

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° 189/06 del 18.02.2016

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
Dott.ssa Monica Prati

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 16/02/2016

Firma [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 20/02/2016

[Firma]
Dott. Manuel Festuccia

Parere del Direttore Sanitario

favorevole

non favorevole
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 17.02.2016

[Firma]
Dott.ssa Marina 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;



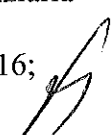
VISTI:

- 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, n. 91 DG/ff del 31.01.2014 e n. 39/DG del 30.01.2015 è stato aggiornato il Piano della Prestazione e dei Risultati per gli anni 2013-2015, 2014-2016 e 2015-2017;
- 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;
 - o n. 17 del 31 dicembre 2015 è stata approvata la Legge di Stabilità Regionale 2016;



- o n. 18 del 31 dicembre 2015 è stato approvato il Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2016-2018;

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 l'Azienda:

- con Deliberazione n. 736/DG del 14.11.2014 ha adottato il Piano Strategico Aziendale;
- con Deliberazioni con Deliberazioni nn. 737/DG del 14.11.2014, 1/DG del 14.01.2015 e 108/DG del 23.02.2015 ha adottato l'Atto Aziendale, approvato dalla Regione Lazio con pubblicazione nel BURL n. 33 del 23.04.2015, S.O. n. 1;
- ha recepito, con deliberazione n. 1030/DG del 13.11.2015, quanto contenuto nel DCA 342 del 17.07.2015 modificando l'Atto Aziendale relativamente al Dipartimento delle Professioni Sanitarie e proponendo ulteriori modifiche all'Atto stesso;
- intende recepire nell'aggiornamento del Piano delle Prestazioni e dei Risultati indicatori coerenti con il nuovo assetto organizzativo delineato nei suddetti documenti;

VISTO il parere positivo sul Piano della Prestazione e dei Risultati 2016-2018 formulato per voce unica da parte del Presidente dell'OIV in data 10.02.2016;

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. 110/DG del 29.01.2016;

PROPONE

1. DI ADOTTARE l'Aggiornamento del Piano della Prestazione e dei Risultati per gli anni 2016-2018 di cui all'Allegato 1 al presente atto deliberativo che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32, comma 1, della legge 18/09/2009, n. 69 e del D.Lgs 14/03/2013 n. 33;



IL DIRETTORE GENERALE

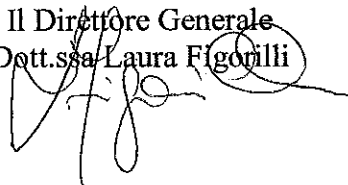
Preso atto:

- 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 e il Direttore Amministrativo hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

DELIBERA

1. DI APPROVARE e far propria la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
2. 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 Figonilli



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 23 FEB. 2016	In data	In data

Della sujestesa Deliberazione viene iniziata la pubblicazione il 23 FEB. 2016
 Si attesta che la presente Deliberazione è divenuta esecutiva ai sensi di legge:

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

Rieti, li 23 FEB. 2016

IL FUNZIONARIO

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

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

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2016	Piano 2017	Piano 2018	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Migliorare la copertura vaccinale	% di vaccinazioni antinfluenzali effettuate sulla popolazione residente ultra 65-enni	Numero di vaccinazioni effettuate/Totale popolazione residente ultra 65-enni	80%	48%	74%	75%	75%	75%	75%	Ministero della Salute	Nel 2014 il dato evidenzia un tasso più basso rispetto all'anno precedente per le note criticità derivate dalla sospensione cautelativa del vecchio adiuvato Fluad. Nel 2015 il dato riportato è previsionale e suppone che tutti i vaccini acquistati ad oggi siano somministrati (28.200)
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Controllare il 100% dei centri sportivi, palestre e piscine (ricerca legionella)	% di ambienti controllati	Numero di controlli effettuati/Totale centri sportivi, palestre e piscine	100%	100% (21/21)	100% (43/43)	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 ricettive (alberghi ed agriturismi) (ricerca legionella)	% di ambienti controllati	Numero di controlli effettuati/Totale strutture ricettive	30%	30%	40% Completato nel triennio 2013/2015	30%	30%	40%	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% delle strutture socio-sanitarie presenti sul territorio	% di ambienti controllati	Numero di controlli effettuati/Totale strutture	30%	30%	40% Completato nel triennio 2013/2015	30%	30%	40%	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% Completato nel triennio 2013/2015	30%	30%	40%	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%	100%	Standard interno	I controlli vengono effettuati annualmente per tutte le richieste
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Vigilanza igienico sanitaria nelle strutture cimiteriali della Provincia di Rieti	% di strutture controllate	Numero controlli effettuati per amianto / Totale richieste	-	-	-	30%	40%	30%	100% nel triennio	Standard interno	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Fornire assistenza ai datori di lavoro	% 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% (21/21)	100% (20/20)	100% (19/19)	100%	100%	100%	100%	Standard interno	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Fornire assistenza ai datori di lavoro	% di richieste di Piani di Lavoro prese in carico entro 15 gg	Numero di richieste di Piani di Lavoro prese in carico entro 15gg/totale richieste pervenute nell'anno	-	-	-	80%	85%	90%	90%	Standard interno	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Fornire assistenza ai datori di lavoro e ai lavoratori in caso di ricorso avverso il giudizio del medico competente (ex art. 41 D.Lgs 81/08)	% di richieste di ricorsi avversi il giudizio del medico competente prese in carico entro 20gg	numero di richieste di ricorso prese in carico entro 20gg/ numero totale richieste pervenute nell'anno.	-	-	-	80%	85%	90%	90%	Standard interno	
PREVENZIONE	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	9,2% (538/5816)	9% (539/5957)	8,2% (487/5957)	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	5,0%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE	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 dai LEA	100% (350/350)	100% (372/372)	100% (358/350)	100%	100%	100%	100%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE	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 dai LEA	100% (55/55)	100% (55/55)	100% (55/55)	100%	100%	100%	100%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Eventi di informazione/formazione destinati ai vari soggetti della prevenzione ex D.Lgs. 81/08	Numero di eventi di informazione/formazione realizzati	Numero di eventi di informazione/formazione sulla salute e sicurezza dei luoghi di lavoro realizzati/anno	-	-	-	1	1	1	1	Standard interno	
PREVENZIONE	IGIENE ALIMENTARE E NUTRIZIONE	Monitoraggio potabilità dell'acqua	% dei punti prelievo di acqua controllati	Numero punti prelievo acqua controllati/Numero punti prelievo totali	312/750	42,9% 322/750	46,3% 347/750	300/750	300/750	300/750	30%	D.Lgs 31/2002	* Nell'anno 2015, il rilevamento di non conformità e/o vulnerabilità delle caratteristiche dell'acqua in distribuzione per il consumo umano, hanno richiesto mirati approfondimenti
PREVENZIONE	IGIENE ALIMENTARE E NUTRIZIONE	Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione (PRIC)	% campionamenti effettuati	Numero campionamenti effettuati/numero campionamenti previsti	-	-	100% (100/78)	100%	100%	100%	100%	Piano Regionale Integrato dei Controlli	
PREVENZIONE	IGIENE ALIMENTARE E NUTRIZIONE	Controllo su contaminanti negli alimenti di origine vegetale (ricerca fitosanitari)	% campionamenti effettuati	Numero campionamenti effettuati per ricerca residui fitosanitari/numero campionamenti previsti	-	-	100% (47/47)	100%	100%	100%	100%	Piano Regionale Integrato dei Controlli	
PREVENZIONE	PREVENZIONE VETERINARIA	Attuare i Piani di bonifica Sanitaria al fine di evitare zoonosi attraverso la profilassi di Stato - Controllo zoonosi (BRC, TBC)	% allevamenti controllati	Allevamenti controllati/Totale allevamenti controllabili	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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	PREVENZIONE VETERINARIA	Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale (contaminazione degli alimenti)	% dei campioni analizzati	Campioni analizzati / totale dei campioni programmati dal Piano nazionale Residui.	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	LEA Regione Lazio	

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2016	Piano 2017	Piano 2018	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
PREVENZIONE	PREVENZIONE VETERINARIA	Controllo delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale e umana.	% di aziende ovi-caprine controllate per anagrafe ovi-caprina.	Aziende Ovicaprino controllate/ Aziende ovi-caprine controllabili	-	-	3%	3%	3%	3%	3%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Aumentare l'estensione delle campagne di screening mammografico (aumento inviti a popolazione target)	% di estensione per la campagna di screening mammografico	Numero di inviti / popolazione bersaglio *100	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione	Riorganizzata attività	55,0%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 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	Estensione alle campagne di screening cervico uterino (aumento inviti a popolazione target)	% di estensione per la campagna di screening cervico uterino	Numero di inviti / popolazione bersaglio *100	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione	Riorganizzata attività	15,3%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	adesione ≥ 40%	DCA 148/2014	
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Estensione alle campagne di screening colon retto (aumento inviti a popolazione target)	% di estensione per la campagna di screening colon retto	Numero di inviti / popolazione bersaglio *100	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione	Riorganizzata attività	23,2%	≥ 45%	≥ 45%	≥ 45%	adesione su colon ≥ 45%	DCA 148/2014	
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Aumentare l'adesione campagne di screening mammografico (aumento inviti a popolazione target)	% di adesione per la campagna di screening mammografico	Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella/(donne residenti 50-69 anni/2)	-	-	24,6%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	LEA	
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Aumentare l'adesione alle campagne di screening cervico uterino (aumento inviti a popolazione target)	% di adesione per la campagna di screening cervico uterino	Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma cervice uterina/(donne residenti 25-64 anni/3)	-	-	5,9% L'attività è iniziata ad ottobre 2015	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	LEA	
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Aumentare l'adesione alle campagne di screening colon retto (aumento inviti a popolazione target)	% di adesione per la campagna di screening colon retto	Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma colon retto/(persone residenti 50-69 anni/2)	-	-	7,4% L'attività è iniziata ad aprile 2015	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	LEA	
PREVENZIONE	AREA MATERNO INFANTILE	Aumentare la copertura vaccinale per morbillo, parotite, rosolia per infanti minori di 2 anni	% di copertura vaccinale per MPR (morbillo, parotite, rosolia)	Infanti vaccinati/Totale infanti minori di 2 anni	86,4%	90%	84%	87%	90%	95%	95,0%	Piano Regionale di Prevenzione	Dal 2015 dati riferiti all'intera Azienda, mentre negli anni passati causa della carenza nella reportistica da parte dei centri vaccinali periferici, all'incompleta informatizzazione degli stessi e al conseguente mancato inserimento di gran parte dei dati vaccinali nel sw, le coperture comunicate erano stimate sulla base del Distretto n. 1.
PREVENZIONE	AREA MATERNO INFANTILE	Mantenere la copertura vaccinale infantile per morbillo, parotite, rosolia	% di completezza vaccinale per MPR (morbillo, parotite, rosolia)	Chiamata attiva/Totale Infanti da invitare	99,0%	99%	99%	99%	99%	99%	95,0%	Piano Regionale di Prevenzione	
PREVENZIONE	AREA MATERNO INFANTILE	Mantenere la copertura vaccinale infantile per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Hib	% di copertura vaccinale infantile per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Hib nei bambini a 24 mesi	numero terze dosi di vaccino esavalente effettuate/totale bambini minori di 24 mesi	-	-	97,9%	95%	95%	95%	95,0%	Piano Nazionale e Regionale Vaccini	
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%	Gli obiettivi del Piano sono stati realizzati al 100%	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 52 Rischio relativo 1,10	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; per stima attendibile in attesa della mobilità passiva; STIMA senza Mob.Pass.: n. casi 55	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 85 Rischio relativo 1,54	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; per stima attendibile in attesa della mobilità passiva	n. Casi < 100 Rischio Relativo < 1,2	n. Casi < 100 Rischio Relativo < 1,1	n. Casi < 100 Rischio Relativo < 1,1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
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 686 relativo 1,30	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; per stima attendibile in attesa della mobilità passiva; STIMA senza Mob. Pass.: n. casi 491	Rischio Relativo < 1,1	Rischio Relativo ≤ 1	Rischio Relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
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 92 Rischio relativo 0,98	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; per stima attendibile in attesa della mobilità passiva	Rischio Relativo ≤ 1	Rischio Relativo ≤ 1	Rischio Relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
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	n. casi 1.082 Rischio relativo 1,38	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; per stima attendibile in attesa della mobilità passiva	Rischio Relativo < 1,2	Rischio Relativo < 1,1	Rischio Relativo < 1,1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
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	n. casi 229 Rischio relativo 1,90	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; per stima attendibile in attesa della mobilità passiva	Rischio Relativo = 1,4	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
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 211 Rischio relativo 1,95	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; per stima attendibile in attesa della mobilità passiva	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (colecistectomia)	Ospedalizzazione per colecistectomia laparoscopica	Numero di ricoveri per colecistectomia laparoscopica	134	166	183	≥ 100	≥ 100	≥ 100	≥ 100	P.Re.Val.E	
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 43 Rischio relativo 0,50	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; per stima attendibile in attesa della mobilità passiva	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	RR ≥ 1 ≥ 250	P.Re.Val.E	

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2016	Piano 2017	Piano 2018	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
ASSISTENZA TERRITORIALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti (prostatactomia trans uretrale per iperplasia benigna)	Ospedalizzazione per prostatactomia trans uretrale per iperplasia benigna	Numero di ricoveri per prostatactomia trans uretrale per iperplasia benigna	n. casi 46 Rischio relativo 0,49	n. casi 40 Rischio relativo 0,39	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; per stima attendibile in attesa della mobilità passiva	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	Rischio Relativo = 1	RR ≥ 1	P.Re.Val.E	
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	186	per aggiornamento in attesa della mobilità passiva extra regionale; STIMA senza Mob.Pass. extrareg.: 110%	per aggiornamento in attesa della mobilità passiva; STIMA senza Mob.Pass.: 75%	< 170 per 1.000 inclusa la mobilità passiva	< 160 per 1.000 inclusa la mobilità passiva	< 160 per 1.000 inclusa la mobilità passiva	160	LEA	
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%)	monitorati n.44 su 109 pazienti eleggibili (40%)	50%	70%	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			monitorati n.52 su 130 pazienti eleggibili (40%)	60%	100%	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	dato fino a settembre 118,55 valore tendenziale 155	€ 153,00	€ 150,00	€ 150,00	€ 150,00	DCA 480/2015	
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DEL FARMACO	Miglioramento presa in carico pazienti con patologie croniche (BPCO)	Trattamento continuativo con broncodilatatori a lunga durata d'azione nei 12 mesi successivi ad una riacutizzazione	Numero di pazienti dimessi dopo un ricovero per BPCO in trattamento con broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla dimissione/Numero di pazienti dimessi dopo un ricovero per BPCO.	n. casi 236 Rischio Relativo 0,57	n. casi 174 Rischio relativo 0,70	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio Relativo > 0,8	Rischio Relativo > 0,9	Rischio Relativo > 0,9	RR ≥ 1	P.Re.Val.E	
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	n. casi 162 Rischio Relativo 0,98	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P.Re.Val.E	
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	n. casi 17473 Rischio Relativo 0,97	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P.Re.Val.E	
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	n. casi 121 Rischio Relativo 1,14	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DISTRETTUALE	Migliorare la presa in carico dei pazienti in ADI	Percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni trattati in ADI	Numero di anziani trattati in ADI/Popolazione 65+ residente * 100	-	-	5,19	≥ 4	≥ 2	≥ 1,8	≥ 1,8	LEA	
ASSISTENZA TERRITORIALE	AREA DISTRETTUALE	Migliorare la presa in carico dei pazienti	Prestazioni di risonanza magnetica per 1000 residenti	Numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale di risonanza magnetica effettuate/Popolazione residente * 100	-	-	1,60	3,1-5,1 o 7,5-9	3,1-5,1 o 7,5-9	5,1-7,5	5,1-7,5	LEA	
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	10 giorni	48 ore	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	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, FKT, Poliambulatorio, Materno Infantile e SERT n. 6603 questionari	> 90%	> 90%*	> 90%	> 90%	> 90%	n.d.		*consuntivo I semestre 2015
ASSISTENZA TERRITORIALE	CASA DELLA SALUTE	Rafforzamento rete assistenziale	Attivazione Casa della Salute. Elaborazione, attivazione e monitoraggio dei PDTA	Attivazione Casa della Salute presso il Distretto n. 2. Sviluppo e attivazione dei PDTA diabete, scompenso cardiaco, BPCO	Attivo percorso BPCO e TAO. In lavorazione percorso su Diabete.	Attivata Casa della Salute di Magliano Sabina. Attivato PDTA Diabete nel Distretto 2	Casa della Salute di Rieti non attivata per indicazioni Regionali. Attivato PDTA BPCO su Casa della Salute di Magliano ed esteso PDTA Diabete su ex Distretto n. 3 PDTA Diabete: al 31/12/2015 arruolati 338 pazienti	Sviluppo PDTA scompenso cardiaco e BPCO presso Casa della Salute di Rieti (compresi ex Distretto 4 e 5)	Monitoraggio dei percorsi	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	n. casi 10.907 Rischio Relativo 0,92	n. pazienti 139 dei 338 arruolati	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	n. casi 10.907 Rischio Relativo 0,89	n. pazienti 134 dei 338 arruolati.	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 misurazione di microalbuminuria/numero di pazienti trattati in un anno	n. casi 11011 Rischio Relativo 0,87	n. casi 10.907 Rischio Relativo 0,84	n. pazienti 70 dei 338 arruolati	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	Rischio Relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P.Re.Val.E	

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2016	Piano 2017	Piano 2018	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
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	n. casi 10.907 Rischio Relativo 1,13	n. pazienti 123 dei 338 arruolati	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	-	-	Effettuati 13 incontri	15 incontri	15 incontri	15 incontri	n.d.		L'attività di formazione/informazione in tema di appropriatezza prescrittiva continuerà ad essere affrontata con le stesse modalità seguite nel 2015 così come deciso nell'ambito delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva Distrettuale.
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	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)	≤ 1	0	0	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	Standard interno	
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	SALUTE MENTALE	Ottimizzare la gestione di pazienti gravi (Ospedalizzazione TSO)	Ospedalizzazione TSO	Numero di TSO	35	60 (di cui 40 del nostro territorio e 20 provenienti da fuori provincia)	40	45	45	45	n.d.		
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	SALUTE MENTALE	Ottimizzare la gestione dei pazienti (CSM)	Pazienti in carico nei Centri di Salute Mentale	Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 1000 residenti	-	-	25	> 10,2	> 10,2	> 10,2	> 10,2	LEA Regione Lazio	
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	SALUTE MENTALE	Ridurre i ricoveri ripetuti	Numero di ricoveri ripetuti per stesso MDC 19	DRG da 425 a 433; 523 riospedalizzati entro 90gg	27%	24%	16%	20%	20%	20%	n.d.		
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	SALUTE MENTALE	Gestire il paziente al domicilio	Numero di test del carico familiare	Nuovi casi: numero contatti con familiari dei pazienti (contati di persona e/o telefonici, ambulatoriali e/o domiciliari, registrati su GDSM)	-	34	140	≤ 6	≤ 6	≤ 6	n.d.		
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	SALUTE MENTALE	Reinserire socialmente i pazienti con problemi di salute mentale	Pazienti in carico nei Centri Diurni	Numero pazienti in carico nei centri diurni	93	89	92	84	84	84	n.d.		
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	SALUTE MENTALE	Favorire il reinserimento dei pazienti nel mondo del lavoro	Pazienti inseriti	Numero inserimenti lavorativi/Totale pazienti in carico inseribili	100% (60/60)	69% (41/59) al 20/12/2014	94% (68/72 al 10/12/2015)	81%	81%	81%	>70%	Standard interno	
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	DIPENDENZE PATOLOGICHE	Potenziare i Gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA) e terapeutici	% pazienti inseriti	Numero pazienti inseriti nei gruppi / Totale dei pazienti in carico all'u.o. DPA	-	-	-	18%	19%	20%	n.d.		
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	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; 450 gg Logopedia	720 gg Psicomotricità; 720 gg Logopedia	< 720 gg Psicomotricità < 720 gg Logopedia per pz con disturbi gravi e/o di età < 7 anni > 720gg per pz di età > 7 anni	< 720 gg Psicomotricità < 720 gg Logopedia per pz con disturbi gravi e/o di età < 7 anni > 720gg per pz con disturbi medio/lievi di età > 7 anni	Considerando la media annuale di nuovi accessi, in assenza di ulteriori risorse per la riabilitazione, i tempi possono rimanere stabili attraverso azioni di razionalizzazione/ciclicità: < 720 gg Psicomotricità < 720 gg Logopedia per pz con disturbi gravi e/o di età < 7 anni > 720gg per pz con disturbi medio/lievi di età > 7 anni	Considerando la media annuale di nuovi accessi, in assenza di ulteriori risorse per la riabilitazione, i tempi possono rimanere stabili attraverso azioni di razionalizzazione/ciclicità: < 720 gg Psicomotricità < 720 gg Logopedia per pz con disturbi gravi e/o di età < 7 anni > 720gg per pz con disturbi medio/lievi di età > 7 anni	90 gg	Ministero Salute	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA 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 46 Rischio relativo 1,60	in attesa della mobilità passiva, n. 33 casi presso Ospedale Rieti	Rischio Relativo ≤ 1	Rischio Relativo ≤ 1	Rischio Relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ROSA	Aumentare il livello di fiducia nei confronti del servizio assistenziale della ASL attraverso la riduzione dei parti in mobilità passiva	% di parti in mobilità passiva	Mobilità passiva parti/Totale parti di residenti (DRG da 370 a 375)	49,0%	in attesa mobilità passiva	in attesa mobilità passiva	35%	35%	35%	n.d.		dato rilevabile a maggio 2014
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ROSA	Riduzione dei parti cesarei	% di parti cesarei	Parti cesarei (DRG 370-371)/totale parti (DRG da 370 a 375)*100	45%	46%	45,1% presso l'Ospedale di Rieti	35%	30%	30%	39,91%	Valore medio nazionale 2008 - Siveas - H9	
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%	17,8%	13%	14%	14%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Aumento ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario	% di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario	Numero dimissioni con DRG chirurgico/numero complessivo dei dimessi * 100	-	-	24,7%	35%-42%	35%-42%	≥ 42%	≥ 42%	LEA	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Mantenimento esito interventi chirurgici	% di pazienti (> 65) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore con degenza preoperatoria compresa tra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi)/numero di dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore	-	-	68%	≥ 55%	≥ 55%	≥ 55%	≥ 55%	LEA	
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	n. casi 26	n. casi 22 di cui n. 9 operati	Rischio relativo < 1	Rischio relativo < 1	Rischio relativo < 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2016	Piano 2017	Piano 2018	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Mantenimento esito interventi chirurgici	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni/Totale colecistectomie laparoscopiche			95,50%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Mantenimento esito interventi chirurgici	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza 0-1 giorno	Numero di pazienti ricoverati per colecistectomie laparoscopiche con degenza 0-1 giorno	n. casi 158 Rischio relativo 5,99	n. casi 137 Rischio relativo 5,81	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; stima n. 172 casi	Rischio relativo > 1	Rischio relativo > 1	Rischio relativo > 1	RR ≥ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Miglioramento esito interventi chirurgici	Complicanze a 30 giorni per colecistectomie laparoscopiche	Numero di pazienti con ricoveri per complicanze a 30 giorni dall'intervento di colecistectomie laparoscopiche	n. casi 344 Rischio relativo 1,2	n. casi 259 Rischio relativo 0,59	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.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	n. casi 22	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio relativo ≤ 1,5	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.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	n. casi 69 Rischio relativo 1,48	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.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	n. casi 49	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio relativo ≤ 1,5	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.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	n. casi 11	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio relativo ≤ 1,5	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.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	n. casi 118	≥ 100	≥ 100	≥ 100	≥ 100	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	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				≥ 5% pazienti con ICTUS trombolisati	≥ 5% pazienti con ICTUS trombolisati	≥ 5% pazienti con ICTUS trombolisati	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%	< 12 h = 98,2% 12-48 h = 1,8%	< 12 h = 98% 12-48 h = 2%	< 12 h = 99% 12-48 h < 1%	< 12 h = 99% 12-48 h < 1%	< 12 h = 99% 12-48 h < 1%	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	Mantenimento esito delle cure in emergenza	Proporzione di PTCA eseguite per condizioni diverse dall'IMA	Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'IMA/totale interventi di PTCA	42%	51,90%	28,90%	≤ 35%	≤ 35%	≤ 35%	≤ 35%	P.Re.Val.E	Nel 2014 fermo macchina di sei mesi
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	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	n. casi: 57 Rischio Relativo: 1,03	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	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	n. casi: 176 Rischio relativo 0,80	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	RR ≥ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	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	n. casi: 176 Rischio relativo 0,80	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	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	n. casi: 77 Rischio Relativo: 0,96	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	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	n. casi 59 Rischio Relativo: 0,96	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio relativo ≥ 1	Rischio relativo ≥ 1	Rischio relativo ≥ 1	RR ≥ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	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 371 Rischio Relativo: 0,92	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; stima n. 46 casi	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	Mortalità a 30 giorni dal primo accesso ictus ischemico	Numero di pazienti con ICTUS ischemico e deceduti entro 30 giorni dalla procedura	n. 194 rischio relativo 1,42	n. casi 175 Rischio Relativo: 0,97	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA DEA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	Riammissioni ospedaliere a 30 giorni per ictus ischemico	Numero di casi ricoverati per ictus ischemico con re-ricovero entro 30 giorni	n. 159 rischio relativo 1,25	n. casi 146 Rischio Relativo: 1,09	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio; stima n. 8 casi	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	Rischio relativo ≤ 1	RR ≤ 1	P.Re.Val.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	2,7	2,80%	3,9%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	Standard interno	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Miglioramento esito delle cure in emergenza	Mortalità a 30 giorni dal primo accesso per BPCO riacutizzata	Numero di pazienti con BPCO riacutizzata deceduti entro 30 giorni dalla procedura	n. casi 359 rischio relativo 0,74	n. casi 355 Rischio Relativo: 0,72	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
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	n. casi 162 Rischio Relativo: 1,45	per aggiornamento in attesa dato DEP Lazio	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	mantenimento consuntivo 2013	RR ≤ 1	P.Re.Val.E	
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	118/118	ulteriori agende secondo indicazioni regionali	ulteriori agende secondo indicazioni regionali	ulteriori agende secondo indicazioni regionali	n.d.		

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2016	Piano 2017	Piano 2018	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
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	-	-	34/44	ulteriori agende secondo indicazioni regionali	ulteriori agende secondo indicazioni regionali	ulteriori agende secondo indicazioni regionali	n.d.		La rimodulazione delle agende è stata effettuata secondo le indicazioni regionali.
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Aumentare il numero di prescrizioni elettroniche	% di prescrizioni elettroniche eseguite dagli specialisti dell'Azienda	N. di ricette elettroniche redatte dagli specialisti dell'Azienda/N. di prestazioni erogate con prescrizione redatta dagli specialisti dell'Azienda	-	-	53,80%	70%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Regione Lazio	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Mantenere l'appropriatezza delle cure rese	Rapporto fra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Numero dimissioni in degenza ordinaria con DRG "inappropriato"/numero di dimissioni in degenza ordinaria in regime non "inappropriato"	-	-	0,28	≤ 0,29	≤ 0,29	≤ 0,29	≤ 0,29	LEA	
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	94%	95%	89%*	> 90%	> 90%	> 90%	n.d.	Standard interno	*consuntivo gennaio-ottobre 2015
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	82%	84%	84% (dato provvisorio)	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Standard interno	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Mantenere le prestazioni infermieristiche	Prestazioni effettuate negli ambulatori infermieristici (generalisti e specialistici)	Numero prestazioni effettuate negli ambulatori infermieristici	18.565	17.403	15.656*	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	n.d.		Sedi ambulatori: Ospedale di Rieti; Poliambulatorio CeCAD Amatrice; Ambulatorio Infermieristico Ortopedico L'accesso agli ambulatori infermieristici avviene esclusivamente con ricetta medica. *gennaio-settembre 2015
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Mantenere le prestazioni infermieristiche in tele nursing	Pazienti trattati in tele nursing	Numero di pazienti trattati in tele nursing	34	39	37	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	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% lunedì 14,2%	sabato 14,8% lunedì 13,8%	Lunedì 13% sabato 8%	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 da Week Surgery	Numero pazienti trasferiti in Long Surgery/Numero pazienti trattati in Week Surgery	-	Terminati lavori strutturali per Week Surgery.	Attivata Week; messo a punto il software per rilevazione modalità di ricovero a gennaio 2016	< 9%	< 8%	< 8%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Migliorare l'organizzazione dei servizi	Attivazione area medica multidisciplinare per intensità di cure	Attivazione area medica multidisciplinare per intensità di cure	-	-	Non attivata. Avviato nel 2015 gruppo di lavoro per implementazione scale e sperimentazione delle stesse. Avviata fase sperimentale con l'accorpamento delle unità operative Medicina 1 e Geriatria	Monitoraggio area medica gestita 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%	99%	99%	> 90%	> 90%	> 90%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Misurare la soddisfazione del paziente	Numero dei reclami	Numero di reclami	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	44 reclami di cui 12 su qualità dell'assistenza e 18 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 ed individuati 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.	Nel corso del 2015 sono state realizzate n. 3 edizioni del corso "Umanizzazione: come gli operatori sanitari possono coniugare la professionalità con l'umanizzazione delle cure". Nel mese di dicembre 2015 è stato inoltre avviato, in collaborazione con l'Unità Risk Management, il corso FAD "Comunicare in Sanità: la relazione con il paziente e con gli altri professionisti sanitari". La finalità della formazione è quella di accrescere le competenze relazionali e comunicative degli operatori sanitari.	Fornire alla U.O. Risk Management, attraverso un report dettagliato delle criticità riscontrate nella relazione operatori/pazienti, gli elementi necessari alla progettazione di corsi di formazione sulla comunicazione al fine di ridurre i reclami in tale ambito.	Fornire alla U.O. Risk Management, attraverso un report dettagliato delle criticità riscontrate nella relazione operatori/pazienti, gli elementi necessari alla progettazione di corsi di formazione sulla comunicazione al fine di ridurre i reclami in tale ambito.	Fornire alla U.O. Risk Management, attraverso un report dettagliato delle criticità riscontrate nella relazione operatori/pazienti, gli elementi necessari alla progettazione di corsi di formazione sulla comunicazione al fine di ridurre i reclami in tale ambito.	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	-	-	Revisione protocolli e procedure riorganizzazione Dip. Chirurgico - assemblata una dispensa come strumento informativo	n.3	n.3	n.3	n.d.		



Piano della Prestazione e dei Risultati 2016-2018

- Aggiornamento Annuale -

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
- Cosa facciamo
- Come operiamo

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

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

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



Presentazione del Piano

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance

La finalità del Piano è quella di rendere partecipe la cittadinanza ed in particolare gli utenti del S.S.R. degli **obiettivi** che l'Azienda si è data per il prossimo triennio, garantendo trasparenza e ampia diffusione tra cittadini, operatori, utenti, associazioni di volontariato, ecc.

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

Segue..

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance

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.

Atteso che ogni operatore deve condividere la responsabilità del raggiungimento dei risultati aziendali e che un forte coinvolgimento degli operatori aumenta l'impegno nella gestione aziendale, ***è necessario che chiunque comprenda come il proprio compito contribuisce al risultato strutturale e aziendale.***



Segue..

Presentazione del Piano

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance

Il presente Piano, perciò dopo aver presentato l'Azienda, definisce gli obiettivi che con il coinvolgimento di tutte le UU.OO. si intende raggiungere.

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

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.

Presentazione del Piano

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance

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.



Segue..

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance

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

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

Segue..

Presentazione del Piano

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance


Le principali linee di intervento del 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, prioritariamente, le Case della Salute.

Un unico Presidio Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice per la gestione dei pazienti in fase acuta nel quale ottimizzare la logistica del paziente e reingegnerizzare i processi.

Lo sviluppo delle attività di Prevenzione.

La sostenibilità economica.


Segue..

Presentazione del Piano

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance

In ordine all'**assistenza territoriale** i principali obiettivi per l'anno in corso riguardano:

Ricognizione ed ottimizzazione della rete di erogazione dei servizi

- Contenimento tempi d'attesa
- Progetti di cure primarie con MMG
- Qualificazione spesa protesica
- Qualificazione ADI

Con l'obiettivo di fondo di riorganizzare l'assistenza territoriale

Segue..

Presentazione del Piano

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance

In ordine all'*assistenza ospedaliera* i principali progetti per l'anno in corso riguardano:

- Triage Avanzato, Fast truck, Percorsi per patologie tempo-dipendenti, Diverso ruolo OBI;
 - Filtro attraverso appropriatezza;
- Pre-ospedalizzazione, Consolidamento Week e Long Surgery, Riorganizzaione Blocco Operatorio;
- Intensità di cure in Area Medica, Piastra DH, Protocolli diagnostici;
 - Posti letto a gestione infermieristica;
 - Discharge room;
 - Progetto TANDEM
 - Attivazione «codice 56».

Con l'obiettivo di fondo di ottimizzazione della logistica del paziente e reingegnerizzazione processi

Segue..

Presentazione del Piano

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance

In ordine allo sviluppo delle **attività di prevenzione** i principali progetti per l'anno in corso riguardano:

Entrata a regime degli screening oncologici;
Sviluppo vaccinazioni popolazione over65;
Mantenimento status di provincia ufficialmente indenne.

In ordine alla **sostenibilità economica** i principali progetti per l'anno in corso riguardano:

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.

Segue..

Le Finalità e le Fonti del Piano delle Performance

Il Piano della Prestazione e dei Risultati recepisce, pertanto, al suo interno gli indirizzi di programmazione Regionale, gli obiettivi individuati dalla Regione Lazio per la Direzione Generale, nonché gli obiettivi strategici individuati nel PST, 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
- Cosa facciamo
- Come operiamo

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE



FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

La spesa sanitaria pubblica tra il 2009 e il 2014 ha registrato un **aumento** medio annuo **pari ad appena lo 0,7%**, consolidando un trend opposto al quinquennio precedente alla crisi economica (2003- 2008), quando i livelli di crescita erano attorno al 6% annuo.

Non esistono più Regioni con gravi disavanzi, al contrario, alcune delle Regioni storicamente in disavanzo (Lazio, Campania e Sicilia) si trovano oggi con un leggero surplus annuale che utilizzano per contribuire a saldare debiti pregressi.

Nel complesso, il SSN registra al 31/12/2013 perdite cumulate per 33,7 Mld di euro, di cui 21,3 Mld sono garantiti da un impegno di copertura dello Stato. I rimanenti 12,4 Mld sono coperti contabilmente dalle Regioni con mezzi propri per un ammontare pari al 70%.


Segue..

FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

Nel quadro economico-finanziario presentato, i policy maker regionali sono perfettamente consapevoli che a fronte di **risorse stabili e bisogni crescenti** debbono riorganizzare i propri servizi sanitari, per cercare di contrastare l'alternativa inevitabile del razionamento dei servizi e la conseguente riduzione dei tassi di copertura quali-quantitativa dei bisogni.

Pertanto, anche la Regione Lazio ha avviato una **riorganizzazione** orientata a:

- il ri-accorpamento istituzionale tra aziende ospedaliere e aziende USL in un'unica azienda integrata nella speranza che questo possa favorire processi di integrazione tra ospedale e territorio (accorpamento tra l'ASL Roma E e l'AO S. Filippo Neri);
- l'accorpamento di aziende per ottenere dimensioni rilevanti (fusioni tra le ASL della provincia di Roma);
- la creazione di forti agenzie regionali per la centralizzazione degli acquisti.



Segue..

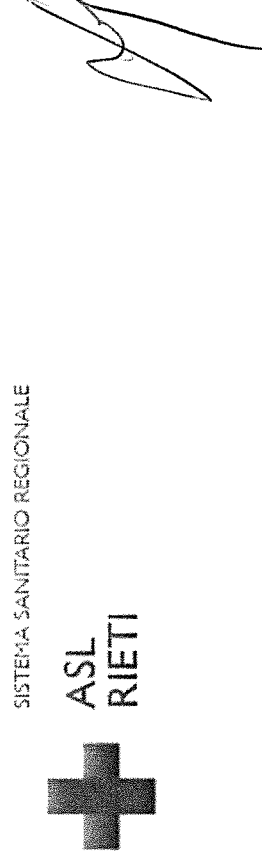
**CHI SIAMO – Articolazione della ASL di Rieti
Assetto Organizzativo Aziendale,
Organigramma,
Macrofunzioni,
I Meccanismi Operativi Aziendali,
Il Governo Clinico**

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 :



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.

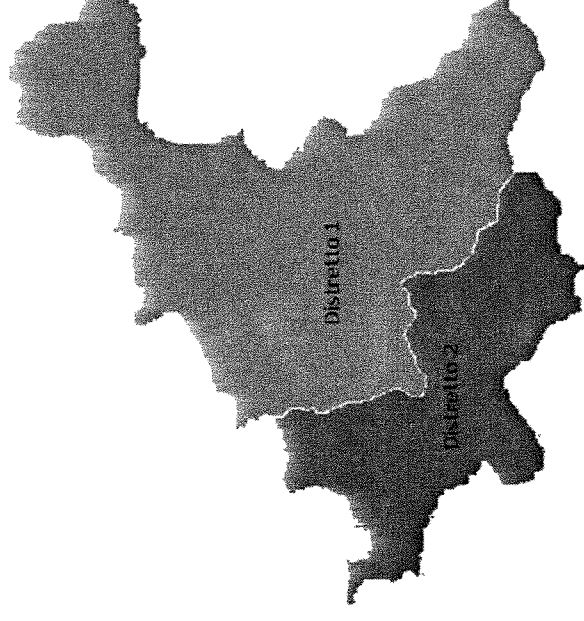
Il territorio comprende 73 comuni in un area di 2.749 Km², ed è organizzato, secondo la recente rimodulazione prevista nell’Atto Aziendale, approvato dalla Regione Lazio, nei seguenti **due Distretti**:

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 del Livelli Essenziali di Assistenza e del principio dell’appropriatezza.

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

Sono inoltre previsti 7 posti letto di ricovero ordinario di Chirurgia Vascolare.



Segue..

CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

Lo **Stabilimento di Amatrice** viene configurato, ai sensi dei citati DCA, come “Ospedale di zona disagiata” dotato di:

- 24 posti letto di ricovero ordinario, distinti in 13 posti letto di Area Medica 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

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

Segue..

CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

L’Azienda gestisce direttamente le seguenti strutture:

Distretto Distretto Rieti-Antrodoco-Sant’Elpidio

- Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice
- Poliambulatorio ASL – sede di Viale Matteucci
- 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

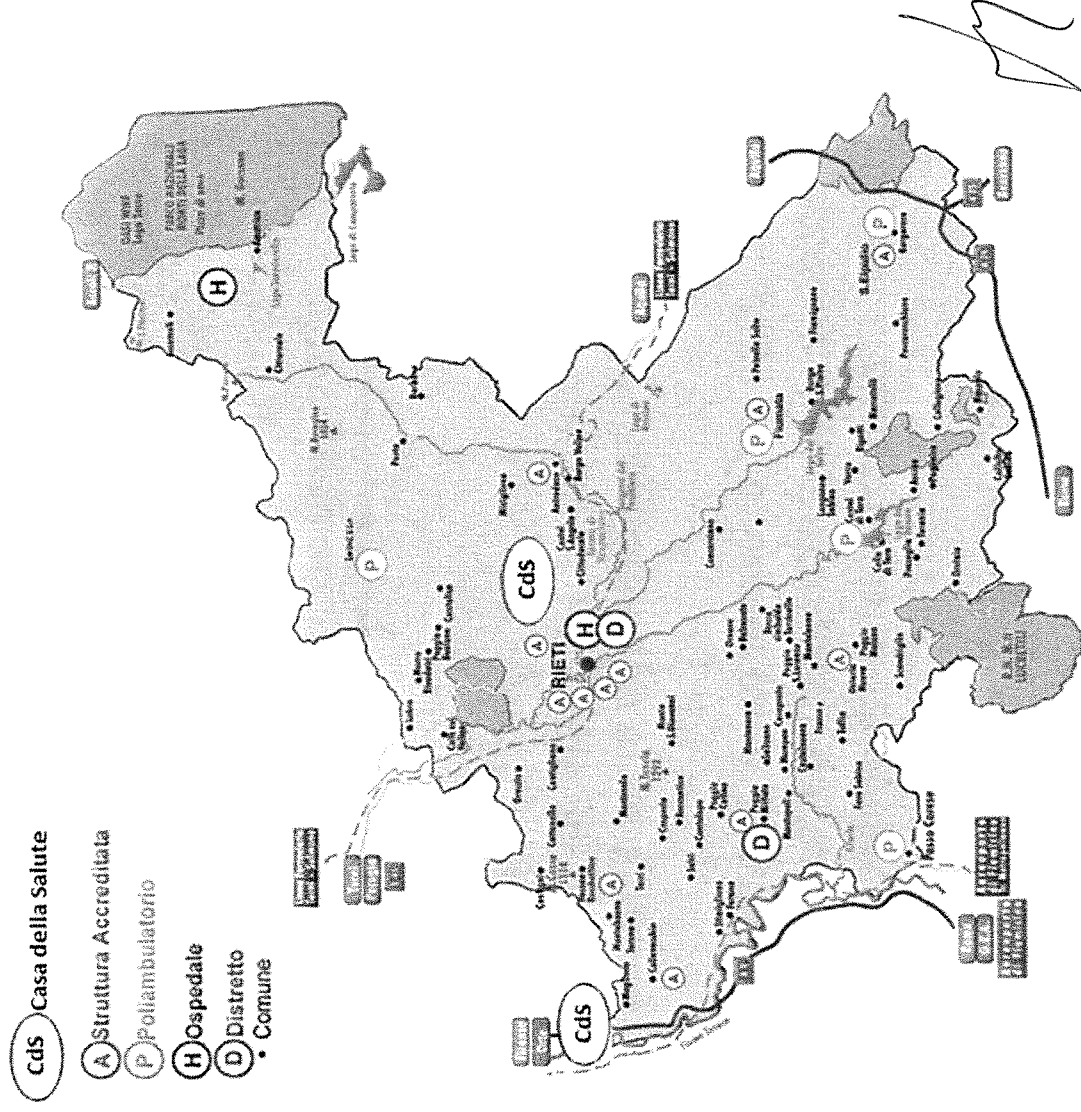
Distretto Mirtense-Salario

- Casa della Salute di Magliano Sabina
- Poliambulatorio 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

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

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.

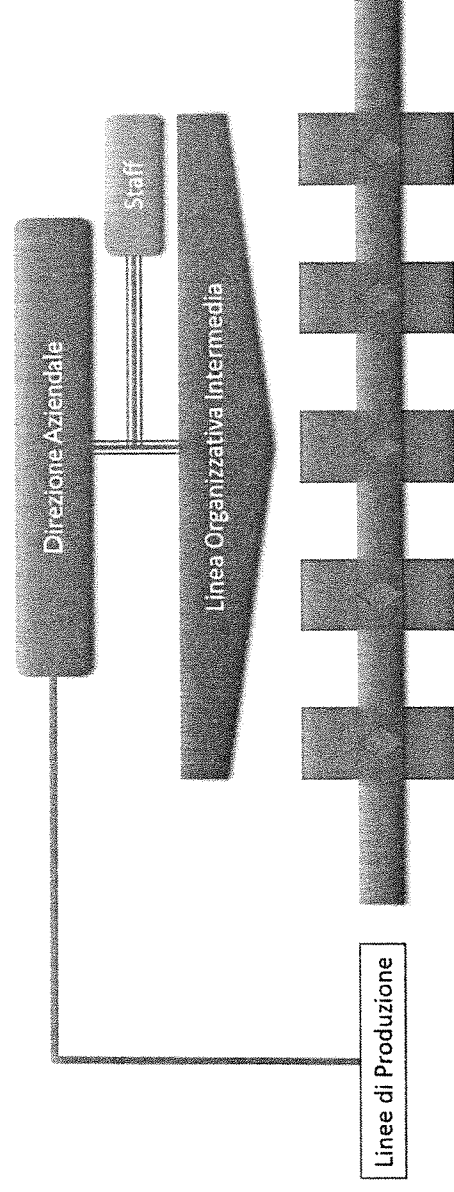
Principio cardine adottato nella progettazione dell'assetto organizzativo è rappresentato dalla costante ricerca del *miglior equilibrio sistemico possibile* tra la dimensione strutturale rappresentata nell'organigramma aziendale e le caratteristiche dei meccanismi operativi che ne determinano il funzionamento.

Segue..

CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale

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

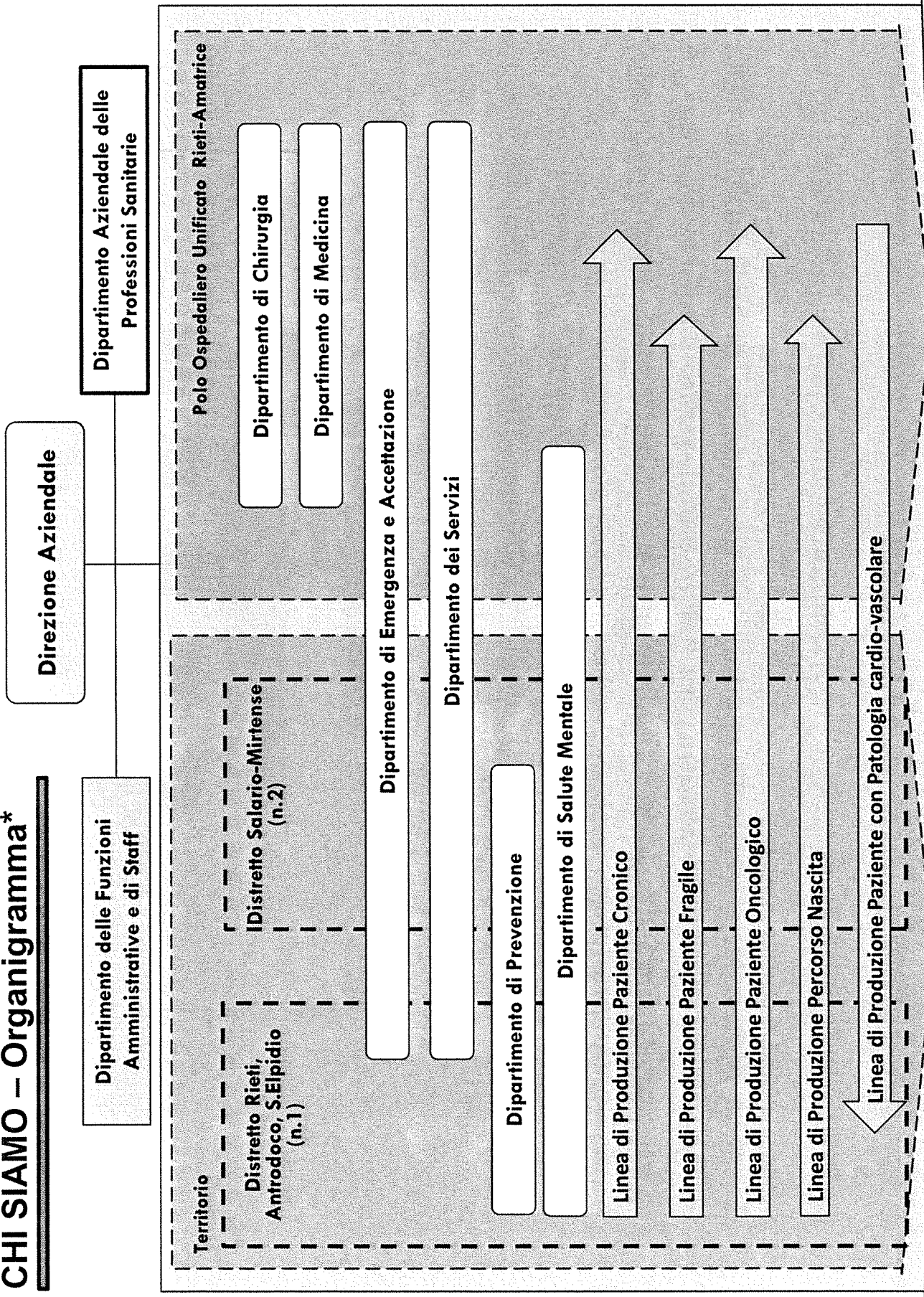
1. nella **dimensione verticale** risponde ad un principio di articolazione della generale Funzione di Governo per macro ambiti gestionali (Aree Strategiche di Attività), individuando i Dipartimenti e i Distretti quali linee intermedie dell'organigramma;
2. nella **dimensione orizzontale** recepisce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



[Firma]

Segue..

CHI SIAMO – Organigramma*



* Organigramma da Atto Aziendale in attesa di approvazione da parte della Regione Lazio

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*.

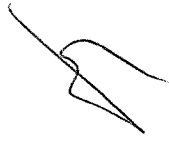
In particolare, sono stati introdotti in Azienda:

- ✓ 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 Governo Clinico

- ✓ 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.



COSA FACCIAMO

COSA FACCIAMO

L'azione dell'Azienda è finalizzata in maniera fondamentale al **miglioramento dello stato di salute della popolazione**, alla **qualità** clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'**appropriatezza** e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di **equilibrio** economico-finanziario nella gestione del sistema azienda.

L'ASL di Rieti si impegna a perseguire questi obiettivi, ispirandosi ai principi di uguaglianza, di imparzialità, di partecipazione, di continuità, di efficienza ed efficacia e di economicità.



Segue..

COSA FACCIAMO

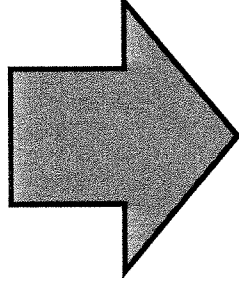
Tali obiettivi si concretizzano con **azioni** finalizzate a :

- prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali;
- garantire la crescita professionale mediante idonei percorsi formativi a tutti coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda;
- garantire la legalità, assicurando che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'Azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti;
- garantire ai portatori di interessi, relazioni trasparenti volte al raffronto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato esponenziali di interessi diffusi.

Segue..

COSA FACCIAMO

L'Azienda riconosce la **centralità del cittadino**, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.



Carta dei Servizi

quale documento per migliorare il rapporto con il cittadino, secondo una logica di trasparenza e di garanzia dei diritti.

COME OPERIAMO

COME OPERIAMO

L'azienda opera in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un ottica di sinergia sistemica.

Coerentemente le strategie aziendali e le conseguenti attività gestionali sono improntate ad un'intensa operatività indirizzata a percorsi di programmazione relativa ai **tre livelli assistenziali**:

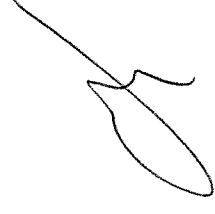
- Ospedaliera
- Distrettuale
- Collettiva in ambienti di vita e di lavoro



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 nella ASL di Rieti.
Tutti i dati si riferiscono all'attività svolta nel triennio 2013 – 2015.

DIMESSI	2013	2014	2015*
Dimessi Ordinari	14.094	14.100	13.385
-di cui con DRG medico	75,95%	76,89%	75,40%
-di cui con DRG chirurgico	24,05%	22,99%	24,60%
Dimessi Day Surgery	1.472	1.392	1.201
Dimessi Day Hospital	2.489	2.252	2.195

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

Dati relativi ai parti effettuati nel territorio dell'Azienda

NASCITE	2013	2014	2015*
Numero totale parti	599	523	566
- di cui parti cesari	270	239	255

* il dato è aggiornato al mese di dicembre 2015, ultimo dato disponibile, da consolidare

Segue..

I SERVIZI SANITARI EROGATI

ATTIVITA' CHIRURGICA	2013	2014	2015*
Interventi in ricovero ordinario	3.389	3.242	3.293
Interventi in day surgery	1.472	1.392	1201
Prestazioni ambulatoriali	130.328	124.662	123.967

Interventi
effettuati nel
quadriennio
2013-2015

* il dato è aggiornato al mese di dicembre 2015, ultimo dato disponibile, da consolidare

Prestazioni
ambulatoriali
erogate nel
quadriennio
2012-2015

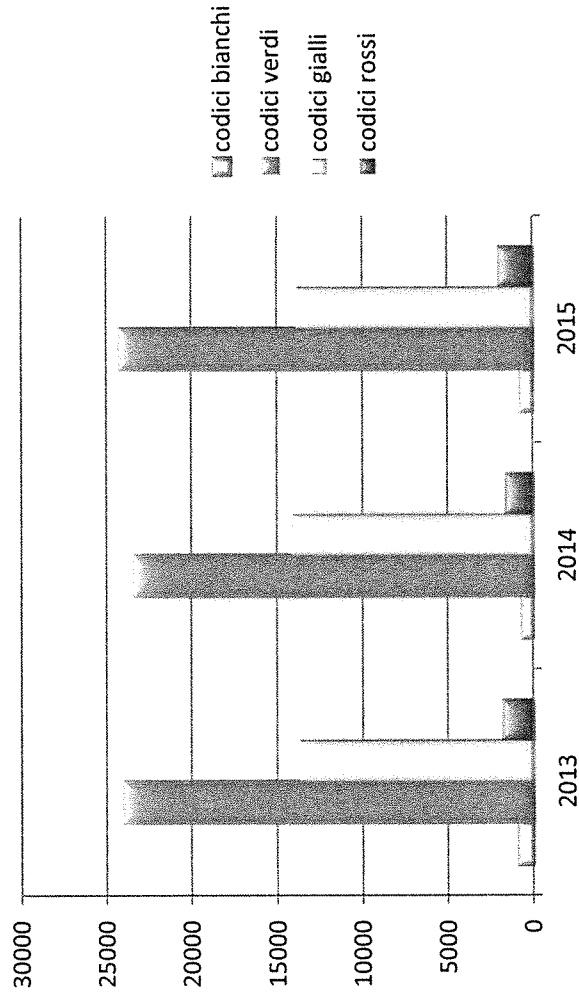
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2013	2014	2015
Numero prestazioni per esterni	1.720.335	1.653.095	1.543.593
- di cui diagnostica per immagini (incluso RNM)	71.666	62.470	68.931
- di cui prestazioni di laboratorio analisi	1.130.562	1.111.167	1.050.105

Segue..

I SERVIZI SANITARI EROGATI

ACCESSI PRONTO SOCCORSO		2013	2014	2015
Numero totale di accessi in pronto soccorso		40.229	39.749	40.819
- di cui numero codici bianchi		773	584	664
- di cui numero codici verdi		23.952	23.389	24.213
- di cui numero codici gialli		13.685	14.130	13.883
- di cui numero codici rossi		1.819	1646	2.059

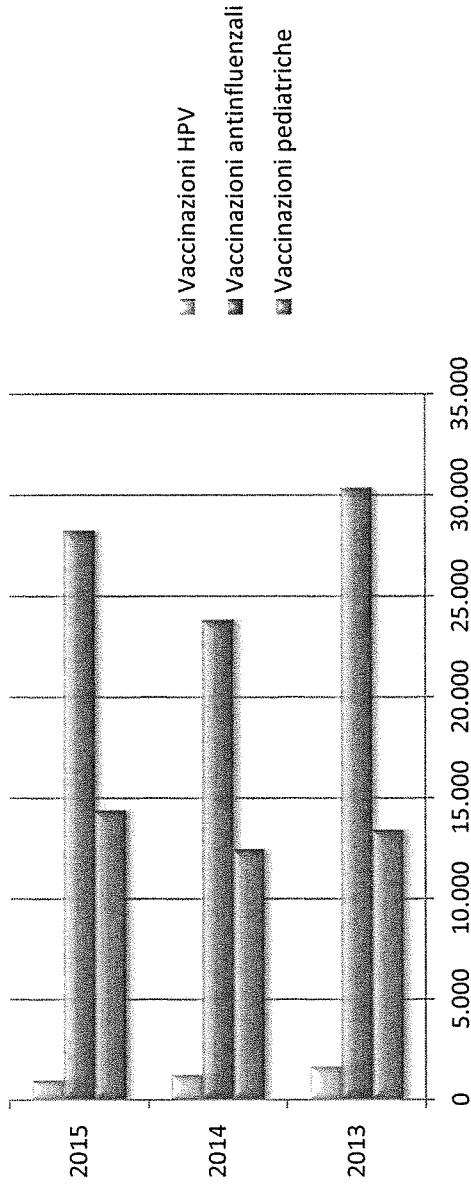
Accessi al pronto soccorso per codice Triage



Segue..

I SERVIZI SANITARI EROGATI

Assistenza erogata a livello distrettuale



ATTIVITA' DI ASSISTENZA TERRITORIALE	2013	2014	2015
Numero totale di assistiti in ADI	2.095	2.727	2.146*
Numero di Screening Mammografico			1.891
Numero di Screening Cervice Uterina		Riorganizzata attività	963
Numero di Screening colon-retto			883
Numero Vaccinazioni pediatriche effettuate*	13.357	12.406	14.332
Numero Vaccinazioni antinfluenzali effettuate	30.300	23.787	28.200
Numero Vaccinazioni HPV effettuate**	1.616	1.190	909

* dato aggiornato al III trimestre 2015

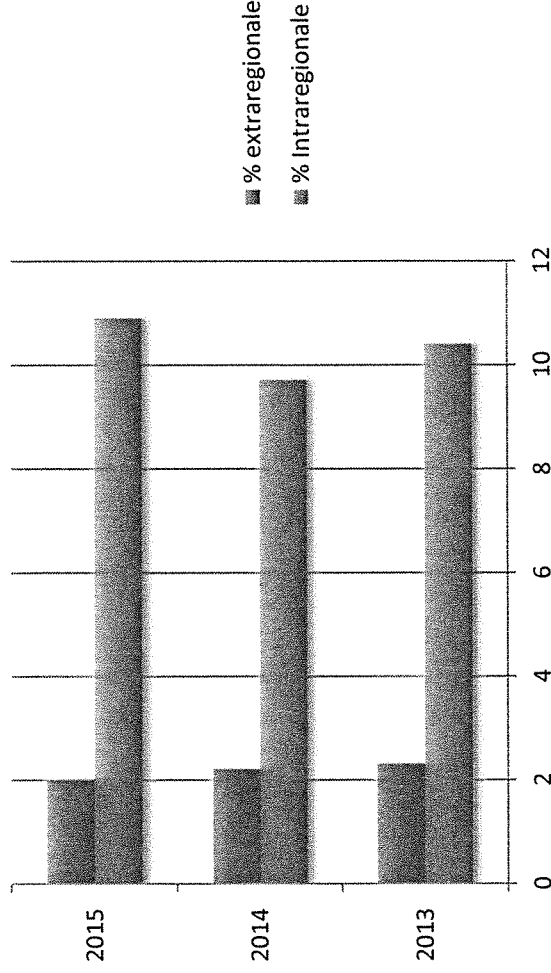
** Dal mese di maggio 2014 è cambiata la schedula della vaccinazione anti HPV, per cui si somministrano 2 sole dosi invece di 3. Nel 2014 sono state ancora somministrate 357 terze dosi alle ragazze che avevano iniziato con il vecchio calendario. Nel 2015 le terze dosi sono state

I SERVIZI SANITARI EROGATI

MOBILITA' ATTIVA	2013	2014	2015
% Intraregionale	10,4	9,7	10,9
% extraregionale	2,3	2,2	2,0

Le percentuali in tabella sono calcolate sul totale dei ricoveri ospedalieri aziendali

Focus sulla mobilità attiva dell'Azienda quadriennio 2013-2015 e sulla mobilità passiva dell'Azienda nel quadriennio 2011-2014



MOBILITA' PASSIVA	2011	2012	2013	2014*
% Intraregionale	60,3	60,9	58,3	ND
% extraregionale	39,7	39,1	41,7	ND

* (il dato del consuntivo anno 2014 per la mobilità extraregionale non è disponibile). Le % in tabella sono calcolate sul totale dei ricoveri dei residenti in mobilità passiva

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 2015, è pari a **1.504** unità comprensivo di n. 40 collaborazioni coordinate e continuative distinto come segue:

DIRIGENTI	TL	TD	COCOCO
Ruolo sanitario			
Dirigenti Medici	240	53	10
Dirigenti Veterinari	16	1	
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	297	60	17

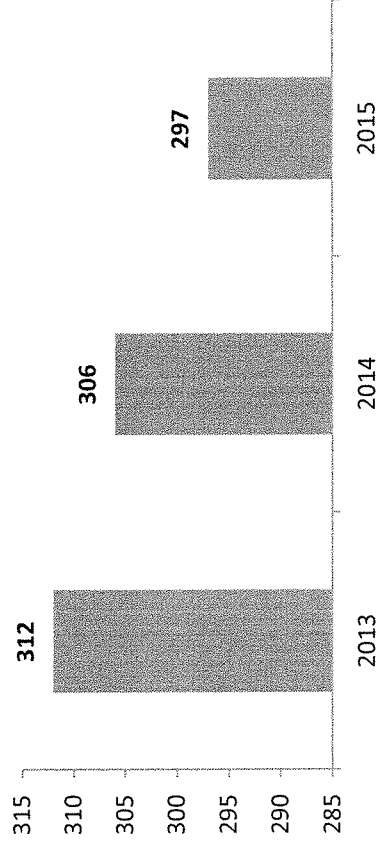
COMPARTO	TL	TD	COCOCO
Ruolo amministrativo	138	1	
Ruolo tecnico	181	3	3
Ruolo sanitario	7771	53	20
Totale	1090	57	23

Segue..

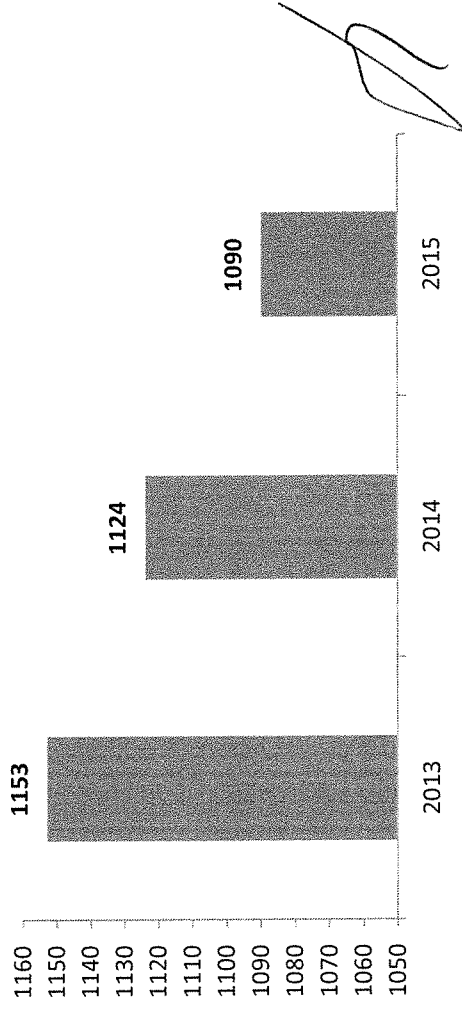
LE RISORSE PROFESSIONALI

Trend delle risorse professionali nell'ultimo triennio:

TEMPI INDETERMINATI DIRIGENZA



TEMPI INDETERMINATI COMPARTO



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 2015.

PRINCIPALI INDICATORI QUALI-QUANTITATIVI				
Indicatori	2012	2013	2014	2015
N. Totale Personale	1.564	1.553	1.569	1.504
N. Totale Personale Dirigenza	374	370	364	357
N. Totale Personale Comparto	1.190	1.183	1.165	1.147
N. Totale Personale Dirigenza Donne	164	172	162	167
N. Totale Personale Dirigenza Uomini	210	198	202	190
N. Totale Personale Comparto Donne	909	909	890	878
N. Totale Personale Comparto Uomini	281	274	275	269

ANALISI CARATTERI QUALI-QUANTITATIVI				
Indicatori	2012	2013	2014	2015
Età media del personale (anni)	48	48,78	49,03	49,06
Età media dei dirigenti (anni)	51	49,64	49,60	49,61
% di dipendenti in possesso di laurea	55%	57%	58%	58,5%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%	100%	100%	100%
Tasso di compensazione del Turnover del personale	0%	0%	0%	0%
Costo per la formazione del personale	€ 109.851	€ 180.893	€ 211.503	€ 243.634

Segue..

LE RISORSE PROFESSIONALI

ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO					
Indicatori	2012	2013	2014	2015	
Tasso di assenze	14,42%	23,19%	22,9%	22,89%	
Tasso di dimissioni premature	3%	2%	2%	2%	
Tasso di richieste di trasferimento	1%	1%	1%	1%	
Tasso di infortuni	0,28%	0,40%	0,43%	0,44%	
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti	€ 3.058	€ 2.934	2.920	2.888	
% di personale assunto a tempo indeterminato	0%	0%	0%	0,004%	

ANALISI DI GENERE					
Indicatori	2012	2013	2014	2015	
% di dirigenti donne	44%	45%	45%	48,63%	
% di donne rispetto al totale del personale	69%	68,5%	69%	69,95%	
Stipendio medio lordo percepito dal personale donna (personale dirigente)	€ 5.542	€ 4.865	4.834	4.950	
Stipendio medio lordo percepito dal personale donna (personale comparto)	€ 2.183	€ 2.160	2.150	2.134	
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	68%	69,61%	69,30	72,52	
Età media del personale femminile (personale dirigente) in anni	49	50	50	50	
Età media del personale femminile (personale comparto) in anni	47	48	48	49	
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	51%	52%	53%	54%	

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 2011-2015, sta concretizzando una **riduzione della spesa corrente**, in special modo negli ultimi esercizi. 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.

Le ragioni di tali migliori performance sono da ricercarsi:

- nell'attività, avviata già a partire dal secondo semestre 2012, di rinegoziazione con i Fornitori, in ottemperanza alle indicazioni previste dalla Legge n. 135/2012, cosiddetta "Spending Review",
- nel più assiduo ricorso a procedure di gara centralizzate e/o Consip e Mepa,
- in una diffusa azione di sensibilizzazione dei manager aziendali volta a creare una maggiore coscienza, responsabilizzazione e condivisione degli obiettivi aziendali.

Segue..



PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

	2011	2012	2013	2014	2015
Valore della Produzione	€ 327.229	€ 321.373	€ 331.108	€ 330.689	€ 265.762
- di cui <i>Finanziamenti Regionali</i>	€ 302.157	€ 296.580	€ 306.371	€ 307.263	€ 243.967
Costi della Produzione	-€ 331.258	-€ 328.126	-€ 325.928	-€ 325.330	-€ 321.745
Proventi ed oneri finanziari, straordinari e fiscali	-€ 8.908	-€ 8.606	-€ 9.572	-€ 5.359	-€ 804
RISULTATO D'ESERCIZIO	-€ 12.938	-€ 15.359	-€ 4.391	€ 0	-€ 56.787

Fonte dei dati: UOC Economico-Finanziaria. Anni 2011-2014 bilanci di esercizio approvati dalla Regione Lazio - Anno 2015 dati di preconsuntivo non definitivo.
Valori in milioni di €

L'andamento anche se non costante dei risultati di esercizio mostra un **trend positivo.**

Segue..

PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

L'Azienda ha messo in campo in questi anni numerose azioni per il miglioramento delle sue performance economiche con maggiori controlli sulla spesa, con rinegoziazioni con i fornitori, ricorso alle gare centralizzate e/o al mercato elettronico e numerose altre leve di contenimento e razionalizzazione della spesa.

I dati del Conto Economico 2015 sono da considerarsi provvisori relativamente all'assegnazione dei contributi regionali. Il contenimento dei costi di esercizio è l'effetto ora più evidente delle azioni di risanamento, e di rinegoziazioni effettuate nei precedenti esercizi.



Segue..

PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

Il trend dei costi di esercizio dal 2011 al preconsuntivo 2015 e la loro composizione viene riportata sinteticamente nel seguente prospetto:

Voci di costo	2011	2012	2013	2014	2015	2015-2011
Beni sanitari	31.888	34.080	33.791	34.594	34.658	
<i>trend di spesa</i>		6,4%	-0,9%	2,3%	0,2%	8,0%
Servizi sanitari	155.464	150.331	156.803	152.262	152.655	
<i>trend di spesa</i>		-3,4%	4,1%	-3,0%	0,3%	-1,8%
Costo del personale sanitario	79.350	78.802	73.529	71.636	68.984	
<i>trend di spesa</i>		-0,7%	-7,2%	-2,6%	-3,8%	-15,0%
Costi sanitari	266.702	263.213	264.122	258.492	256.296	
<i>trend di spesa</i>		-1,3%	0,3%	-2,2%	-0,9%	-4,1%
% su totale costi	81%	82%	81%	79%	80%	
Beni e servizi non sanitario	39.238	38.139	37.832	39.521	37.903	
<i>trend di spesa</i>		-2,9%	-0,8%	4,3%	-4,3%	-3,5%
Costo del personale non sanitario	15.412	15.903	12.973	12.493	12.386	
<i>trend di spesa</i>		3,1%	-22,6%	-3,8%	-0,9%	-24,4%
Costi non sanitari	54.649	54.042	50.804	52.013	50.289	
<i>trend di spesa</i>		-1,1%	-6,4%	2,3%	-3,4%	-8,7%
Ammort e Accantonamenti	9.907	5.351	11.001	14.825	15.161	
Totale costi	331.258	322.606	325.928	325.330	321.745	
<i>trend di spesa</i>		-2,7%	1,0%	-0,2%	-1,1%	-3,0%

Dalla tabella appare evidente l'incidenza dei costi sanitari sul totale delle spese, che si attesta intorno al 80%, per tutti gli esercizi presi in esame. Segue..

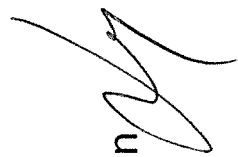
PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

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, pari all'8% mentre i servizi sanitari hanno fatto registrare una flessione complessiva di circa il 2% .

Dall'analisi risulta che il costo del **personale sanitario** si è ridotto con percentuali che, a partire dal 2011, arrivano fino al valore di 15 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.

L'andamento dei **costi non sanitari** di contro, ha un trend negativo del 3% con un incremento significativo nel 2014, e nuovamente ridotto nel 2015 . Consistente la riduzione del costo del personale non sanitario che raggiunge un decremento complessivo di 24 punti percentuali.

Un significativo aumento è stato rilevato per **ammortamenti e accantonamenti** in seguito prevalentemente a sopravvenuti rischi di cause ed oneri processuali.



ANALISI DEL CONTESTO

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

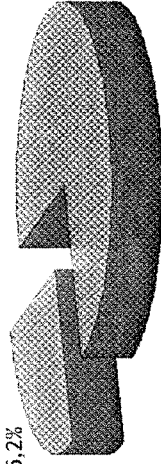
ANALISI DEMOGRAFICA

M

ANALISI DEMOGRAFICA

La provincia di Rieti si estende su una superficie di 2.749 Km^q. E' costituita da **73 comuni** ed ha una popolazione residente, al 1 gennaio 2015, di **158.981 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 sim.

Distretto 2
25,2%

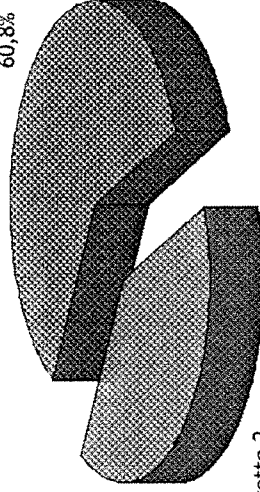


Distretto 1
74,8%

Territorio provinciale
per Distretto ASL

Popolazione provinciale
per Distretto ASL

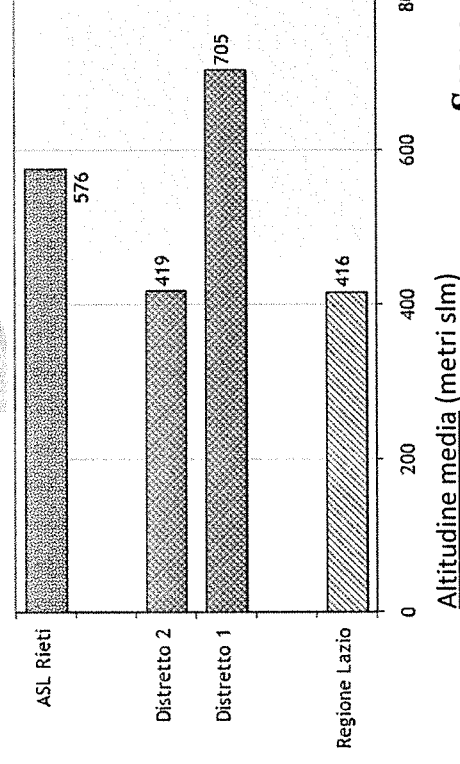
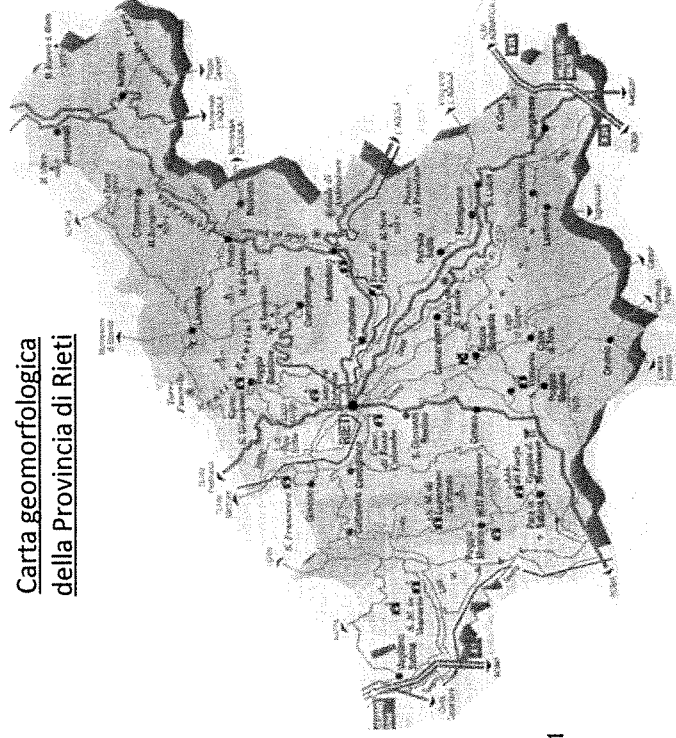
Distretto 1
60,8%



Distretto 2
39,2%

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



Altitudine media (metri sim)

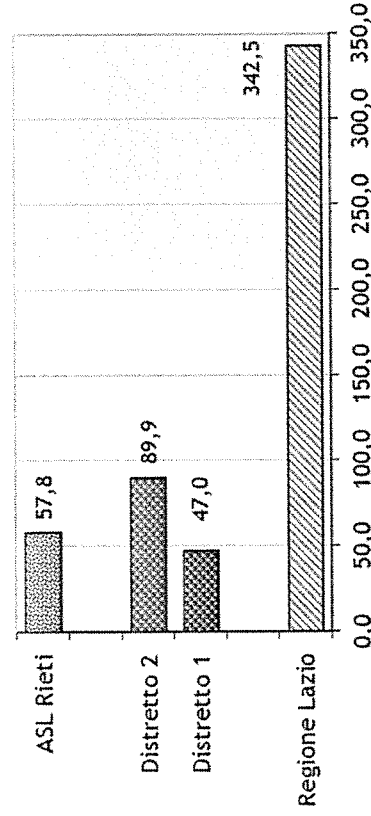
Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA

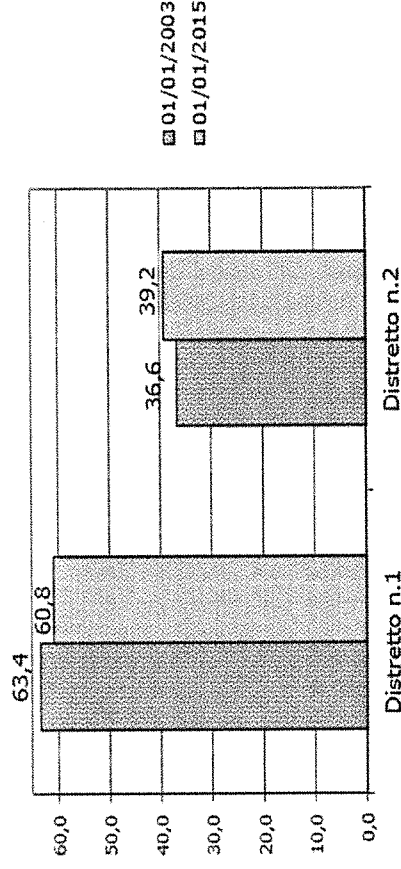
Il Distretto n.1 (altitudine media 705m slm, densità 47 ab/kmq) presenta una situazione territoriale assai disomogenea che vede, accanto all'ampia pianura e alle zone collinari che circondano il capoluogo, estese zone montuose, ove la popolazione è assai dispersa (circa 20 ab/Kmq). Risulta, invece, più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

La densità abitativa della provincia, pari a 57,8 ab/kmq, è comunque molto bassa rispetto a quella regionale (342,5 ab/Kmq).

Densità abitativa (ab/Kmq)



Trend popolazione residente nei Distretti ASL

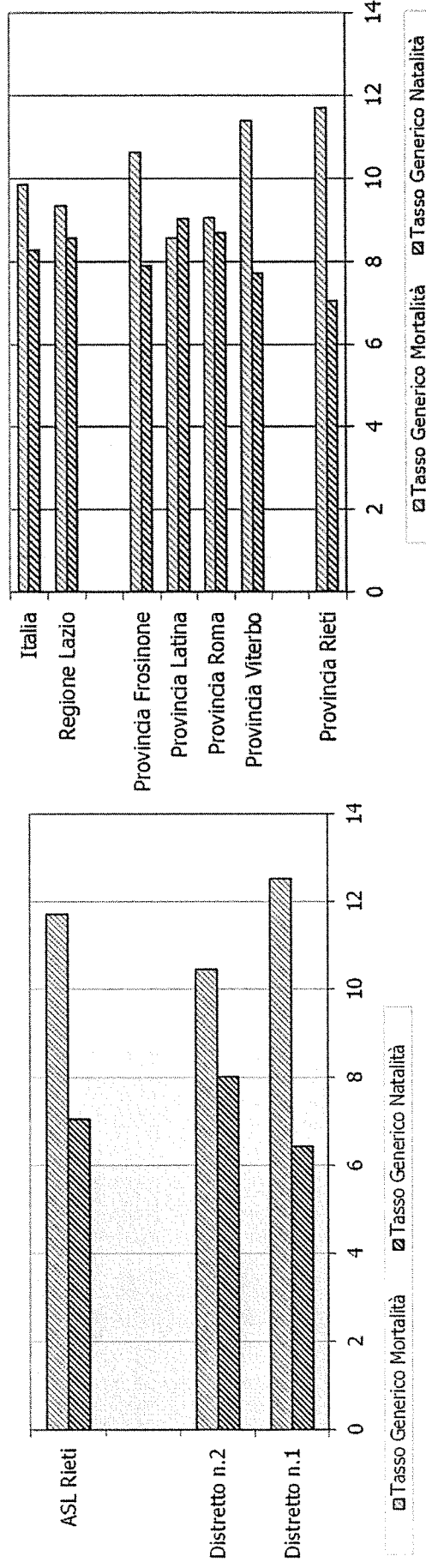


Nell'ultimo decennio si è registrato un quasi costante incremento della popolazione residente nella provincia come conseguenza dell'incremento demografico della Sabina (Distretto n.2) che ha più che compensato un lento e costante decremento della popolazione del Distretto n. 1

Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA

Tassi di natalità e mortalità (per 1.000 ab.)



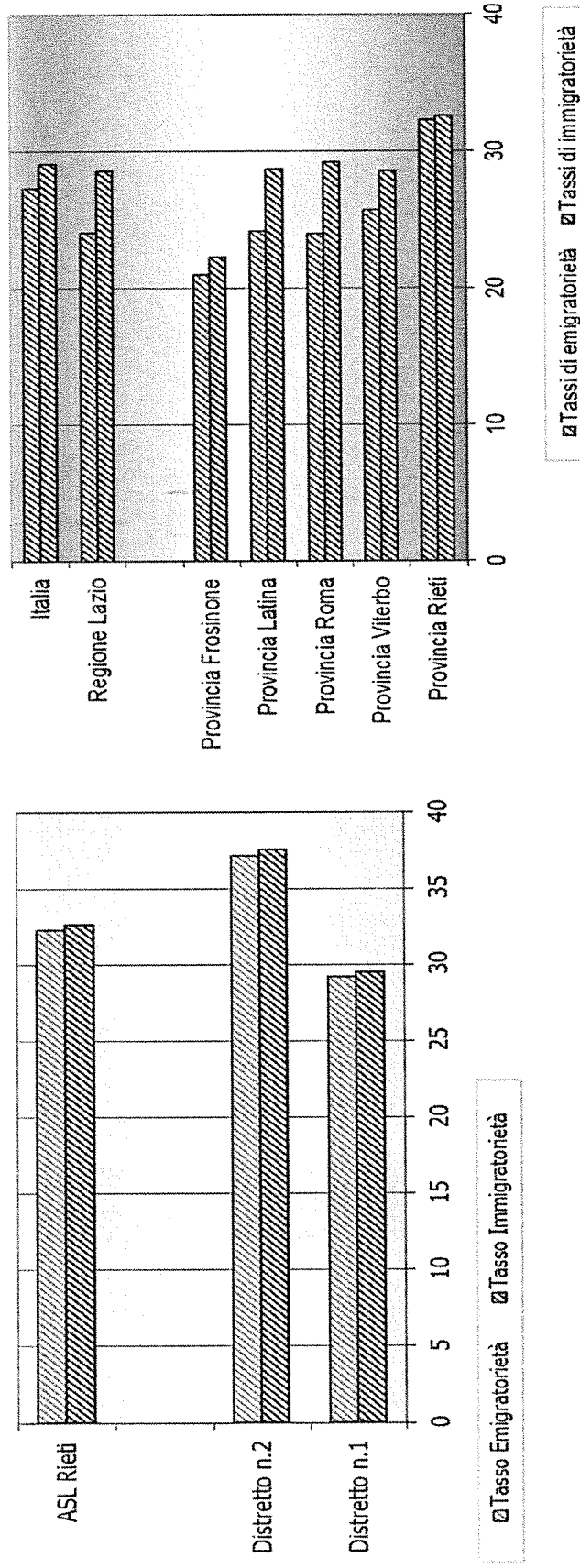
Se si analizzano le componenti demografiche **nascite, decessi e migrazioni** (dati anno 2014), si evidenzia che in ambito provinciale sono omogeneamente eccedenti i morti rispetto ai nati e che questa tendenza è particolarmente rilevante nel Distretto n.1, dove il tasso di mortalità risulta quasi doppio 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



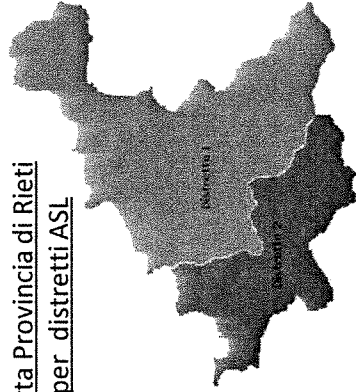
L'analisi della **componente migratoria** evidenzia che nella provincia di Rieti e nei distretti ASL i flussi migratori in **ingresso** ed in **uscita** quasi si equivalgono (lieve prevalenza degli immigrati rispetto agli emigrati). Si rileva comunque una maggiore dinamicità nel Distretto n.2 dove entrambi i tassi, di immigratorietà ed emigratorietà, superano il 37 per mille

Il confronto con altre realtà mostra come la provincia di Rieti registri tassi di migratorietà superiori sia a quelli delle altre province del Lazio sia a quelli che si rilevano in Italia.

Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA

Carta Provincia di Rieti
per distretti **ASL**

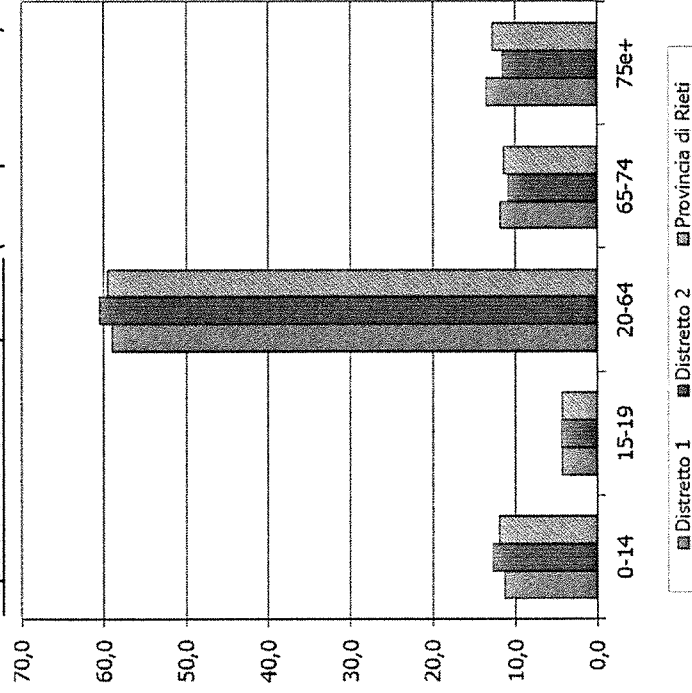


Rispetto alla struttura per età, la **popolazione reatina** (dati al 01/01/2015), risulta particolarmente **invecchiata**. Infatti i residenti ultrasessantacinquenni sono pari al 24,1% in Provincia, con lieve variabilità a livello distrettuale (circa 25% nel Distretto n.1, circa 22% nel Distretto n.2). Queste percentuali sono più basse sia nella Regione Lazio che in Italia (20,7% e 21,7% rispettivamente)

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	8.350.877	813.176	18.930	10.970	7.960
15-19	2.853.772	264.372	6.987	4.243	2.744
20-64	36.193.664	3.596.419	94.697	57.006	37.691
65-74	6.499.646	610.906	18.148	11.403	6.745
75e+	6.670.820	607.552	20.219	13.028	7.191
Totale	60.568.779	5.892.425	158.981	96.650	62.331
Classi età	Italia	Regione Lazio	Provincia Rieti	Distretto n.1	Distretto n.2
0-14	13,8%	13,8%	11,9%	11,4%	12,8%
15-19	4,7%	4,5%	4,4%	4,4%	4,4%
20-64	59,8%	61,0%	59,6%	59,0%	60,5%
65-74	10,7%	10,4%	11,4%	11,8%	10,8%
75e+	11,0%	10,3%	12,7%	13,5%	11,5%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Popolazione residente per età (valori percentuali)



Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA

Indici di struttura della popolazione residente

Indicatore	Distretto n.1	Distretto n.2	Azienda USL Rieti	Regione Lazio	Provincia Roma	Provincia Latina	Provincia Viterbo	Provincia Frosinone
Indice di vecchiaia (rispetto all'intera popolazione)	25,3	22,4	24,1	20,7	20,4	19,7	22,8	21,4
Indice di vecchiaia (rispetto alla popolazione 0-14 anni)	222,7	175,1	202,7	149,8	145,4	140,7	181,3	166,8
Indice di carico di figli per donna feconda	21,3	22,7	21,9	24,7	25,1	24,9	22,7	22,7

Gli indici di struttura, al 01/01/2015, nel confronto geografico con le altre province del Lazio, confermano gli **elevati livelli di invecchiamento** della Provincia di Rieti.

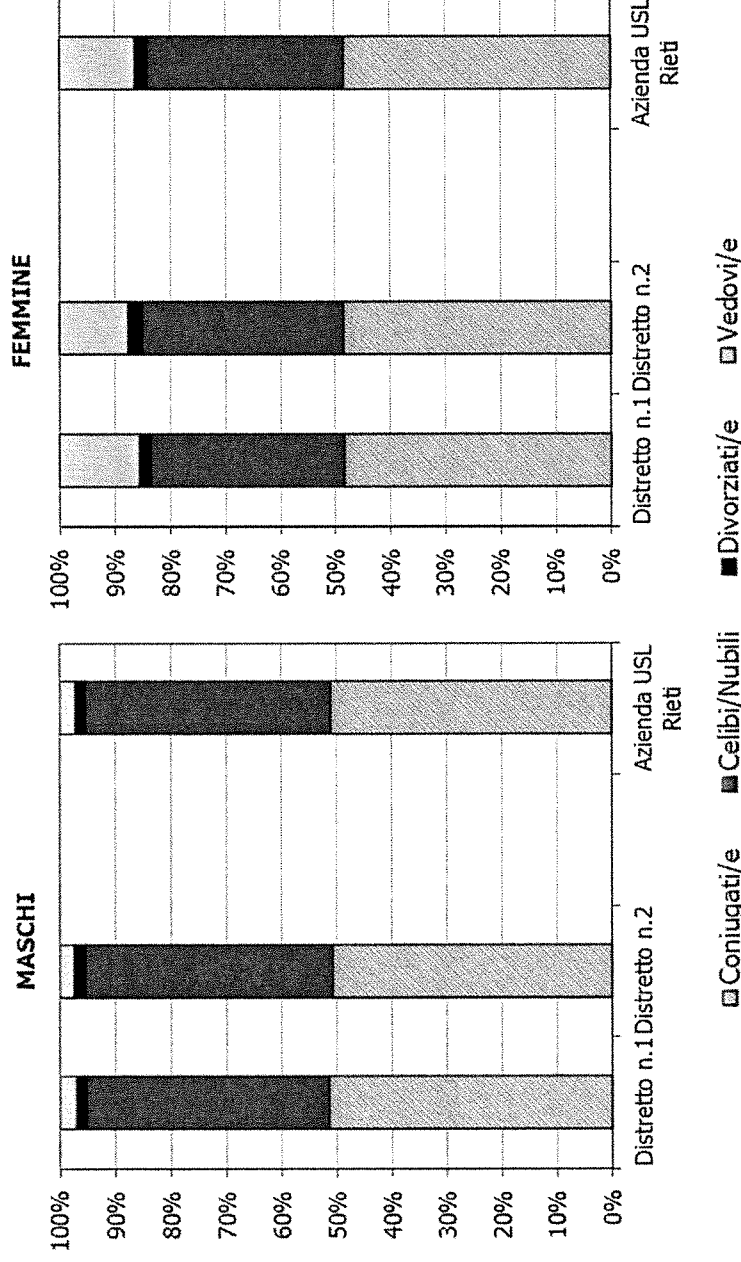
L'analisi in ambito provinciale evidenzia come l'invecchiamento della popolazione del reatino sia riconducibile, in particolare, alla situazione demografica del Distretto n.1 che presenta un indice di vecchiaia molto elevato (pari al 222,7%), un'alta percentuale di ultrasessantacinquenni (superiore al 25% dell'intera popolazione), un indice di carico di figli per donna feconda che supera di poco il 21%.



Segue..

ANALISI DEMOGRAFICA

Popolazione residente per stato civile



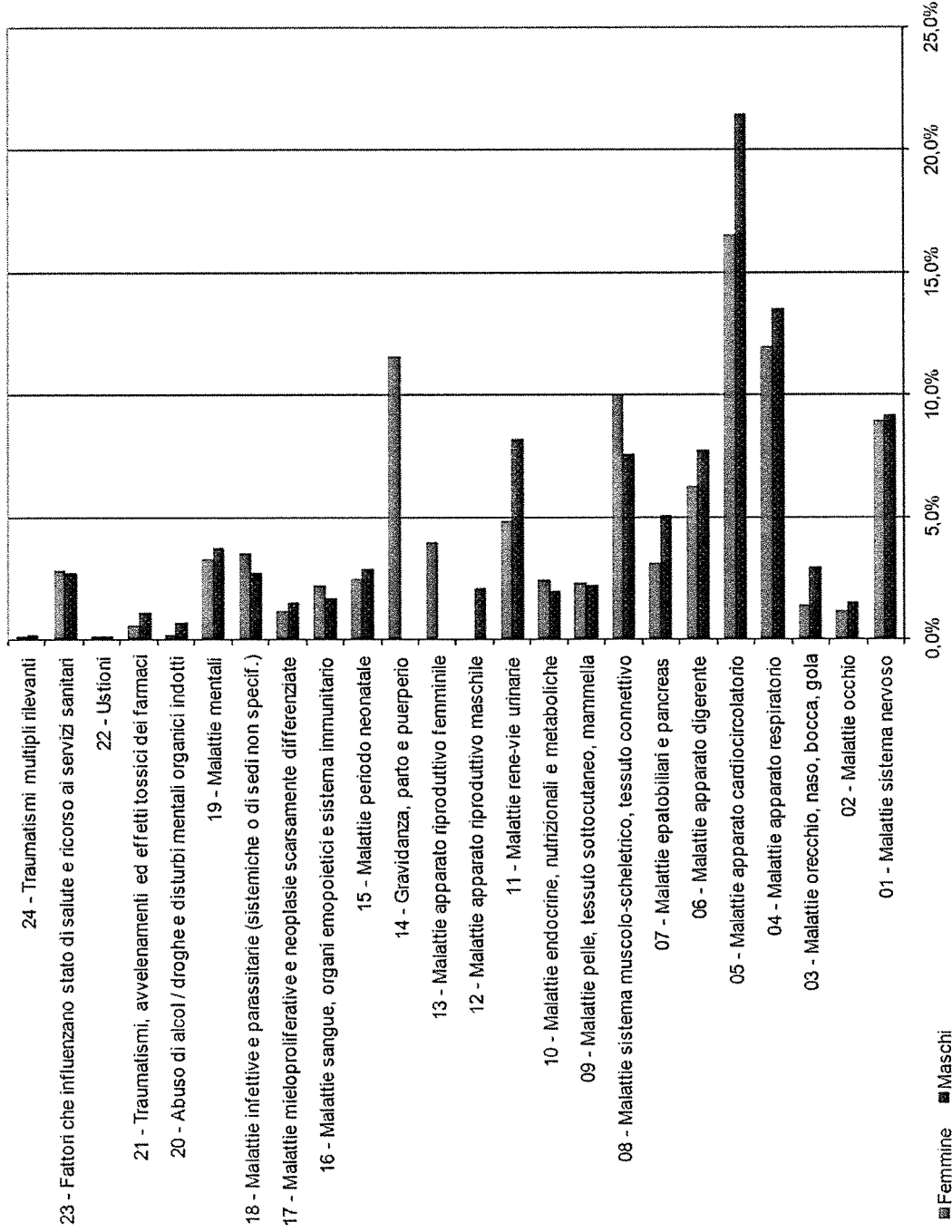
L'invecchiamento demografico provinciale è riscontrabile anche dall'analisi della struttura della popolazione, provinciale e distrettuale, per stato civile, dalla quale si rileva un'elevata presenza di vedove, circa il 15% (14% nel Distretto n.1 e 12% nel Distretto n.2), mentre la percentuale di vedovi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

ANALISI EPIDEMIOLOGICA



ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Ricoveri in regime ordinario dei residenti nella Provincia di Rieti, per MDC - anno 2015



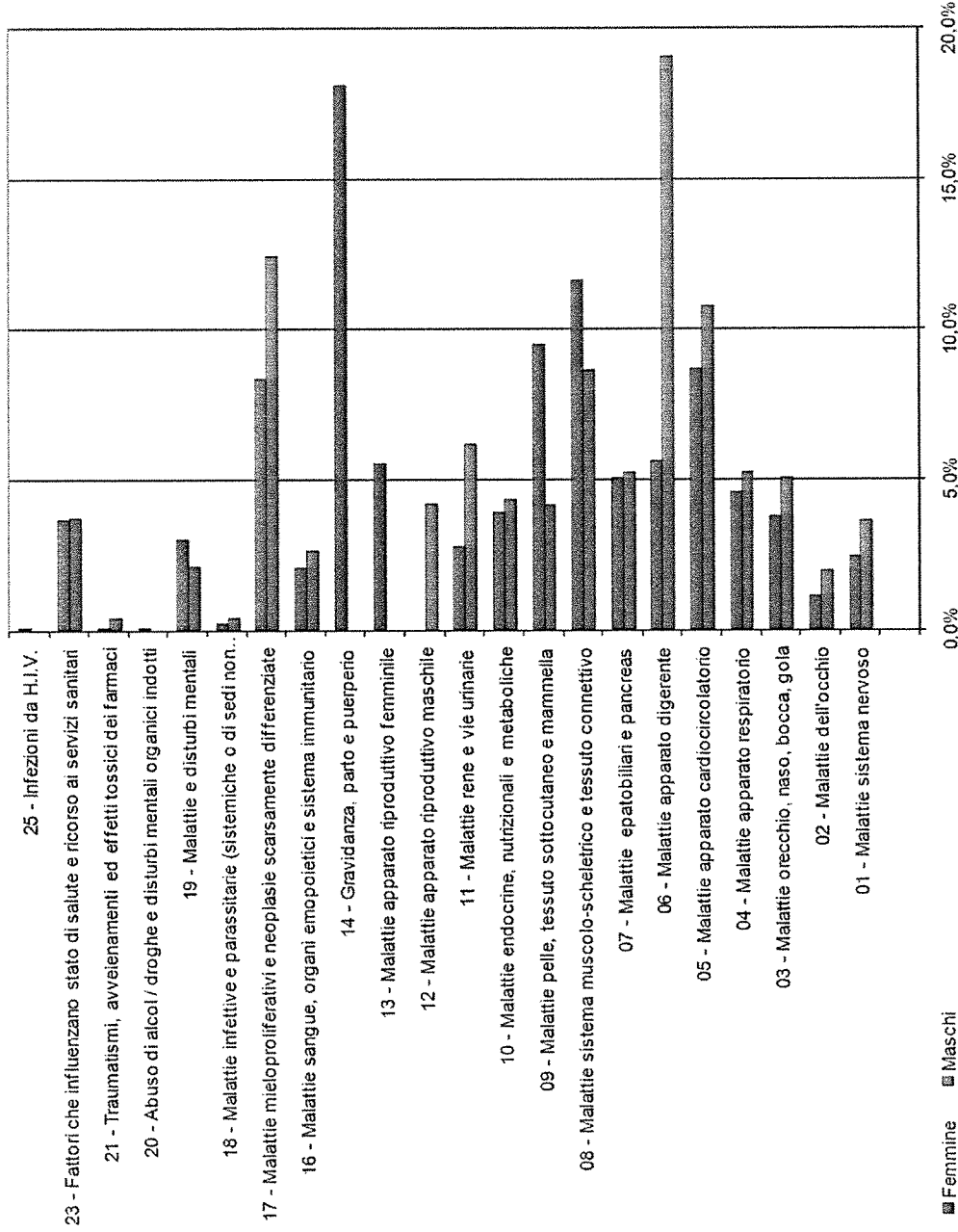
Nell'analisi dei ricoveri in regime ordinario dei residenti, per MDC (categorie diagnostiche principali), sono più frequenti le malattie ed i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, dell'apparato respiratorio, del sistema nervoso, del sistema muscolo-scheletrico, dell'apparato digerente, del rene e delle vie urinarie.

■ Femmine ■ Maschi

Segue..

ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Ricoveri in regime DH dei residenti nella Provincia di Rieti, per MDC - anno 2015



Dall'analisi dei ricoveri in regime di Day Hospital dei residenti nella provincia di Rieti, per MDC, si rileva la maggiore frequenza delle malattie dell'apparato digerente (in particolare per la popolazione maschile), del sistema muscolo-scheletrico, dell'apparato cardiocircolatorio, di pelle - tessuto sottocutaneo e mammella e delle neoplasie ematologiche, oltre al parto, gravidanza e puerperio per le femmine.

Segue..

ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Dall'analisi dei dati di **mortalità** relativi al 2013 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** e quelle dell'apparato **digerente**.

In particolare, le **patologie neoplastiche**, quelle che causano il maggior numero di decessi nei residenti di **sesso maschile** (30% circa dei decessi nei maschi) sono i tumori di trachea - bronchi - polmoni, del colon-retto e della prostata. Nelle **femmine** invece, assumono particolare rilievo i tumori della mammella, del colon-retto, di trachea - bronchi - polmoni, dello stomaco e di utero-ovaie.

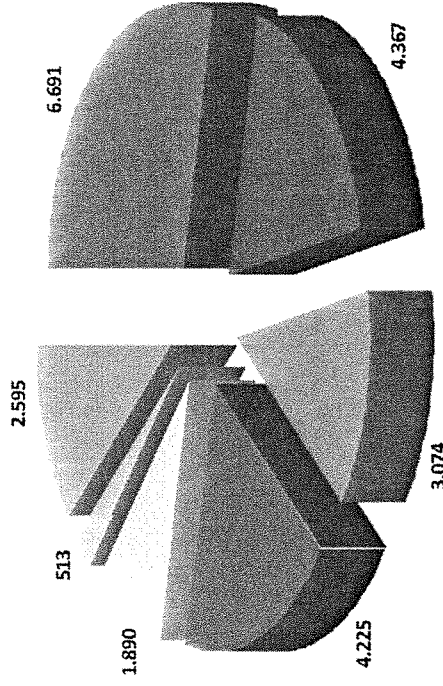
Entrando nel dettaglio delle **malattie cardiocerebrovascolari**, quelle che causano il maggior numero di decessi nei residenti di ambo i sessi sono le malattie del cuore, quelle ischemiche in particolare, le malattie cerebro-vascolari e l'ipertensione arteriosa.

Segue..

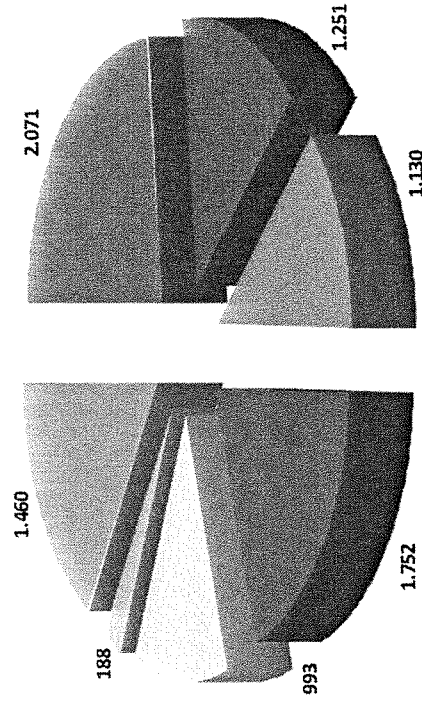
ANALISI EPIDEMIOLOGICA

Esenzioni per patologia nei Distretti ASL Rieti

Distretto 1 Rieti, Antrodoto, S.Elpidio



Distretto 2 Salario-Mirtense



Per quanto riguarda le patologie che determinano il maggior numero di **esenzioni** per forme morbose nella provincia di Rieti, dall'analisi dei dati al 01/01/2014, risultano essere l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, le patologie cardiocerebrovascolari, le neoplasie maligne, le malattie del sistema digerente e le patologie tiroidee.

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/day surgery per patologie che non necessitano di ricovero ordinario, dall'altro la necessità di un progressivo **spostamento dell'offerta**

dall'ospedale al territorio ove si intende incrementare l'assistenza sanitaria in generale e riabilitativa in particolare, necessaria in una popolazione tanto invecchiata e dispersa.

Segue..

ANALISI DELLA MOBILITA'



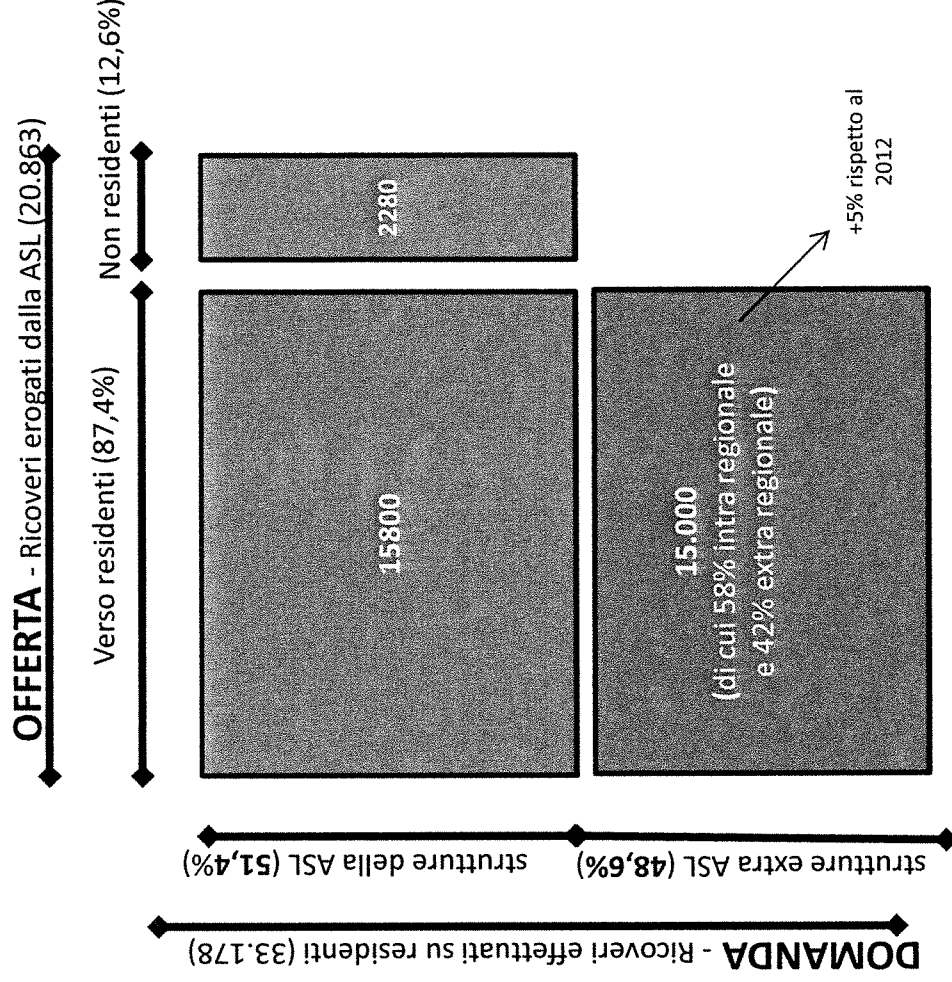
ANALISI DELLA MOBILITÀ

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..

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

ANALISI DELLA MOBILITA' – Mobilità Attiva

L'Azienda di Rieti nel 2015 ha erogato **2.155 ricoveri per pazienti non residenti** (mobilità attiva), che rappresentano il 13% circa **dei ricoveri** complessivi dell'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 **Medicine insieme all'Ortopedia e all'Urologia** sono quelle a maggior tasso di mobilità attiva.

La mobilità attiva è prevalentemente intra-regionale (85% circa).

La mobilità extra-regionale riguarda pazienti che provengono per circa il 45% dei casi 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.



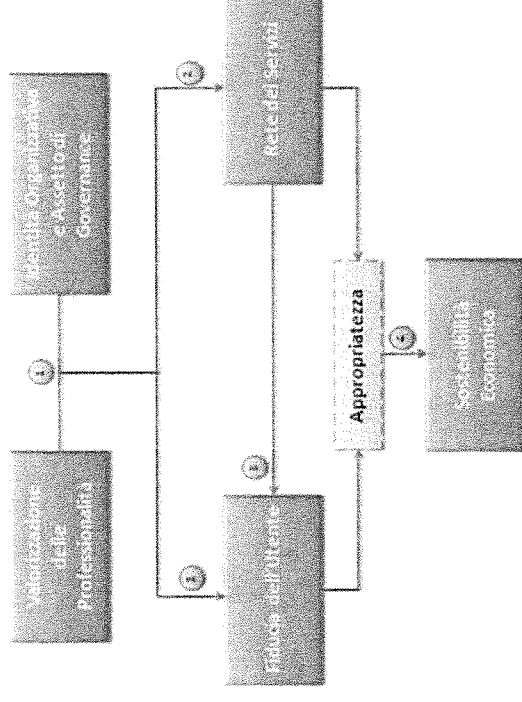
Segue..

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..

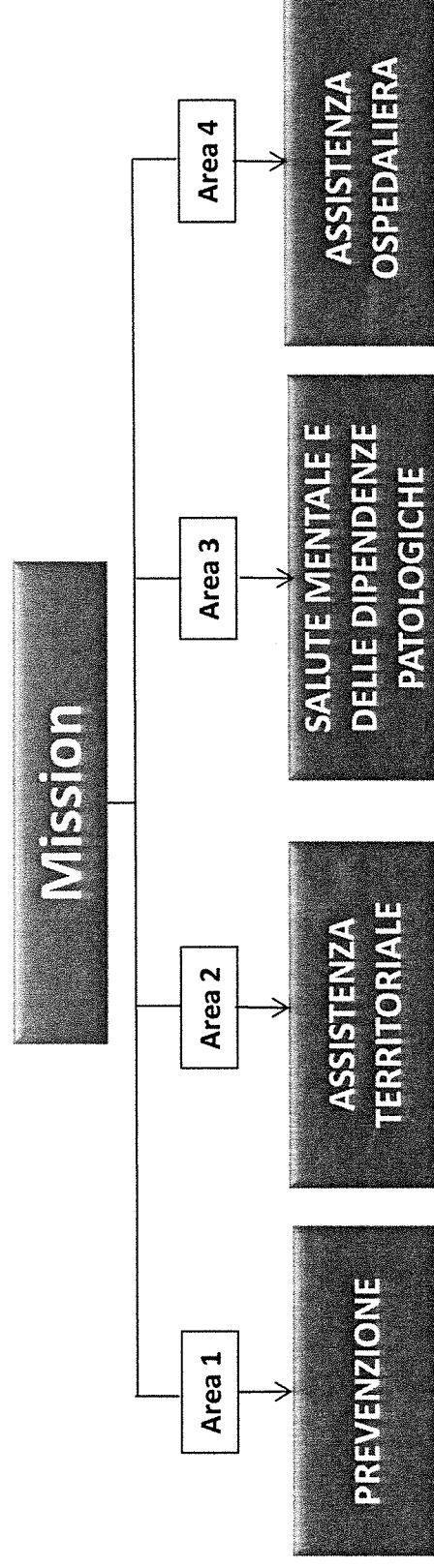
ALBERO DELLA PERFORMANCE

- 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 4 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

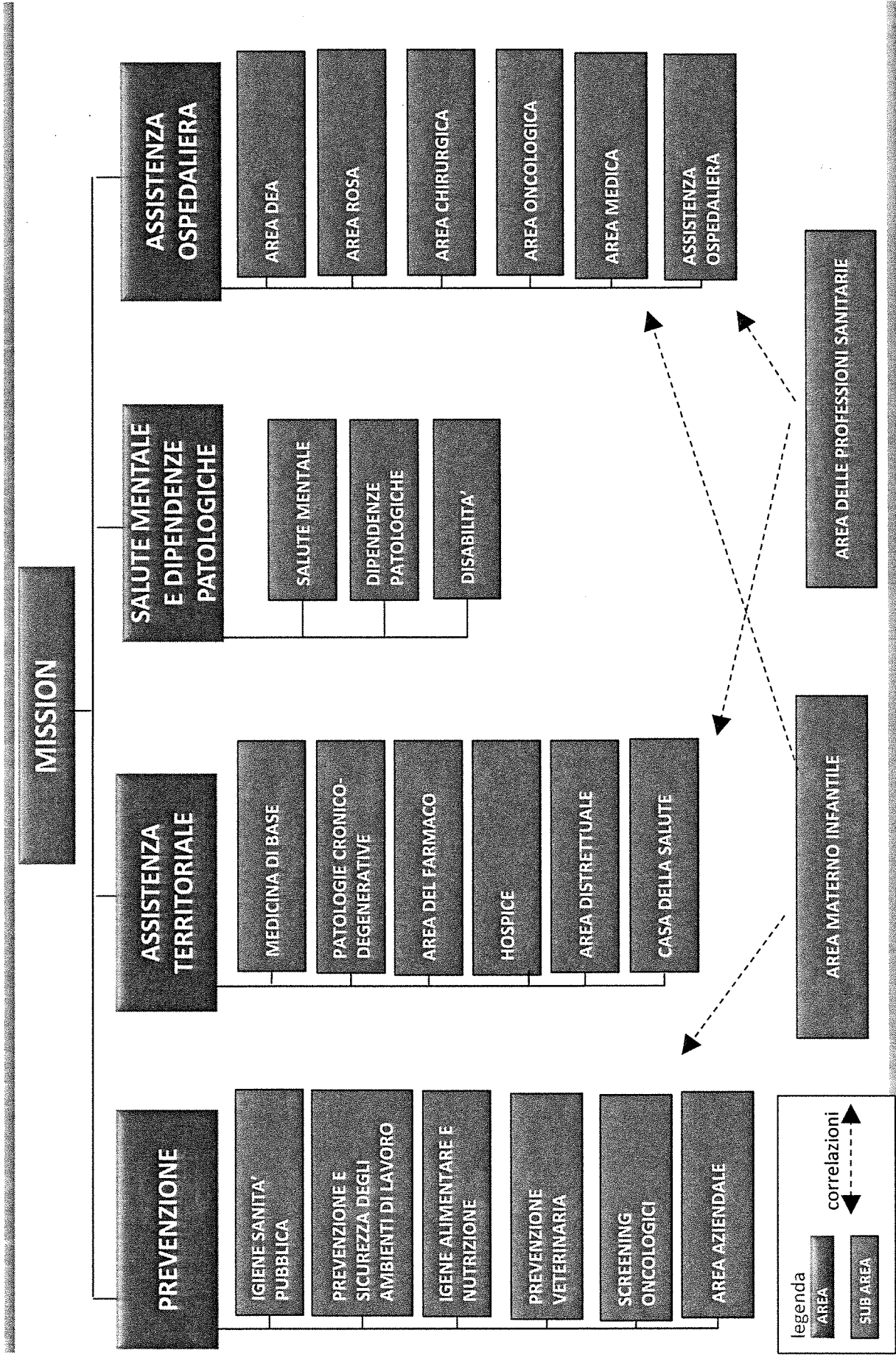
In allegato A, invece, è riportata la tabella di dettaglio contenente:

- area strategica,
- sub area,
- obiettivo strategico,
- le modalità di calcolo,
- il valore dell'indicatore per il periodo di piano 2016-2018,
- il valore del benchmark di riferimento, laddove esistente, e la sua fonte.

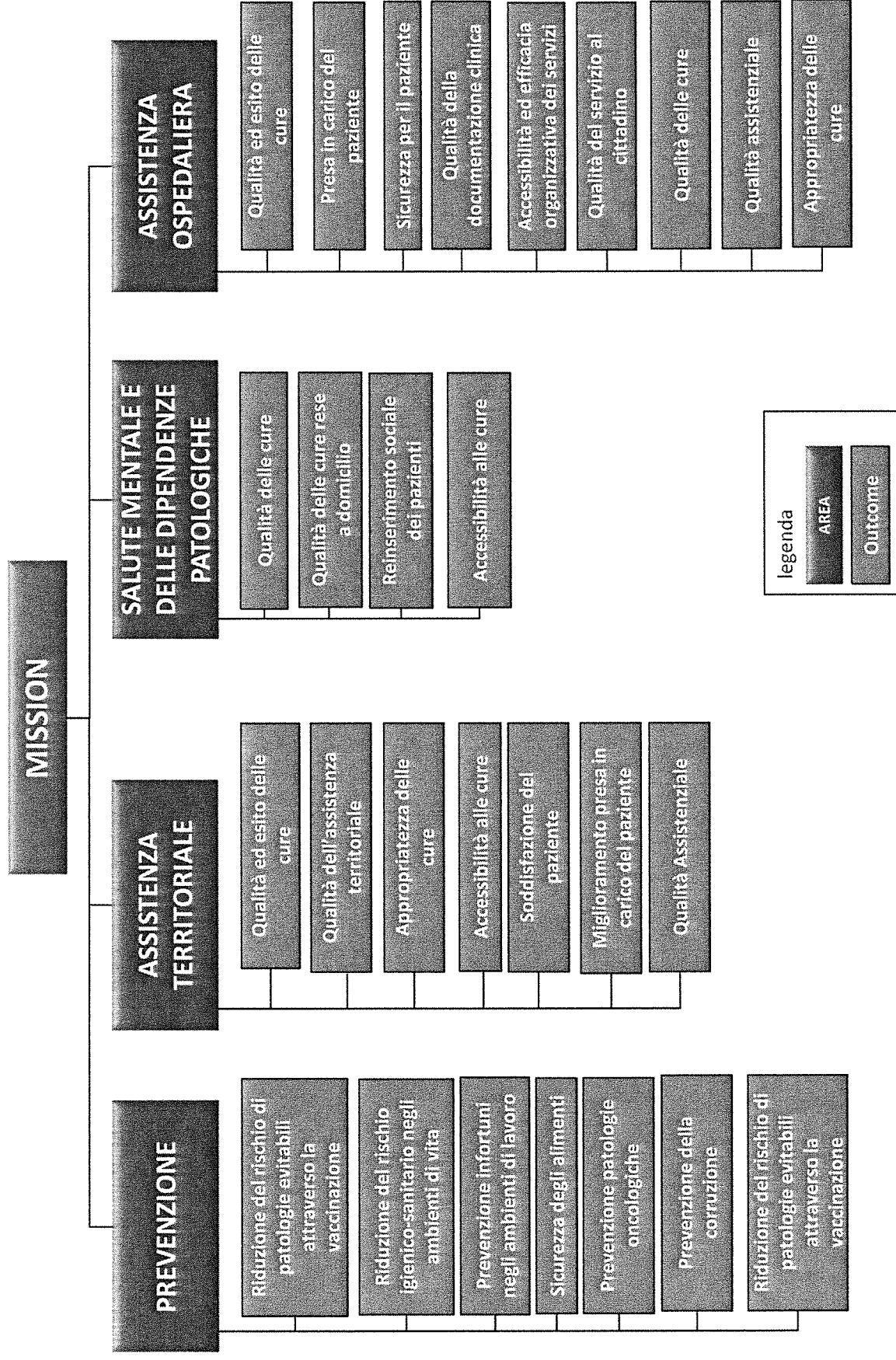
In merito al benchmark di riferimento, dall'anno scorso l'Azienda ha introdotto degli indicatori di esito delle cure tratti dal P.Re.Val.E. (Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari). Tali indicatori riportano come dato di riferimento il Rischio Relativo (RR), ovvero il rapporto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



ALBERO DELLE PERFORMANCE - Aree e Sub-aree Strategiche



ALBERO DELLE 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



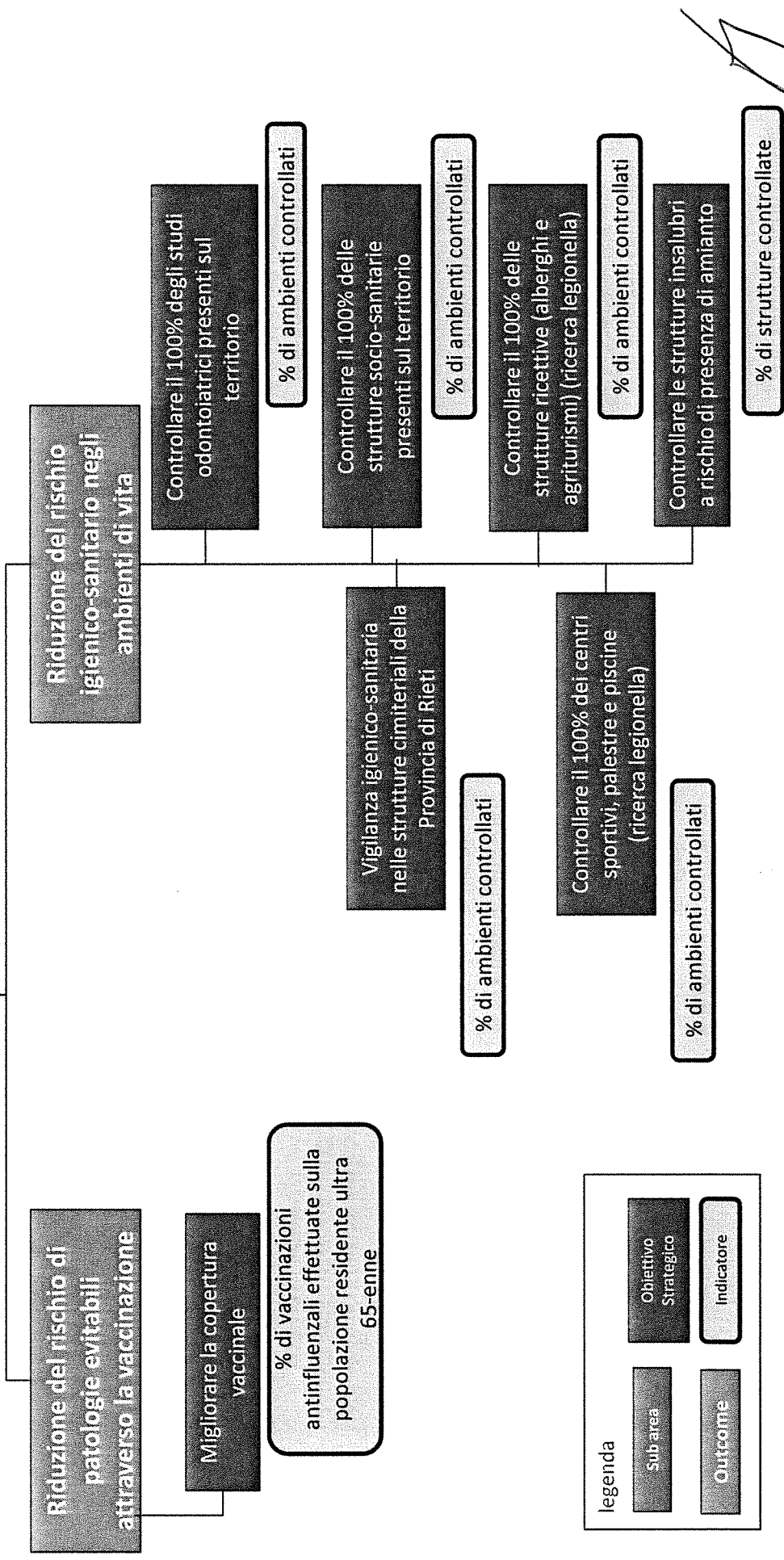
AREA MATERNO
INFANTILE

PRINCIPALI SFIDE

- ✓ Aumento della copertura vaccinale degli ultra 65nni
- ✓ Aumento dell'adesione alle campagne di screening mammografico, cervico-uterino e colon-retto
- ✓ Aumentare la copertura vaccinale per MPR
- ✓ 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



legenda

Sub-area	Obiettivo Strategico
Outcome	Indicatore



AREA 1 – PREVENZIONE

PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro

Fornire assistenza ai datori di lavoro

% di copertura delle vaccinazioni antitetaniche richieste dai datori di lavoro, secondo la vigente normativa, per i lavoratori esposti a rischio

% di richieste di Piani di Lavoro prese in carico entro 15 gg

Fornire assistenza ai datori di lavoro e ai lavoratori

% di richieste di ricorsi avversi in giudizio del medico competente presi in carico entro 20gg

Monitorare il livello di sicurezza negli ambienti di lavoro

% di aziende del comparto edilizia vigilate, in linea con i LEA

% di aziende del comparto agricoltura vigilate, in linea con i LEA

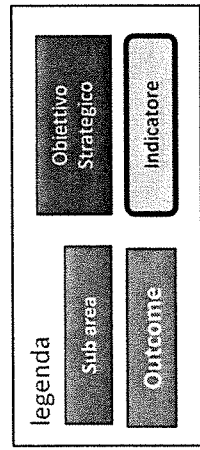
% di aziende afferenti a tutti i comparti vigilate, in linea con i LEA

AREA AZIENDALE

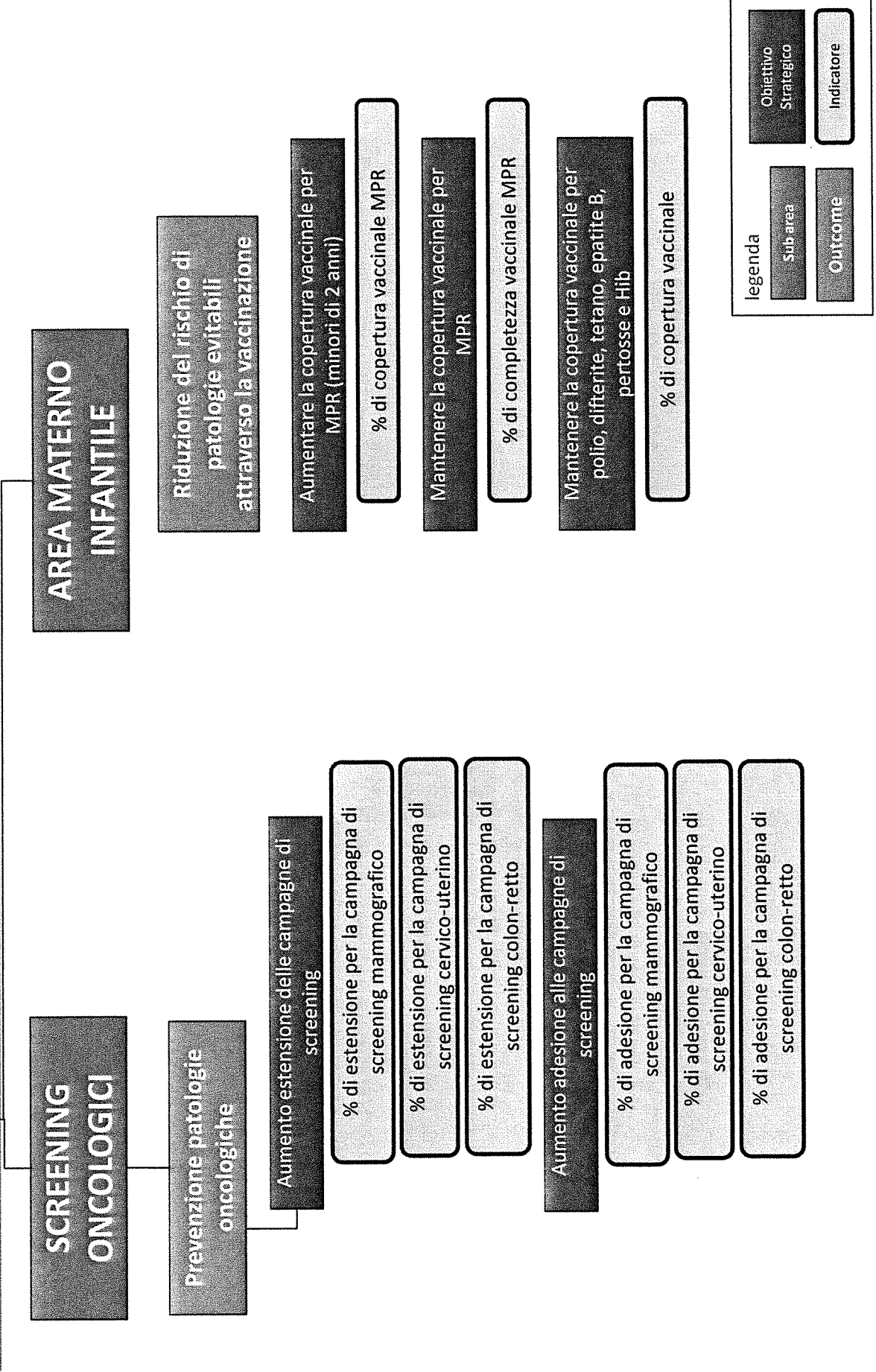
Prevenzione della corruzione

Migliorare la cultura della prevenzione della corruzione

% di rispetto degli adempimenti previsti nel Piano Aziendale di Prevenzione della Corruzione



AREA 1 – PREVENZIONE



legenda

Sub-area	Obiettivo Strategico
Outcome	Indicatore

AREA 1 – PREVENZIONE

IGIENE ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE

PREVENZIONE VETERINARIA

Sicurezza degli alimenti

Monitoraggio potabilità dell'acqua

% dei punti prelievo di acqua controllati

Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione (PRIC)

% campionamenti effettuati

Controllo su campionamenti negli alimenti di origine vegetale (ricerca fitosanitari)

% campionamenti effettuati

Attuare i Piani di bonifica Sanitaria al fine di evitare zoonosi attraverso la profilassi di Stato - Controllo zoonosi (BRC, TBC)

% allevamenti controllati

Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale

% di strutture di macellazione a basso rischio

Controlli per contaminazione degli alimenti

% dei campionamenti analizzati

legenda

Sub area

Obiettivo Strategico

Outcome

Indicatore

AREA 2 – ASSISTENZA TERRITORIALE

CASA DELLA SALUTE

PATOLOGIE CRONICO-
DEGENERATIVE

AREA DEL FARMACO

HOSPICE

AREA DISTRETTUALE

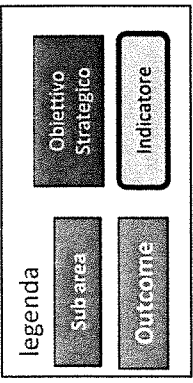
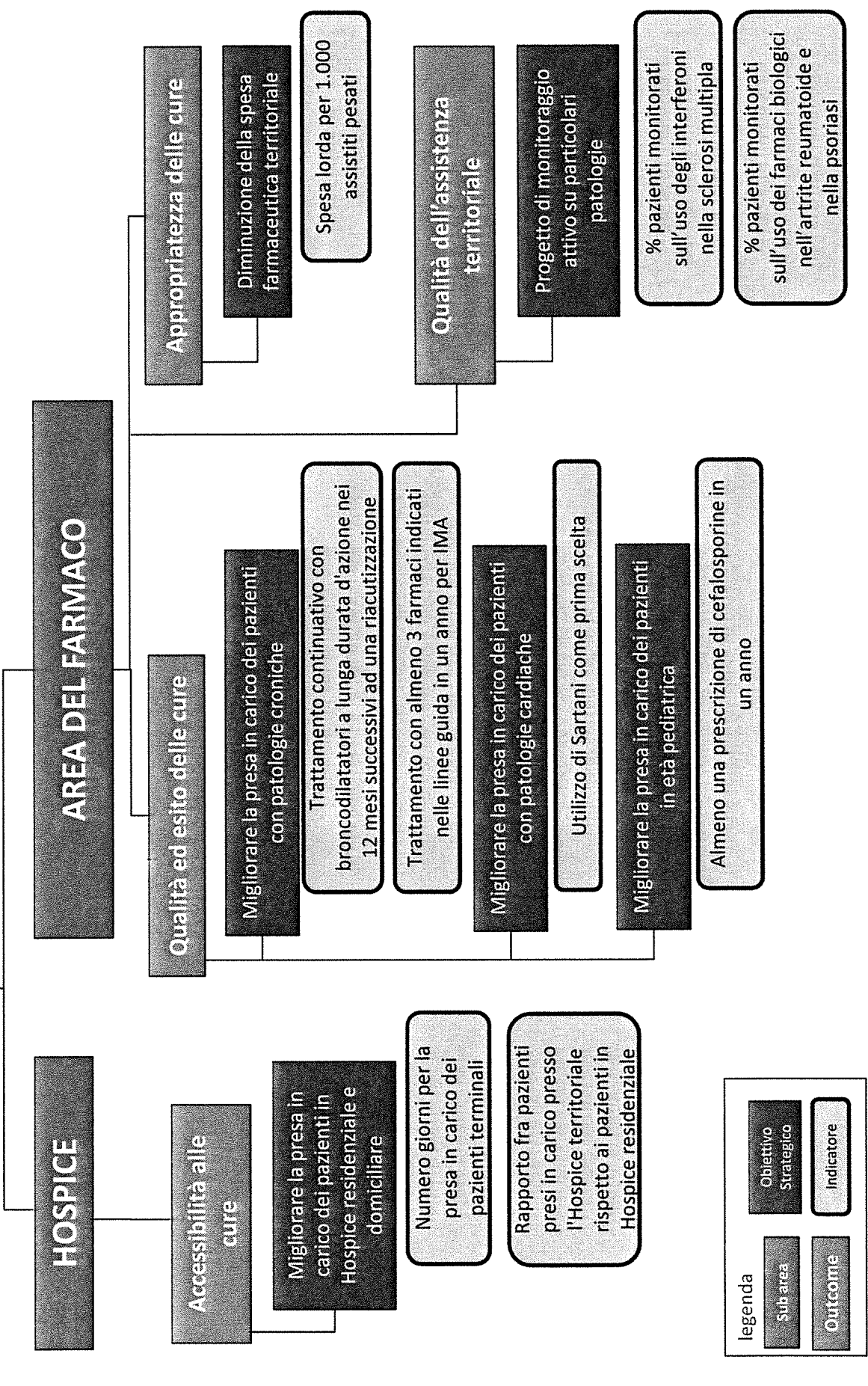


AREA DELLE PROFESSIONI
SANITARIE

PRINCIPALI SFIDE

- ✓ Miglioramento della presa in carico dei pazienti cronici (in particolare Diabete, Scompenso cardiaco, BPCO) anche attraverso le Case della Salute
- ✓ Riduzione della spesa farmaceutica territoriale
- ✓ 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
- ✓ Migliorare la presa in carico dei pazienti ultra 65nni in ADI
- ✓ Migliorare la presa in carico dei pazienti in Hospice (residenziale e domiciliare)
- ✓ Migliorare l'appropriatezza prescrittiva

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 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 broncopneumopatia cronica ostruttiva in regime ordinario in pazienti con BPCO

Ospedalizzazione per colecistectomia laparoscopica

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

Qualità dell'assistenza territoriale

Riduzione del tasso di ospedalizzazione globale

Tasso di Ospedalizzazione per ricoveri ordinari

legenda

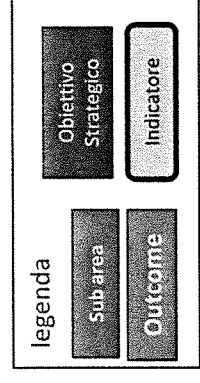
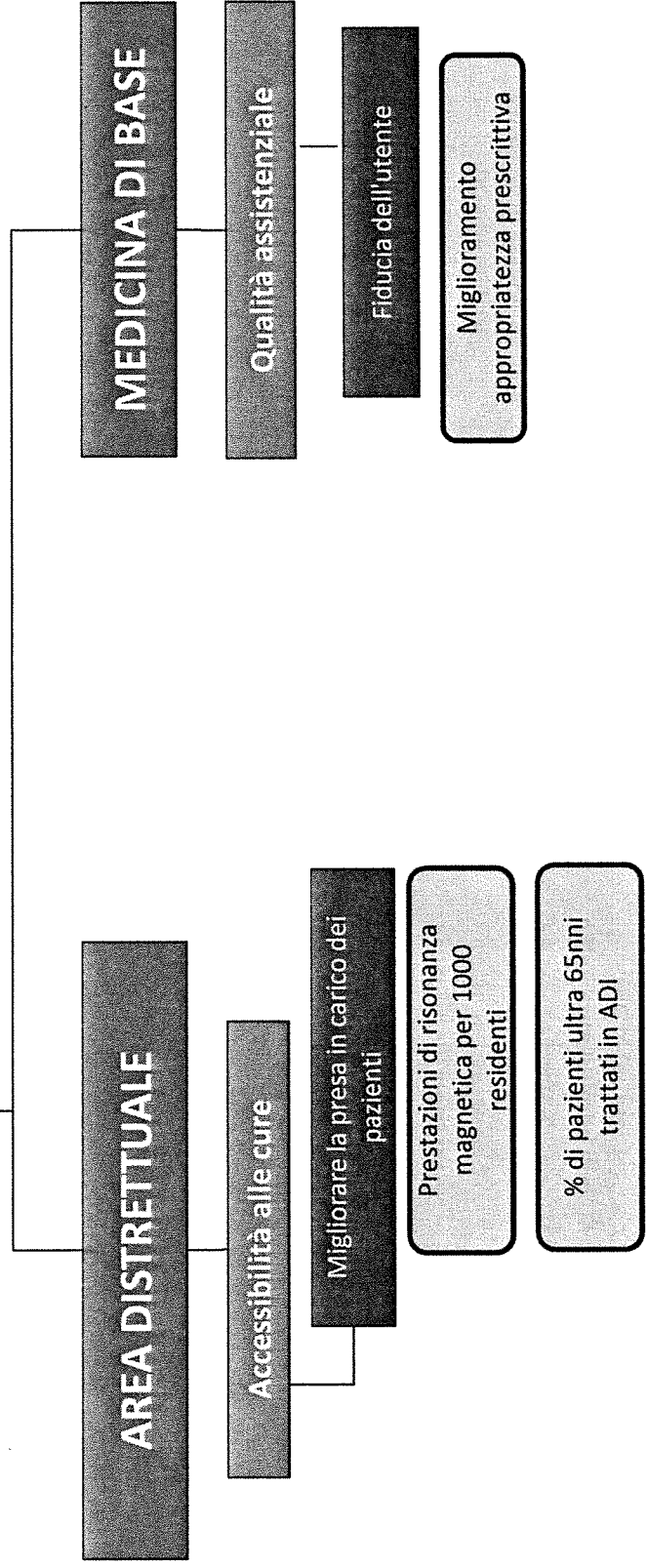
Sub area

Outcome

Obiettivo Strategico

Indicatore

AREA 2 – ASSISTENZA TERRITORIALE



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

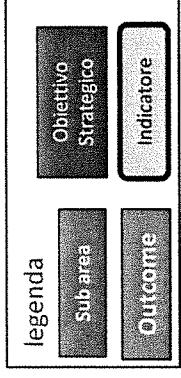
Almeno una visita oculistica in un anno

AREA PROFESSIONI SANITARIE

Soddisfazione del paziente

Aumentare la soddisfazione del paziente nelle strutture territoriali

% soddisfazione dell'utente



AREA 3 – SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

SALUTE MENTALE

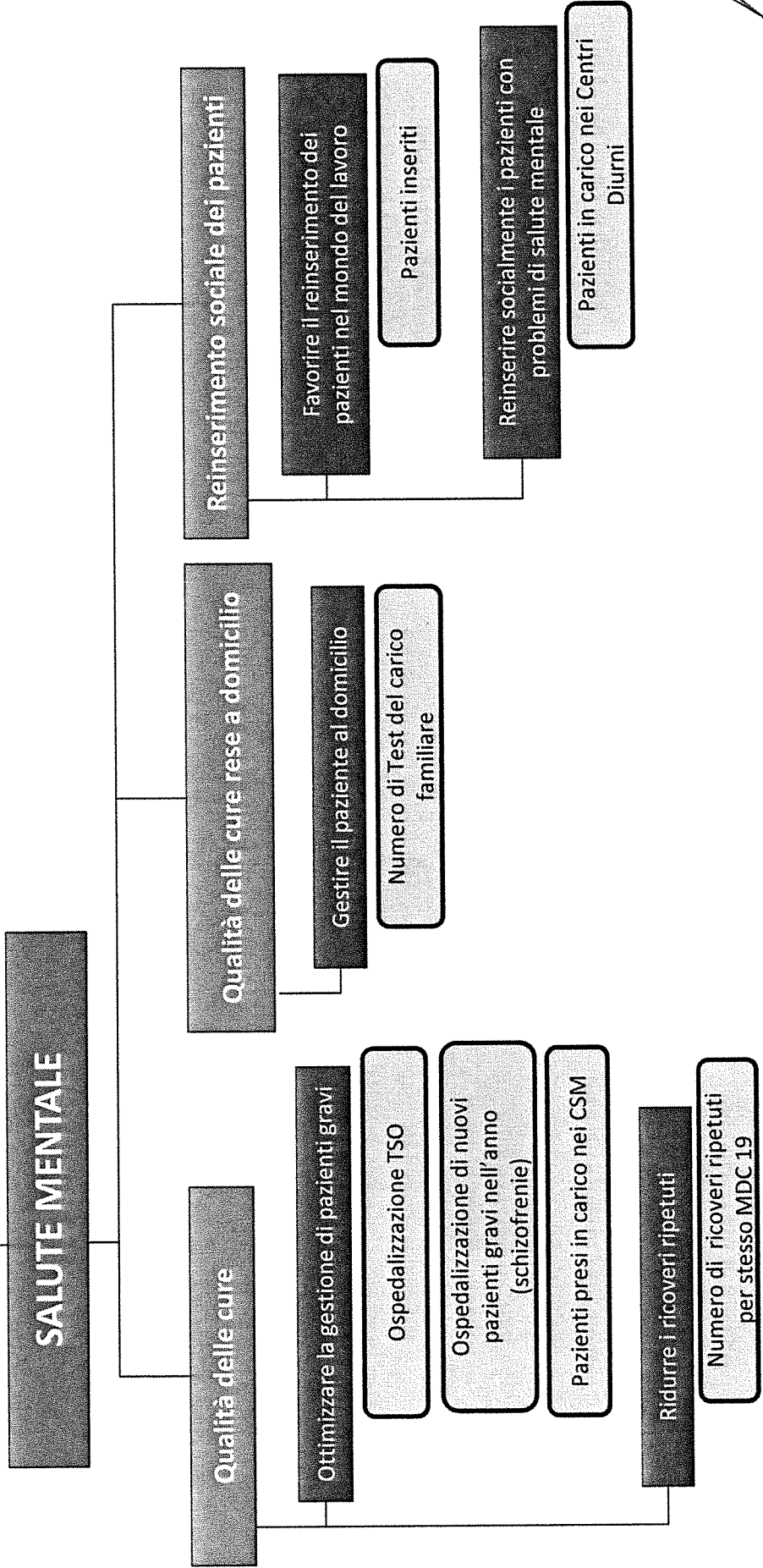
DIPENDENZE PATOLOGICHE

DISABILITA'

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
- ✓ Potenziamento dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto
- ✓ Aumentare il livello di fiducia nei confronti del servizio assistenziale dell'Azienda
- ✓ Migliorare il tempo intercorso fra prima visita e presa in carico per psicomotricità e logopedia

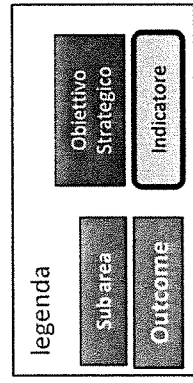
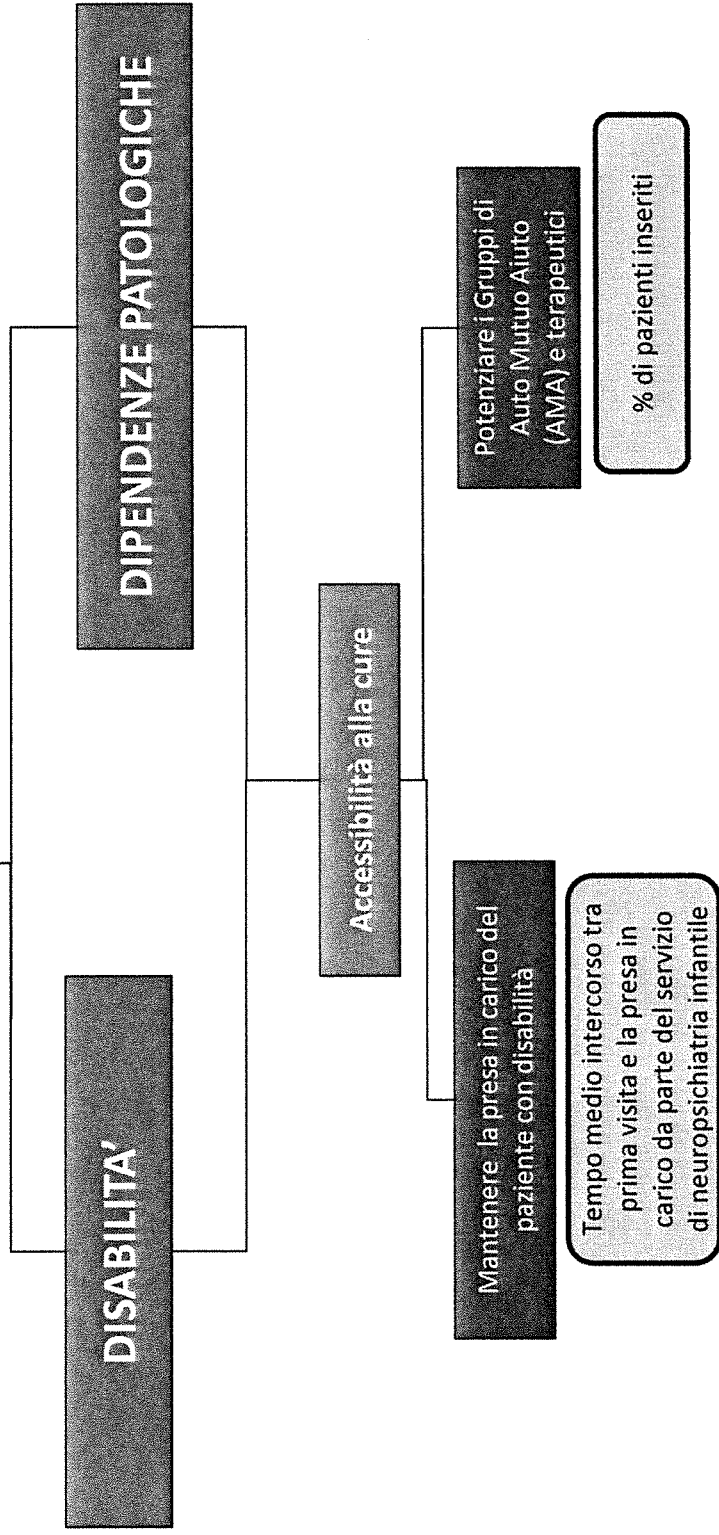
AREA 3 – SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE



M

legenda	
Sub area	Obiettivo Strategico
Outcome	Indicatore

AREA 3 – SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE



AREA 4 – ASSISTENZA OSPEDALIERA

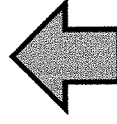
AREA DEA

AREA ROSA

AREA CHIRURGICA

AREA ONCOLOGICA

AREA MEDICA



AREA DELLE PROFESSIONI
SANITARIE

AREA MATERNO INFANTILE

PRINCIPALI SFIDE

- ✓ Miglioramento dell'assistenza per i pazienti in Pronto Soccorso
- ✓ Attivazione Stroke Unit e monitoraggio pazienti in trombolisi
- ✓ Gestione appropriata dei pazienti nell'area Week e Long Surgery e corretta gestione delle liste operatorie per classi di priorità
- ✓ Attivazione area medica multidisciplinare per intensità di cure
- ✓ Diminuire la mobilità passiva per parti attraverso un recupero della fiducia dell'utente e riduzione dei parti cesarei
- ✓ Miglioramento della sicurezza del paziente
- ✓ Miglioramento esito degli interventi chirurgici
- ✓ Aumento di procedure chirurgiche
- ✓ Miglioramento esito delle cure in emergenza
- ✓ Miglioramento dei tempi d'attesa per prestazioni critiche
- ✓ Aumento ricoveri con DRG chirurgico
- ✓ Aumento dell'attrazione di prestazioni chirurgiche specialistiche

AREA 4 – ASSISTENZA OSPEDALIERA

AREA ROSA

Qualità delle cure

Riduzione dei parti cesarei

% di parti cesarei

Qualità Assistenziale

Aumentare il livello di fiducia nei confronti del servizio assistenziale della ASL attraverso la riduzione dei parti in mobilità passiva

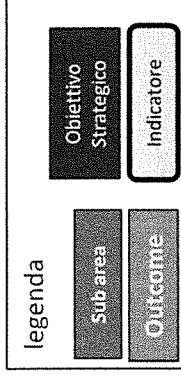
% di parti in mobilità passiva

AREA MATERNO INFANTILE

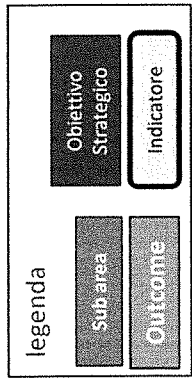
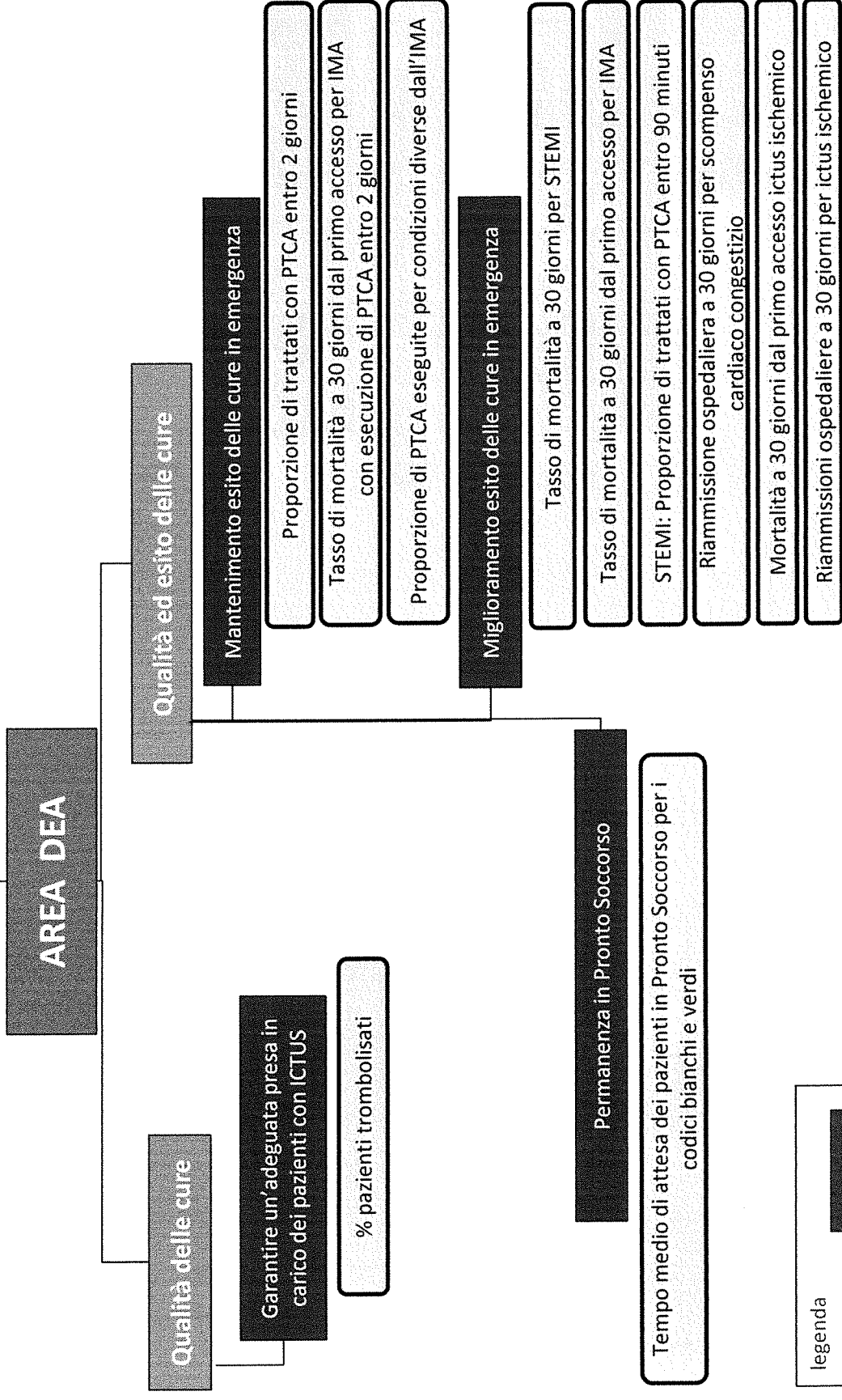
Qualità ed esito delle cure

Migliorare la presa in carico del paziente in età pediatrica

Ospedalizzazione per gastroenterologia pediatrica



AREA 4 – ASSISTENZA OSPEDALIERA



AREA 4 – 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

Mantenimento esito interventi chirurgici

% di pazienti (+65) con diagnosi principale frattura di femore operati entro 2 giorni

Aumentare l'attrazione di prestazioni chirurgiche specialistiche

% casi in mobilità attiva intra regionale

Aumento ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario

% di ricoveri con DRG chirurgico

legenda

Sub area

Outcome

Obiettivo Strategico

Indicatore

AREA 4 – ASSISTENZA OSPEDALIERA

AREA ONCOLOGICA

Qualità ed esito delle cure

Mantenimento fiducia dell'utente

Frequenza interventi per tumore alla mammella

Miglioramento esito interventi chirurgici

Mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore stomaco

Mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore colon

Mortalità a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore rene

Riammissione a 30 giorni per intervento chirurgico per tumore prostata

AREA MEDICA

Qualità delle cure

Appropriatezza delle cure

% di re-ricovero

Miglioramento esito delle cure in emergenza

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

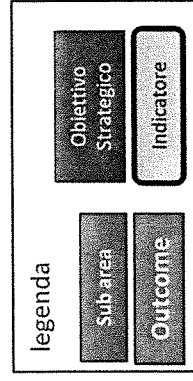
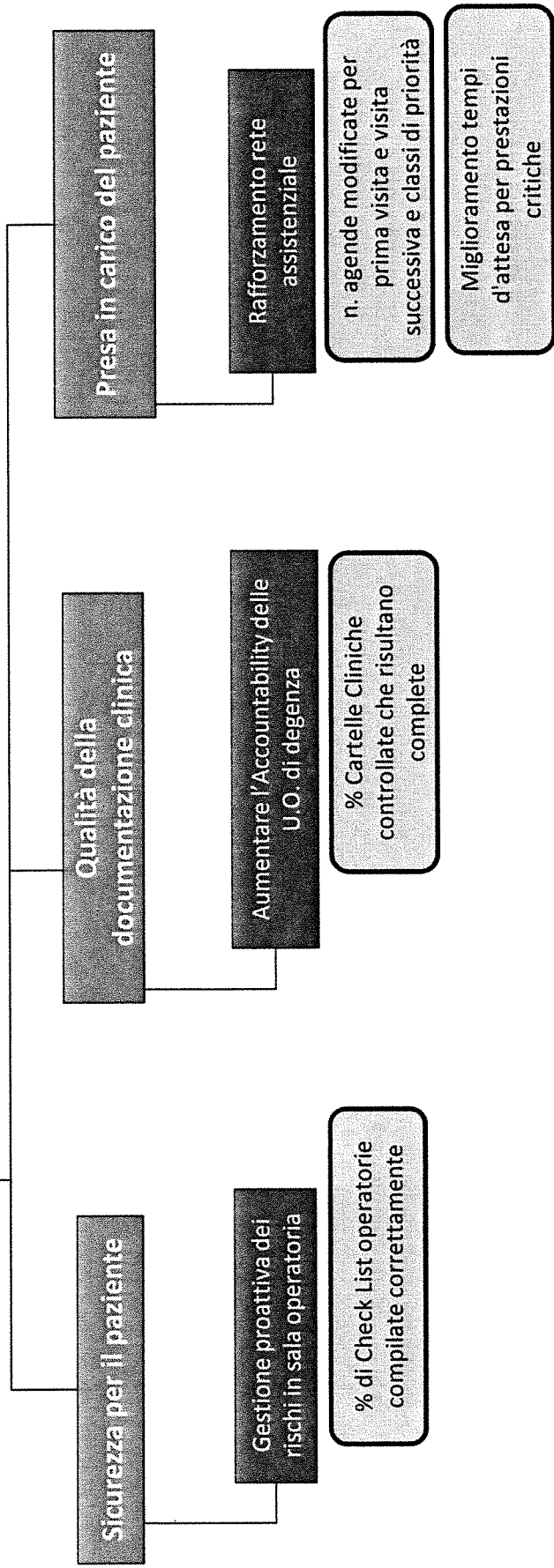
Sub-area

Outcome

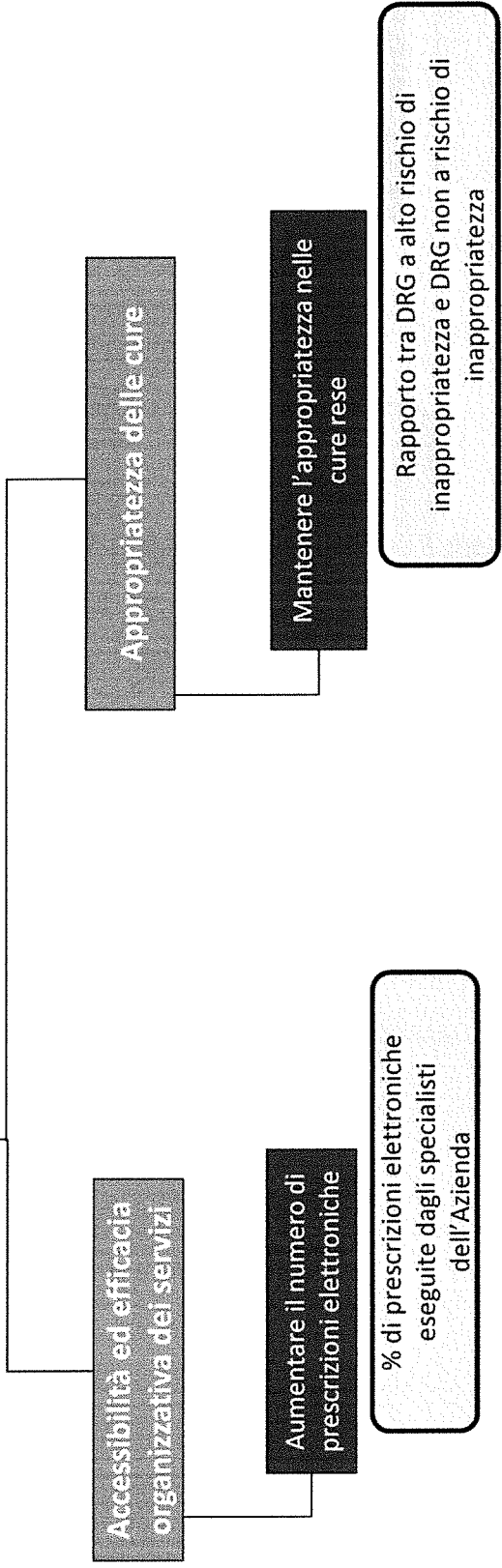
Obiettivo Strategico

Indicatore

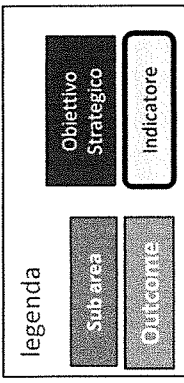
AREA 4 – ASSISTENZA OSPEDALIERA



AREA 4 – ASSISTENZA OSPEDALIERA

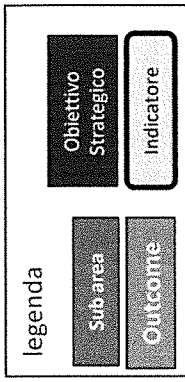
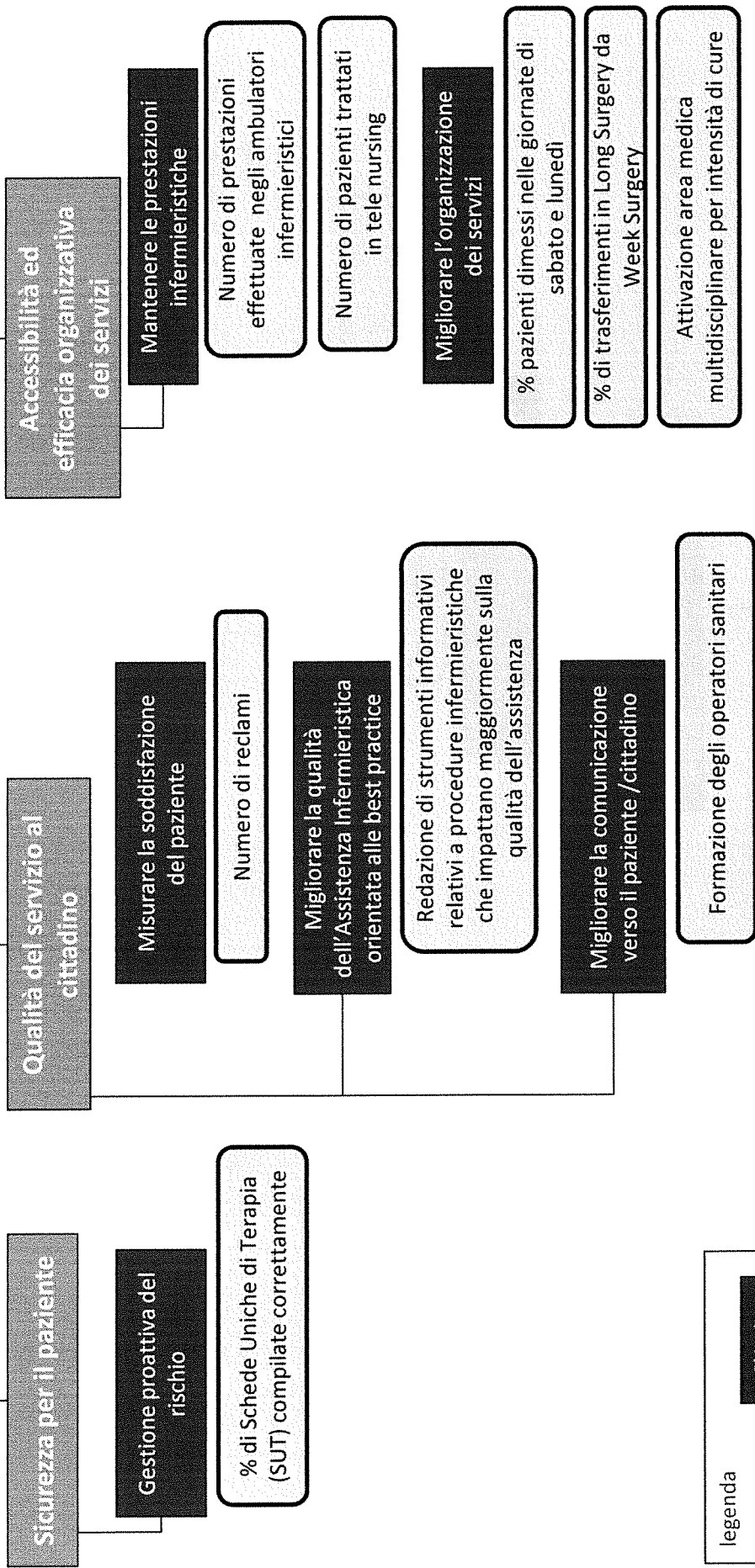


A



AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA

AREA PROFESSIONI SANITARIE



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;



COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

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, 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