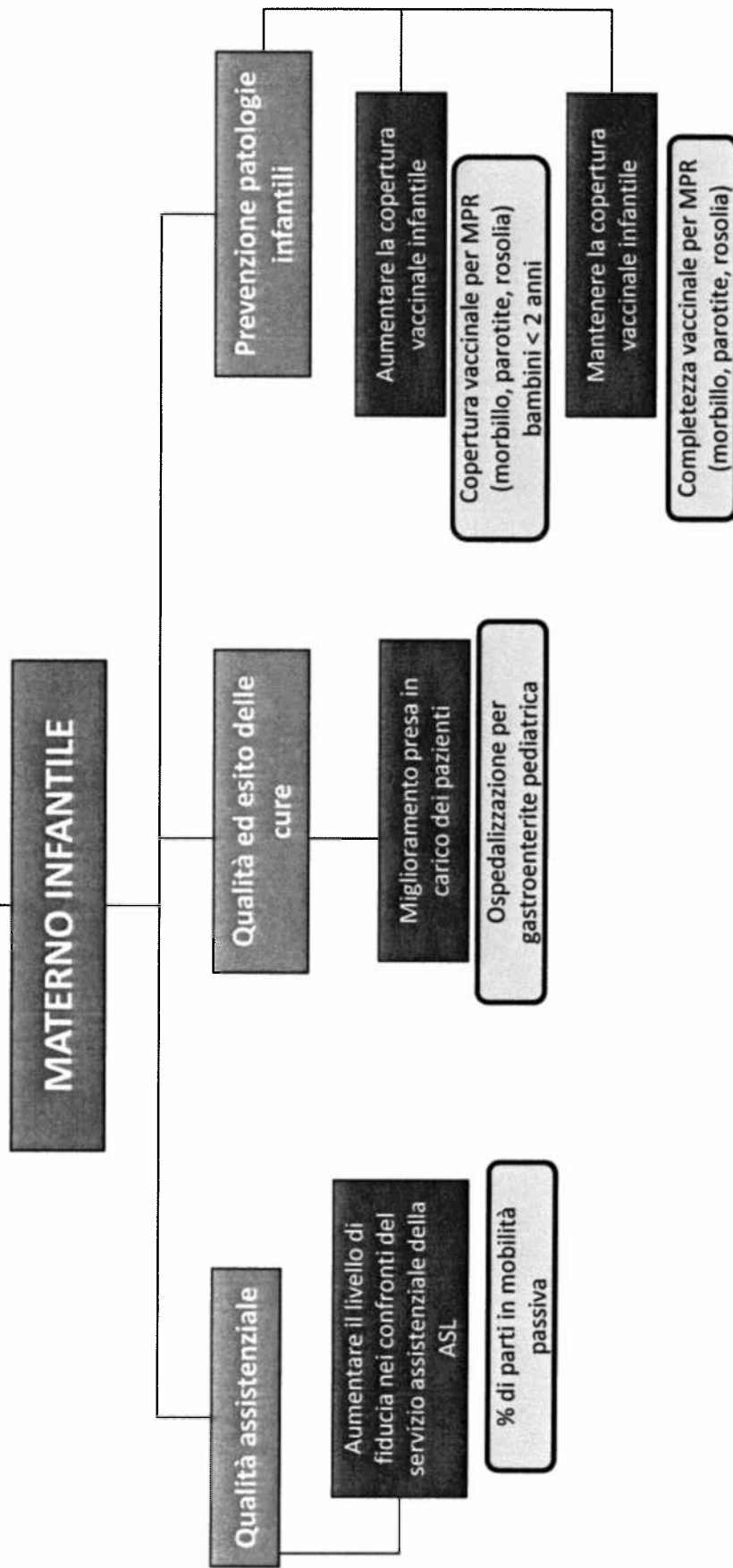
DISABILITA'

DIPENDENZE

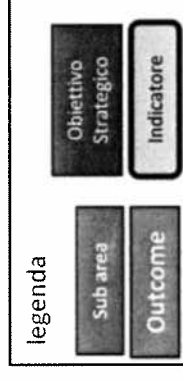
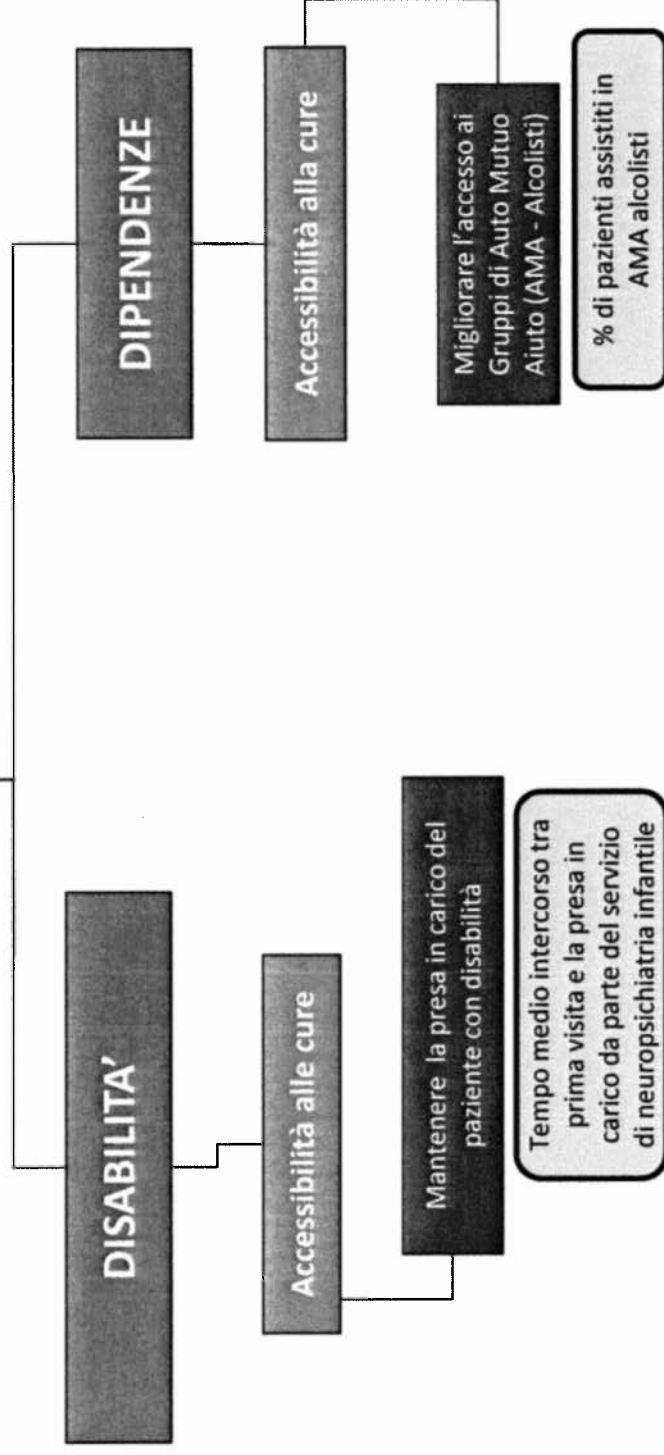
PRINCIPALI SFIDE

- ✓ Migliorare la presa in carico dei pazienti in età pediatrica
- ✓ Aumento della copertura vaccinale per bambini di età inferiore ai 2 anni
- ✓ Mantenimento copertura vaccinale infantile
- ✓ Diminuire la mobilità passiva per parti attraverso un recupero della fiducia dell'utente
- ✓ Migliorare il tempo intercorso fra prima visita e presa in carico per psicomotricità e logopedia
- ✓ Fronteggiamento dell'emergenza sulla accessibilità ai servizi di neuro-psichiatria infantile (*con assunzione di personale* previa autorizzazione della Regione Lazio)
- ✓ Migliorare l'accesso ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto

AREA 4 – ASSISTENZA MATERNO – INFANTILE E DELLA FRAGILITA'



AREA 4 – ASSISTENZA MATERNO – INFANTILE E DELLA FRAGILITA'



AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA

AREA DEA

AREA ROSA

AREA CHIRURGICA

AREA ONCOLOGICA

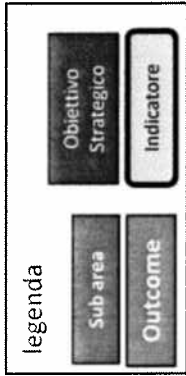
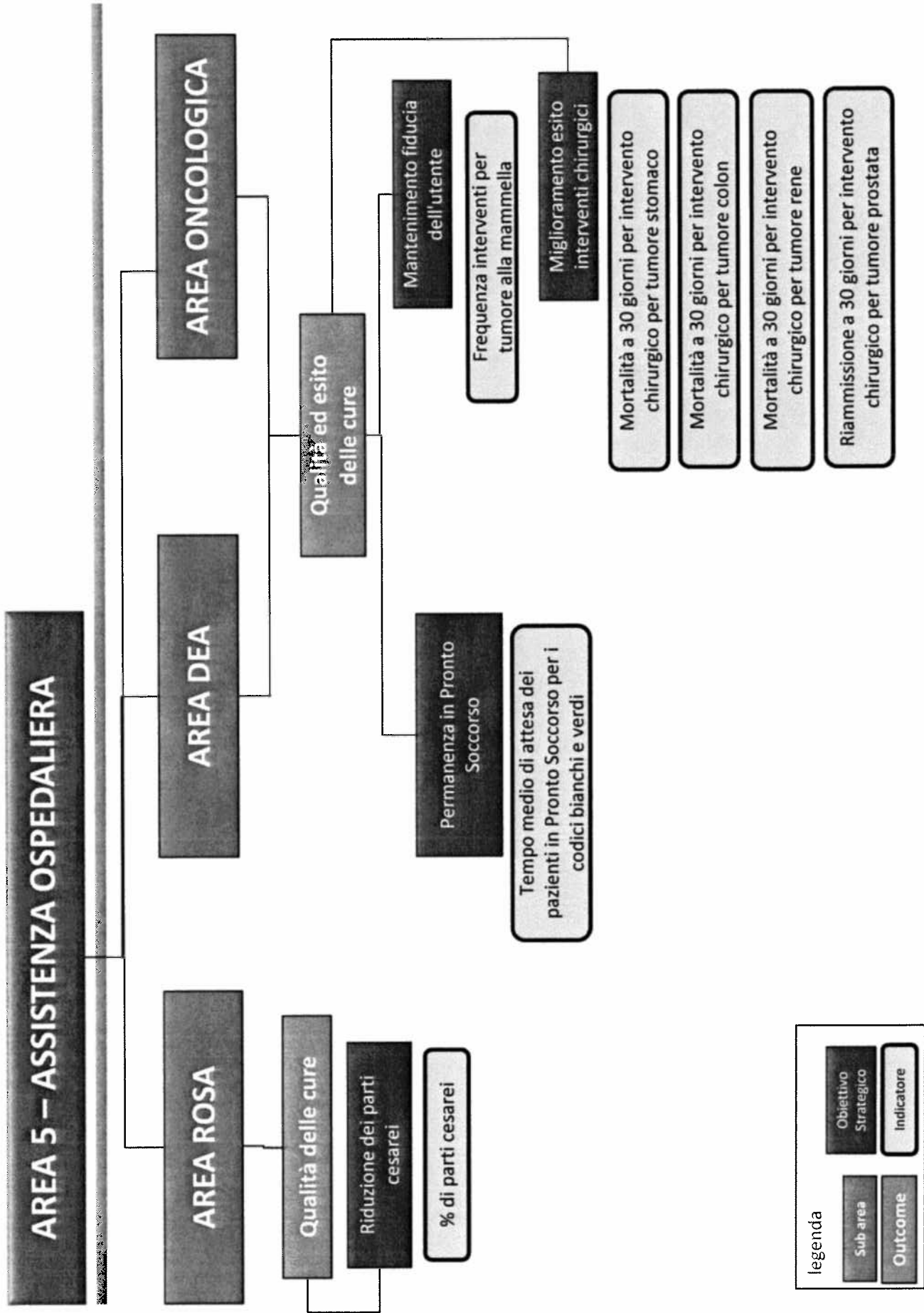
AREA MEDICA



AREA DELLE PROFESSIONI
SANITARIE

PRINCIPALI SFIDE

- ✓ Miglioramento dell'assistenza per i pazienti in Pronto Soccorso
- ✓ Miglioramento dell'organizzazione del lavoro in Ospedale, attraverso l'istituzione della figura del bed manager
- ✓ Attivazione Stroke Unit e monitoraggio pazienti in trombolisi
- ✓ Gestione appropriata dei pazienti in area chirurgica attraverso l'attivazione del modello Week e Long Surgery e attraverso la corretta gestione delle liste operatorie per classi di priorità
- ✓ Attivazione area medica multidisciplinare per intensità di cure
- ✓ Riduzione dei parti cesarei
- ✓ Miglioramento della sicurezza del paziente
- ✓ Miglioramento esito degli interventi chirurgici
- ✓ Aumento di procedure chirurgiche
- ✓ Miglioramento esito delle cure in emergenza
- ✓ Rafforzamento della rete assistenziale attraverso la suddivisione delle agende in «prima visita» e «visita successiva» e miglioramento tempi d'attesa



AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA

AREA CHIRURGICA

Qualità ed esito delle cure

Mantenimento esito interventi chirurgici

Tasso di mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza 0-1 giorno

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni

Miglioramento esito interventi chirurgici

Complicanze a 30 giorni per colecistectomie laparoscopiche

Qualità delle cure

Aumentare il numero di pazienti trattati secondo percorsi codificati (Percorsi Clinici) e monitorati (Audit)

% di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore

Aumentare l'attrazione di prestazioni chirurgiche specialistiche

% casi in mobilità attiva intra regionale

legenda

Sub area

Obiettivo Strategico

Outcome

Indicatore

AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA

AREA MEDICA

Qualità delle cure

Garantire un'adeguata presa in carico dei pazienti con ICTUS

% pazienti trombolisati

Appropriatezza delle cure

% di re-ricovero

Qualità ed esito delle cure

Mantenimento esito delle cure in emergenza

Proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni

Tasso di mortalità a 30 giorni dal primo accesso per IMA con esecuzione di PTCA entro 2 giorni

Miglioramento esito delle cure in emergenza

Tasso di mortalità a 30 giorni per STEMI

Tasso di mortalità a 30 giorni dal primo accesso per IMA

STEMI: Proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti

Riammissione ospedaliera a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio

Mortalità a 30 giorni dal primo accesso ictus ischemico

Riammissioni ospedaliere a 30 giorni per ictus ischemico

Mortalità a 30 giorni dal primo accesso per BPCO riacutizzata

Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro due anni da un ricovero per insufficienza renale cronica

legenda

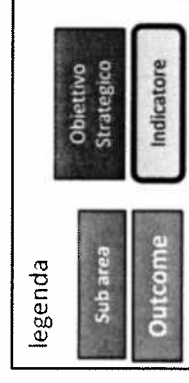
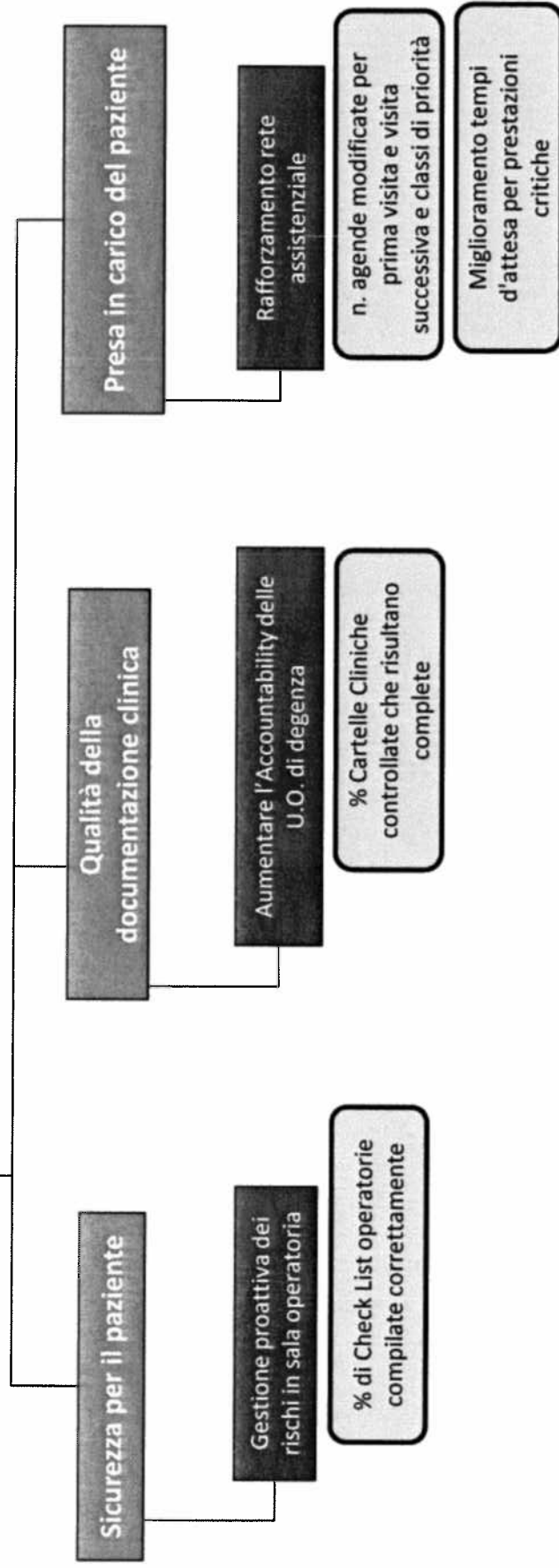
Sub area

Obiettivo Strategico

Outcome

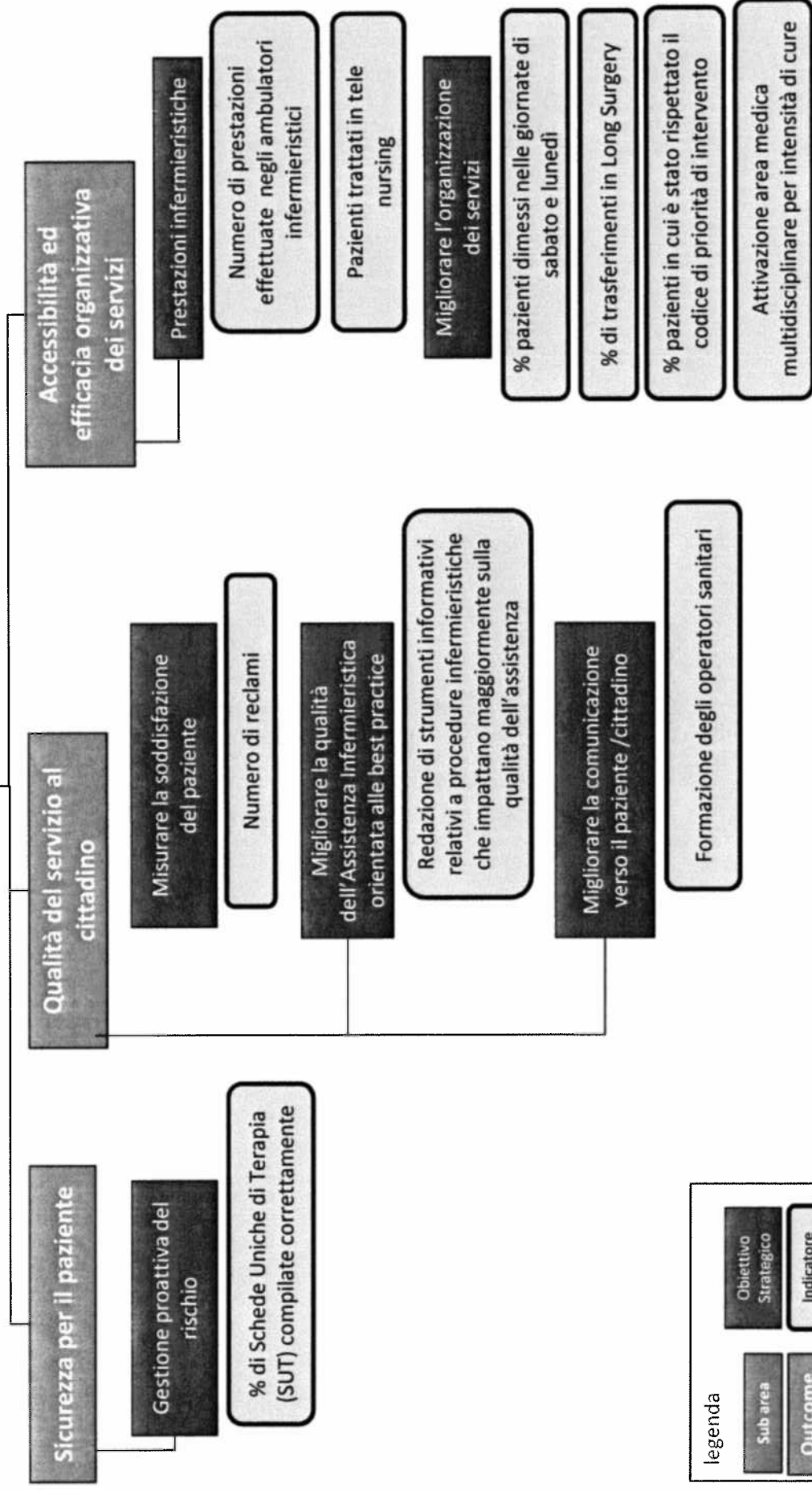
Indicatore

AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA



AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA

AREA PROFESSIONI SANITARIE



legenda

Sub area

Outcome

Obiettivo Strategico

Indicatore

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;



L'aggiornamento degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance è avvenuta in modo integrato con il Processo di Programmazione e di redazione del Bilancio di Previsione.

Questa è stata realizzata attraverso:

- un parallelo di programmazione e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento dei seguenti attori: Staff di Direzione Generale (Sviluppo Strategico ed Organizzativo, Controllo di Gestione, Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari, Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute, ReCUP), alcune strutture di supporto tecnico-amministrativo, altri Direttori di Unità Operativa e l'Organismo Indipendente di Valutazione.

Il presente strumento costituisce la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali e consente il ribaltamento degli obiettivi di performance alle varie strutture aziendali, e da queste sui singoli professionisti.

ANALISI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO GESTIONALE DELLE PERFORMANCE

Il Piano rappresenta il punto di partenza della gestione delle performance della ASL di Rieti. Tale Piano è dinamico e viene aggiornato annualmente nell'ottica del miglioramento continuo della gestione delle performance. Attraverso l'aggiornamento è possibile individuare eventuali problematiche e attivare azioni correttive.

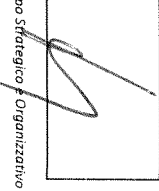
Inoltre, affinché la procedura del *ciclo della performance* possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si individuano le seguenti azioni/attività da porre in essere per il miglioramento in esame:

- potenziamento dei Servizi di supporto all'OIV, affinché venga garantito il collegamento tra ciclo di gestione della performance e programmazione;
- miglioramento del sistema di misurazione, con attivazione di un data base degli indicatori da monitorare.



ALLEGATO

- Allegato A – Piano della Prestazione e dei Risultati

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015	Piano 2016	Piano 2017	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Migliorare la copertura vaccinale	% di vaccinazioni antinfluenzali effettuate sulla popolazione residente ultra 65-enne	Numero di vaccinazioni effettuate/Totale popolazione residente ultra 65-anni	69%	80%	dato disponibile ad aprile 2015	≥ 73%	73%	75%	75%	Ministero della Salute	
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	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	10,00	15,41	22,68	≥ 15	≥ 15	≥ 15	n.d.		
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Controllare il 100% dei centri sportivi, palestre e piscine (ricerca regionale)	% di ambienti controllati	Numero di controlli effettuati/Totale centri sportivi, palestre e piscine	Completato nel triennio 2010-2012 con l'ulteriore 25%	100%	100% (21/21)	100%	100%	100%	100%	Standard interno	I controlli vengono effettuati annualmente su tutte le strutture
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Controllare il 100% delle strutture socio-sanitarie presenti sul territorio	% di ambienti controllati	Numero di controlli effettuati/ Totale strutture	-	30%	30%	40%	30%	30%	100% nel triennio	Standard interno	I controlli su tutte le strutture vengono effettuati nell'arco di un triennio
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Controllare il 100% degli studi odontoiatrici presenti sul territorio	% di ambienti controllati	Numero di controlli effettuati/ Totale studi odontoiatrici	-	30%	30%	40%	30%	30%	100% nel triennio	Standard interno	I controlli su tutte le strutture vengono effettuati nell'arco di un triennio
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Controllare le strutture insalubri a rischio di presenza di amianto	% di strutture controllate	Numero controlli effettuati per amianto / Totale richieste	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Standard interno	I controlli vengono effettuati annualmente per tutte le richieste
PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO		Fornire assistenza ai datori di lavoro di lavoro, secondo la vigente normativa, per i lavoratori esposti a rischio	% 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% (9/9)	100% (21/21)	100% (20/20)	100%	100%	100%	100%	Standard interno	
PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI 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	8,6% (504/5869)	9,2% (539/5816)	9% (539/5957)	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	5,0%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO		Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro del comparto edilizia	% di Aziende del comparto edilizia vigilate, in linea con i LEA	Numero aziende del comparto edilizia vigilate / Numero aziende richieste dal LEA	100% (350/350)	100% (350/350)	100% (372/372)	100%	100%	100%	100%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO		Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro del comparto agricoltura	% di Aziende del comparto agricoltura vigilate, in linea con i LEA	Numero aziende del comparto agricoltura vigilate / Numero aziende richieste dal LEA	100% (45/45)	100% (55/55)	100% (55/55)	100%	100%	100%	100%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE	IGIENE ALIMENTARE E NUTRIZIONE	Monitoraggio potabilità dell'acqua	% dei punti prelievo di acqua controllati	Numero punti prelievo acqua controllati/Numero punti prelievo totali	300/750	312/750	42,9% 322/750	300/750	300/750	300/750	30%	D.Lgs 31/2002	
PREVENZIONE	PREVENZIONE VETERINARIA	Attuare i Piani di bonifica Sanitaria al fine di evitare zoonosi attraverso la profilassi di Stato - Controllo zoonosi (BRC,TBC)	% di strutture di macellazione a basso rischio	Allevamenti controllati/Totale allevamenti controllabili	76,5%	100%	100%	99,8%	99,8%	99,8%	99,8%	Dato medio nazionale 2008	
PREVENZIONE	PREVENZIONE VETERINARIA	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale	% di strutture di macellazione a basso rischio	Numero Check List Reg. CEE 882/2004 applicate/Totale Check List Reg. CEE 882/2004 applicabili	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Regolamento CEE 882/2004	
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Adesione alle campagne di screening mammografico (aumento inviti a popolazione target)	% di adesione per la campagna di screening mammografico	Numero di inviti / popolazione bersaglio *100	57,7%*	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione	Riorganizzata attività	adesione 60%	adesione 60%	adesione ≥ 50%	adesione ≥ 50%	DCA 148/2014	*l'obiettivo ha dato risultati più che rispondenti alle aspettative grazie all'attivazione di un mezzo mobile per i distretti periferici
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Adesione alle campagne di screening cervico uterino (aumento inviti a popolazione target)	% di adesione per la campagna di screening cervico uterino	Numero di inviti / popolazione bersaglio *100	76,8%	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione	Riorganizzata attività	adesione 40%	adesione 40%	adesione ≥40%	adesione ≥40%	DCA 148/2014	
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Adesione alle campagne di screening colon retto (aumento inviti a popolazione target)	% di adesione per la campagna di screening colon retto	Numero di inviti / popolazione bersaglio *100	12,2%	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione	Riorganizzata attività	adesione 40%	adesione 45%	adesione ≥ 45%.	adesione su colon ≥ 45%.	DCA 148/2014	
PREVENZIONE	AREA AZIENDALE	Migliorare la cultura della prevenzione della corruzione	% di rispetto degli adempimenti previsti nel Piano Aziendale di Prevenzione della Corruzione	Numero adempimenti rispettati/totale adempimenti previsti nel Piano Aziendale di Prevenzione della Corruzione	-	-	Realizzato primo Piano Aziendale 100%	Aggiornamento Piano 100%	100%	100%	n.d.		
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (infezioni del tratto urinario)	Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario	Numero di ricoveri per infezioni del tratto urinario	-	n. casi 46 Rischio relativo 0,99	n. casi 45 (dato parziale) Si attendono dati regionali per il calcolo del rischio relativo	Mantenimento del Rischio Relativo < 1	Mantenimento del rischio relativo < 1	Mantenimento del rischio relativo < 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (ipertensione arteriosa)	Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa	Numero di ricoveri per ipertensione arteriosa	-	n. casi 96 Rischio relativo 1,73	n. casi 117 (dato parziale) Si attendono dati regionali per il calcolo del rischio relativo	n. Casi < 100 Rischio Relativo < 1,5	n. Casi < 100 Rischio Relativo < 1,2	n. Casi < 100 Rischio Relativo < 1,1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015	Piano 2016	Piano 2017	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (scompenso cardiaco)	Ospedalizzazione per scompenso cardiaco	Numero di ricoveri per scompenso cardiaco	-	n. casi 670 Rischio relativo 1,34	n. casi 425 (dato parziale) Si attendono dati regionali per il calcio del rischio relativo	Rischio Relativo < 1,2	Rischio Relativo < 1,1	Rischio Relativo < 1,1	RR ≤ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (angina senza procedure)	Ospedalizzazione per angina senza procedure	Numero di ricoveri per angina senza procedure	-	n. casi 112 Rischio relativo 1,17	n. casi 47 (dato parziale) Si attendono dati regionali per il calcio del rischio relativo	Rischio Relativo ≤ 1	Rischio Relativo ≤ 1	Rischio Relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (complicanze a breve e a lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici)	Ospedalizzazione per complicanze a breve e a lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici	Numero di ricoveri per complicanze a breve e a lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici	-	n. casi 1084 Rischio relativo 1,41	I semestre 2014 n. casi 635 Rischio relativo 1,40	Rischio Relativo < 1,3	Rischio Relativo < 1,2	Rischio Relativo < 1,1	RR ≤ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (broncopneumopatia cronica ostruttiva in regime ordinario e day hospital in pazienti con BPCO)	Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva in regime ordinario e day hospital in pazienti con BPCO	Numero di ricoveri per broncopneumopatia cronica ostruttiva in regime ordinario e day hospital in pazienti con BPCO	-	n. casi 230 Rischio relativo 1,84	I semestre 2014 n. casi 147 Rischio relativo 1,95	Rischio Relativo = 1,7	Rischio Relativo = 1,4	Rischio Relativo = 1	RR ≤ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (broncopneumopatia cronica ostruttiva in regime ordinario in pazienti con BPCO)	Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva in regime ordinario in pazienti con BPCO	Numero di ricoveri per broncopneumopatia cronica ostruttiva in regime ordinario in pazienti con BPCO	-	n. casi 211 Rischio relativo 1,85	n. casi 135 (dato parziale) Si attendono dati regionali per il calcio del rischio relativo	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	RR ≤ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (colecistectomia)	Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcoli semplici senza complicanze	Numero di ricoveri per colecistectomia in pazienti con calcoli semplici senza complicanze	-	n. casi 35 Rischio relativo 0,55	n. casi 40 (dato parziale) Si attendono dati regionali per il calcio del rischio relativo	Rischio Relativo < 1	Rischio Relativo < 1	Rischio Relativo < 1	RR ≤ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (PTCA)	Ospedalizzazione per PTCA	Numero di ricoveri per PTCA	-	n. casi 79 Rischio relativo 0,88	n. casi 102 (dato parziale) Si attendono dati regionali per il calcio del rischio relativo	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	RR ≥ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna)	Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna	Numero di ricoveri per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna	-	n. casi 46 Rischio relativo 0,49	n. casi 45 (dato parziale) Si attendono dati regionali per il calcio del rischio relativo	Rischio Relativo = 0,8	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	RR ≥ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Riduzione del tasso di ospedalizzazione globale	Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari	Numero di ricoveri ordinari dei residenti/Popolazione residente *1.000	190,36	186	In attesa del dato di mobilità passiva	< 180 per 1.000 inclusa la mobilità passiva	< 170 per 1.000 inclusa la mobilità passiva	< 160 per 1.000 inclusa la mobilità passiva	124,5	Valore medio nazionale 2008 - Sives - H1	
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DEL FARMACO	Progetto di monitoraggio attivo su particolari patologie	% pazienti monitorati sull'uso degli interferoni nella sclerosi multipla	n. pazienti monitorati/ n. pazienti eleggibili	-	sviluppo progetto con neurologia per sclerosi multipla. Monitoraggio primi mesi: - 103 pz arruolati - 15% monitorati	monitorati n 32 su 109 pazienti eleggibili (circa 30%)	40%	60%	100%	n.d.		
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DEL FARMACO	Progetto di monitoraggio attivo su particolari patologie	% pazienti monitorati sull'uso dei farmaci biologici nell'artrite reumatoide e nella psoriasi	n. pazienti monitorati/ n. pazienti eleggibili	-	-	-	40%	60%	100%	n.d.		
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DEL FARMACO	Riduzione della spesa farmaceutica territoriale	Spesa lorda per 1.000 assistiti pesati	Spesa farmaceutica SSN netta/ Assistibili pesati	-	€ 174,00	€ 169,00	€ 164,00	€ 160,00	€ 154,00	€ 154,00	DCA 156/2014	
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DEL FARMACO	Miglioramento presa in carico pazienti con patologie croniche (IMA)	Tattamento con almeno 3 farmaci indicati dalle linee guida in un anno	Numero di pazienti dimessi dopo un ricovero per BPCO in trattamento con broncodilatatori a lunga durata d azione nei 12 mesi successivi alla dimissione/Numero di pazienti dimessi dopo un ricovero per BPCO.	-	n. casi 236 Rischio Relativo 0,57	In attesadi consuntivo Regionale	Rischio Relativo > 0,7	Rischio Relativo > 0,8	Rischio Relativo > 0,9	RR ≥ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DEL FARMACO	Miglioramento presa in carico pazienti con patologie croniche (IMA)	Trattamento con almeno 3 farmaci indicati dalle linee guida in un anno	Numero di pazienti trattati con almeno 3 farmaci indicati dalle linee guida/Numero di pazienti dimessi per IMA in un anno.	-	n. casi 233 Rischio Relativo 0,97	In attesadi consuntivo Regionale	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DEL FARMACO	Miglioramento presa in carico dei pazienti in età pediatrica	Almeno una prescrizione di cefalosporine in un anno	Numero di pazienti con prescrizione di cefalosporine/Numero di pazienti trattati in un anno	-	n. casi 17735 Rischio Relativo 0,99	In attesadi consuntivo Regionale	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P Re VaLE	
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DEL FARMACO	Miglioramento presa in carico pazienti con patologie cardiache	Utilizzo dei Sartani come prima scelta	Numero di pazienti trattati con Sartani come prima scelta/Numero di pazienti dimessi con patologia cardiaca	-	n. casi 140 Rischio Relativo 0,8	In attesadi consuntivo Regionale	Rischio Relativo ≥ 0,9	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P Re VaLE	

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015	Piano 2016	Piano 2017	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
ASSISTENZA TERRITORIALE	HOSPICE	Migliorare la presa in carico dei pazienti in Hospice residenziale e domiciliare	Numero giorni per la presa in carico dei pazienti terminali	Numero giorni medi di attesa dalla richiesta alla presa in carico dei pazienti terminali	≤ 15 giorni	10 giorni	48 ore	48 ore	48 ore	48 ore	n.d.		
ASSISTENZA TERRITORIALE	HOSPICE	Migliorare la presa in carico dei pazienti in Hospice residenziale e domiciliare	Rapporto fra pazienti presi in carico presso l'Hospice territoriale rispetto ai pazienti in Hospice residenziale	n. pazienti trattati in Hospice domiciliare/pazienti trattati Hospice residenziale	-	-	3 a 1	4 a 1	4 a 1	4 a 1	4 a 1	Standard interno	
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Aumentare la soddisfazione del paziente nelle strutture territoriali	% soddisfazione dell'utente	Numero di utenti soddisfatti dei servizi/Numero totale di questionari di customer satisfaction somministrati	Effettuata indagine per ADI, FRT, Poliambulatorio, Materno Infantile e SERT	Effettuata indagine per ADI, FRT, Poliambulatorio, Materno Infantile e SERT	> 90%*	> 90%	> 90%	> 90%	n.d.		*consuntivo I semestre 2014
ASSISTENZA TERRITORIALE	CASA DELLA SALUTE	Rafforzamento rete assistenziale	Attivazione Casa della Salute. Elaborazione, attivazione e monitoraggio del PDTA	Attivazione Casa della Salute presso il Distretto n. 2. Sviluppo e attivazione del PDTA diabete, scompenso cardiaco, BPCO	Progettati ed attivati Percorsi Clinici e Organizzativi (PCO): BPCO e TAO	Attivo percorso BPCO e TAO. In lavorazione percorso su Diabete.	Attivata Casa della Salute di Magliano Sabina. Attivato PDTA Diabete nel Distretto 2	Attivazione Casa della Salute di Rieti. Attivazione PDTA BPCO e Scompenso cardiaco su Casa della Salute di Magliano Sabina ed estensione su ex distretto 3insieme a PDTA diabete	Sviluppo PDTA scompenso cardiaco e BPCO presso Casa della Salute di Rieti (compresi ex Distretto 4 e 5)	Monitoraggio dei percorsi	n.d.		
ASSISTENZA TERRITORIALE	CASA DELLA SALUTE	Miglioramento presa in carico pazienti con patologie croniche (diabete)	Almeno due misurazioni di emoglobina glicata in un anno	Numero di pazienti con misurazione di emoglobina glicata/Numero di pazienti trattati in un anno	-	n. casi 11011 Rischio Relativo 0,9	In attesa di consuntivo Regionale	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P. Re. Val.E	
ASSISTENZA TERRITORIALE	CASA DELLA SALUTE	Miglioramento presa in carico pazienti con patologie croniche (diabete)	Almeno due misurazioni di colesterolemia in un anno	Numero di pazienti con misurazione di colesterolemia/Numero di pazienti trattati in un anno	-	n. casi 11011 Rischio Relativo 0,9	In attesa di consuntivo Regionale	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P. Re. Val.E	
ASSISTENZA TERRITORIALE	CASA DELLA SALUTE	Miglioramento presa in carico pazienti con patologie croniche (diabete)	Almeno due misurazioni di microalbuminuria in un anno	Numero di pazienti con misurazioni di microalbuminuria/numero di pazienti trattati in un anno	-	n. casi 11011 Rischio Relativo 0,87	In attesa di consuntivo Regionale	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P. Re. Val.E	
ASSISTENZA TERRITORIALE	CASA DELLA SALUTE	Miglioramento presa in carico pazienti con patologie croniche (diabete)	Almeno una visita oculistica in un anno	Numero di pazienti con visita oculistica/Numero di pazienti trattati in un anno	-	n. casi 11011 Rischio Relativo 1,12	In attesa di consuntivo Regionale	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P. Re. Val.E	
ASSISTENZA TERRITORIALE	MEDICINA DI BASE	Fiducia dell'utente	Miglioramento appropriatezza prescrittiva	Incontri individuali con medici per prescrizioni specialistiche secondo classi di priorità	n. Incontri individuali con medici per prescrizioni specialistiche secondo classi di priorità/totale MMG	-	-	50%	50%	50	50	Standard interno	
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Ottimizzare la gestione di pazienti gravi (schizofrenie)	Ospedalizzazione di nuovi pazienti gravi nell'anno (schizofrenie)	Numero di ricoveri di nuovi casi gravi (schizofrenie)	0	≤ 1	0	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	Standard interno	aumento del benchmark in considerazione della particolare congiunzione socio-economica
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Ottimizzare la gestione di pazienti gravi (Ospedalizzazione TSO)	Ospedalizzazione TSO	Numero di TSO	42	35	60 (di cui 40 del nostro territorio e 20 provenienti da fuori provincia)	45	45	45	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Ridurre i ricoveri ripetuti	Numero di ricoveri ripetuti per stesso MDC 19	DIG da 425 a 433; 523 riospedalizzati entro 90gg	20,85%	27%	24%	20%	20%	20%	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Gestire il paziente al domicilio	Numero di test del carico familiare	Nuovi casi: numero contatti con familiari dei pazienti (contatti di persona e/o telefonici, ambulatoriali e/o domiciliari, registrati su GDSM)	-	-	34	≤ 6	≤ 6	≤ 6	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Reinserire socialmente i pazienti con problemi di salute mentale	Pazienti in carico nei Centri Diurni	Numero pazienti in carico nei centri diurni	88	93	89	84	84	84	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Favorire il reinserimento dei pazienti nel mondo del lavoro	Pazienti inseriti	Numero inserimenti lavorativi/Totale pazienti in carico inseribili	81%	100% (60/60)	69% (41/59) al 20/12/2014	81%	81%	81%	>70%	Standard interno	La mancata erogazione del Fondo Regionale anno 2014 previsto per i disagiati psichici non ha permesso al Comune di Rieti nessuna delle borse lavoro previste per il 2014 (attivate solo 13 borse lavoro da parte di altri comuni del Distretto 1 a fronte delle 40)
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	MATERNO INFANTILE	Miglioramento presa in carico dei pazienti in età pediatrica	Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica	Numero di ricoveri gastroenterite pediatrica	-	n. casi 31 Rischio relativo 1,36	n. casi 1 (dato parziale) Si attendono dati regionali per il calcolo del rischio relativo	Rischio Relativo ≤ 1	Rischio Relativo ≤ 1	Rischio Relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P. Re. Val.E	
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	MATERNO INFANTILE	Aumentare il livello di fiducia nei confronti del servizio assistenziale della ASL	% di parti in mobilità passiva	Mobilità passiva parti/Totale parti di residenti (DBG da 370 a 375)	47%	49,0%	In attesa del dato di mobilità passiva	35%	35%	35%	n.d.		dato rilevabile a maggio 2014

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015	Piano 2016	Piano 2017	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	MATERNO INFANTILE	Aumentare la copertura vaccinale per morbillo, parotite, rosolia per infanti minori di 2 anni	Copertura vaccinale per MPR (morbillo, parotite, rosolia)	Infanti vaccinati/Totale infanti minori di 2 anni	80,8%	86,4%	90%	90%	92%	95%	95,0%	Piano Regionale di Prevenzione	
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	MATERNO INFANTILE	Mantenere la copertura vaccinale infantile per morbillo, parotite, rosolia	Completezza vaccinale per MPR (morbillo, parotite, rosolia)	Chiamata attiva/Totale infanti da invitare	99%	99,0%	99%	99%	99%	99%	95,0%	Piano Regionale di Prevenzione	
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	DISABILITA'	Mantenere la presa in carico del paziente con disabilità	Tempo medio intercorso tra prima visita e la presa in carico da parte del servizio di neuropsichiatria infantile	Tempo medio intercorso tra prima visita e la presa in carico	180 gg Psicomotricità; 460 gg Logopedia	180 gg Psicomotricità; 450 gg Logopedia	720 gg Psicomotricità; 720 gg Logopedia	90 gg casi gravi e complessi 300 gg per pazienti con disturbi lievi di età <7 anni e almeno 450 gg per pazienti con disturbi lievi-medi di età >7 anni	90 gg casi gravi e complessi 300 gg per pazienti con disturbi lievi di età <7 anni e almeno 450 gg per pazienti con disturbi lievi-medi di età >7 anni	90 gg casi gravi e complessi 300 gg per pazienti con disturbi lievi di età <7 anni e almeno 450 gg per pazienti con disturbi lievi-medi di età >7 anni	90 gg	Ministero Salute	
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	DIPENDENZE	Migliorare l'accesso ai Gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA alcolisti)	% pazienti assistiti in AMA alcolisti	Numero pazienti presenti nei gruppi AMA alcolisti/Totale dei pazienti alcolisti	58 / 310	57 / 315	58/325	58 / 330	60 / 330	60 / 330	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	Permanenza in Pronto Soccorso	Tempo medio di attesa dei pazienti in Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi	Tempo medio di permanenza dei pazienti che effettuano accessi in Pronto Soccorso	-	< 12 h = 96,4% 12-48 h = 3,6%	< 12 h = 97,2% 12-48 h = 2,8% dato parziale	< 12 h = 97% 12-48 h = 3%	< 12 h = 98% 12-48 h = 2%	< 12 h = 99% 12-48 h < 1%	< 12 h = 99% 12-48 h < 1%	P.Re.Va.I.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ROSA	Riduzione dei parti cesarei	% di parti cesarei	Parti cesarei (DRG 370-371)/Totale parti (DRG da 370 a 375)*100	52%	45%	46%	39%	35%	30%	39,91%	Valore medio nazionale 2008 - Sivas - HB	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Aumentare l'attrazione di prestazioni chirurgiche specialistiche	% di casi in mobilità attiva intra-regionale	Numero di casi chirurgici ordinari in mobilità attiva /Totale prestazioni chirurgiche ordinarie	12%	12%	12%	12%	13%	14%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Aumentare il 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	8%*	23% n. casi 223 Rischio relativo 0,54	29% I semestre 2014 n. casi 115 Rischio relativo 0,45	Rischio relativo ≥ 0,6	Rischio relativo ≥ 0,8	Rischio relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P.Re.Va.I.E	*a causa del collocamento a riposo di un ortopedico.
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Mantenimento esito interventi chirurgici	Tasso di mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	Totale morti a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta/Totale ricoveri per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta	-	n. casi 44 Rischio relativo 0,92	In attesa dati regionali	Rischio relativo < 1	Rischio relativo < 1	Rischio relativo < 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.I.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Mantenimento esito interventi chirurgici	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Numero di pazienti ricoverati per colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	-	n. casi 158 Rischio relativo 1,32	I semestre 2014 n. casi 56 Rischio relativo 1,26	Rischio relativo > 1	Rischio relativo > 1	Rischio relativo > 1	RR ≥ 1	P.Re.Va.I.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Mantenimento esito interventi chirurgici	Complicanze a 30 giorni per colecistectomie laparoscopiche	Numero di pazienti con ricoveri per complicanza a 30 giorni dell'intervento di colecistectomie laparoscopiche	-	n. casi 344 Rischio relativo 1,2	In attesa dati regionali	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.I.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ONCOLOGICA	Miglioramento esito interventi chirurgici	Mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore stomaco	Numero di pazienti morti a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore stomaco	-	n. casi 54 Rischio relativo 2,41	In attesa dati regionali	Rischio relativo ≤ 2	Rischio relativo ≤ 1,5	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.I.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ONCOLOGICA	Miglioramento esito interventi chirurgici	Mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore colon	Numero di pazienti morti a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore colon	-	n. casi 104 Rischio relativo 1,03	In attesa dati regionali	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.I.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ONCOLOGICA	Miglioramento esito interventi chirurgici	Mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore rene	Numero di pazienti morti a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore rene	-	n. casi 66 Rischio relativo 2,57	In attesa dati regionali	Rischio relativo ≤ 2	Rischio relativo ≤ 1,5	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.I.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ONCOLOGICA	Miglioramento esito interventi chirurgici	Riammissione a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore prostata	Numero di pazienti con ricovero ripetuto a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore prostata	-	n. casi 43 Rischio relativo 2,03	In attesa dati regionali	Rischio relativo ≤ 2	Rischio relativo ≤ 1,5	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.I.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ONCOLOGICA	Mantenimento fiducia dell'utente	Frequenza interventi per tumore alla mammella	Numero pazienti con patologia neoplastica mammaria trattati chirurgicamente presso la nostra Azienda	-	n. casi 101	n. casi 90 dato parziale	≥ 100	≥ 100	≥ 100	≥ 100	P.Re.Va.I.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Appropriatezza delle cure (% di re-ricovero)	% di re-ricovero	Re-ricovero entro 30gg per lo stesso DRG/Totale ricoveri)*100	2,9%	2,7	2,8 dato parziale	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	Standard interno	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Garantire un'adeguata presa in carico dei pazienti con ICTUS	% di pazienti trombolisati	N. pazienti sottoposti a trattamento con trombolisi/numero di pazienti ricoverati con diagnosi ICTUS	-	-	-	Attivazione Stroke Unit entro giugno 2015 ed inizio attività	≥ 5% pazienti con ICTUS trombolisati	≥ 5% pazienti con ICTUS trombolisati	n.d.		

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015	Piano 2016	Piano 2017	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Mantenimento esito delle cure in emergenza	Tasso di mortalità a 30 giorni dal primo accesso per IMA con esecuzione di PTCA entro 2 giorni	Numero di pazienti con IMA ed esecuzione di PTCA entro 2 giorni e deceduti entro 30 giorni dalla procedura	-	n. casi: 121 Rischio Relativo 0,74	In attesa dati regionali	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	RR ≤ 1	P.Re.Va.IE	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Mantenimento esito delle cure in emergenza	Proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	Numero di trattati con PTCA entro 2 giorni	-	n. casi: 234 Rischio relativo 1,27	In attesa dati regionali	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	RR ≥ 1	P.Re.Va.IE	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	Tasso di mortalità a 30 giorni dal primo accesso per IMA	Numero di pazienti ricoverati per IMA e deceduti entro 30 giorni dal ricovero	-	n. casi: 234 Rischio relativo 1,19	In attesa dati regionali	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.IE	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	Tasso di mortalità a 30 giorni per STEMI	Numero di pazienti con infarto STEMI e deceduti entro 30 giorni dalla procedura	-	n. casi: 126 Rischio Relativo 1,13	In attesa dati regionali	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.IE	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	STEMI: Proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti	Numero di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall'infarto STEMI	-	n. casi: 126 Rischio Relativo 0,94	I semestre 2014 n. casi 35 Rischio Relativo 0,40	Rischio relativo ≥ 1	Rischio relativo ≥ 1	Rischio relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P.Re.Va.IE	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	Riammissione ospedaliera a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	Numero di casi ricoverati per scompenso cardiaco con re-ricovero entro 30 giorni	-	n. casi 447 Rischio relativo 1,28	n. casi 410 dato parziale	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.IE	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	Mortalità a 30 giorni dal primo accesso iclus ischemico	Numero di pazienti con ICTUS ischemico e deceduti entro 30 giorni dalla procedura	-	n. 194 rischio relativo 1,42	In attesa dati regionali	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.IE	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	Riammissioni ospedaliere a 30 giorni per iclus ischemico	Numero di casi ricoverati per iclus ischemico con re-ricovero entro 30 giorni	-	n. 159 rischio relativo 1,25	n. 135 dato parziale	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Va.IE	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	Mortalità a 30 giorni dal primo accesso per BPCCO riacutizzata	Numero di pazienti con BPCCO riacutizzata deceduti entro 30 giorni dalla procedura	-	n. casi 359 rischio relativo 0,74	In attesa dati regionali	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	RR ≤ 1	P.Re.Va.IE	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro due anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	Numero di trattati con evento acuto grave entro due anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	-	n. casi 175 rischio relativo 0,99	In attesa dati regionali	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	RR ≤ 1	P.Re.Va.IE	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Rafforzamento rete assistenziale	n. agende modificate per prima visita e visita successiva e classi di priorità	n. agende modificate per prima visita e visita successiva e classi di priorità/totale agende ordinarie	-	-	67/67 SUMAI	42/42 relative alle prestazioni critiche	ulteriori agende secondo indicazioni regionali	ulteriori agende secondo indicazioni regionali	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Rafforzamento rete assistenziale	Miglioramento tempi d'attesa per prestazioni critiche	n. agende modificate relative a prescrizioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso per classi di priorità/ totale agende da modificare per prescrizioni critiche	-	-	-	40/40	ulteriori agende secondo indicazioni regionali	ulteriori agende secondo indicazioni regionali	40	Regione Lazio	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	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	56,9%	94%	94,85%*	100%	100%	100%	100%	Standard interno	* consuntivo gennaio-ottobre 2014
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Aumentare l'Accountability delle U.O. di degenza	% Cartelle Cliniche controllate che risultano complete	Cartelle Cliniche complete/Totale Cartelle cliniche controllate	84,8%	82%	84%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Standard interno	Sedi ambulatori: Ospedale di Rieti; Poliambulatorio CeCAD Amatrice; Ambulatorio Infermieristico Ortopedico L'accesso agli ambulatori infermieristici avviene esclusivamente con ricetta medica. *dato al 30/11/2013
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Mantenere le prestazioni infermieristiche in tele nursing	Prestazioni effettuate negli ambulatori infermieristici (generalisti e specialistici)	Numero prestazioni effettuate negli ambulatori infermieristici	14.477	18.565	17.403	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	n.d.		Nel corso del 2014 sono stati monitorati 39 pazienti, 3 dei quali deceduti nel corso dell'anno e 2 hanno sospeso il monitoraggio per miglioramento delle condizioni cliniche
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Mantenere le prestazioni infermieristiche in tele nursing	Pazienti trattati in tele nursing	Numero di pazienti trattati in tele nursing	35	34	39	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Migliorare l'organizzazione dei servizi	% pazienti dimessi nelle giornate di sabato e lunedì	Numero pazienti dimessi il sabato e il lunedì/Totale pazienti dimessi	-	-	sabato 15,9% domenica 14,2%	Lunedì 13% sabato 9%	Lunedì 13% sabato 8%	Lunedì 13% sabato 8%	n.d.	Standard Regionale	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Migliorare l'organizzazione dei servizi	% trasferimenti in Long Surgery	Numero pazienti trasferiti in Long Surgery/Numero pazienti trattati in Week Surgery	-	-	Terminati lavori strutturali per Week Surgery.	Attivazione Week Surgery e % trasferimenti < 10%	< 9%	< 8%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Migliorare l'organizzazione dei servizi	% pazienti in cui è stato rispettato il codice di priorità di intervento	Numero pazienti in cui è stato rispettato il codice di priorità di intervento/Totale pazienti sottoposti ad intervento	-	-	-	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	n.d.		

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Piano 2015	Piano 2016	Piano 2017	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Migliorare l'organizzazione dei servizi	Attivazione aree medica multidisciplinare per intensità di cure	Attivazione aree medica multidisciplinare per intensità di cure	-	-	-	Attivare l'area medica multidisciplinare per intensità di cure	Monitoraggio area medica gestita per intensità di cure	Monitoraggio area medica gestita per intensità di cure	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Gestione proattiva del rischio attraverso la corretta compilazione delle schede Uniche di Terapia (SUT)	% di Schede Uniche di Terapia (SUT) compilate correttamente	Numero di SUT compilate correttamente/Totale SUT analizzate	90%	> 90%	99%	> 90%	> 90%	> 90%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Misurare la soddisfazione del paziente	Numero dei reclami	Numero di reclami	17 reclami su qualità dell'assistenza e della comunicazione	37 reclami di cui 19 su qualità dell'assistenza e della comunicazione	44 reclami di cui 5 su qualità dell'assistenza e 14 per scarsa qualità della comunicazione	Riduzione dei reclami per scarsa qualità della comunicazione tramite corsi di formazione (umanizzazione e accoglienza)	Riduzione dei reclami per scarsa qualità della comunicazione tramite corsi di formazione (umanizzazione e accoglienza)	Riduzione dei reclami per scarsa qualità della comunicazione tramite corsi di formazione (umanizzazione e accoglienza)	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Migliorare la comunicazione verso il paziente /cittadino	Formazione degli operatori sanitari	Numero di ore di formazione effettuate sulla comunicazione al paziente	Effettuato programma ad individuiati partecipanti e docenti (24 ore Dip. Medico). Come da disposizioni della UOC Sviluppo Competenze e Formazione verrà effettuato nel 2014.	Effettuato programma ad individuiati partecipanti (315 unità) e docenti (24 ore Dip. Medico e 18 ore Dip. Oncologico). Come da disposizioni della UOC Sviluppo Competenze e Formazione verrà effettuato nel 2013.	Effettuati n. 4 corsi di formazione in area medica, oncologica, chirurgica e DEA. Formate oltre 315 unità.	Effettuare corsi di formazione specifici al personale ospedaliero e territoriale per un totale di n. 250 unità	Effettuare corsi di formazione specifici al personale ospedaliero e territoriale per un totale di n. 250 unità	Effettuare corsi di formazione specifici al personale ospedaliero e territoriale per un totale di n. 250 unità	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica orientata alle best-practice	Redazione di strumenti informativi relativi a procedure infermieristiche che impattano maggiormente sulla qualità dell'assistenza	numero di strumenti informativi realizzati	-	-	-	n.3	n.3	n.3	n.d.		