

**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 f.f.: Dott. Adalberto Festuccia**

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

(Art. 8, comma 7, L.R. 18/1994)

Deliberazione n° 91/DC del 31.01.2014

**STRUTTURA PROPONENTE: SVILUPPO STRATEGICO ED ORGANIZZATIVO**

**Oggetto:** Aggiornamento Piano della Prestazione e dei Risultati 2014-2016

L'Estensore:  
*Dr. Giacinto Di Gianfilippo*

*Il Responsabile del procedimento*  
(*Dr. Giacinto Di Gianfilippo*)

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

data 31/01/14

*Il Dirigente*  
(*Dr. Giacinto Di Gianfilippo*)

Il Direttore dell'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 \_\_\_\_\_

*Dott. Luciano Quattrini*

**Parere del Direttore Amministrativo**



favorevole



non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 31/1/14

Firma \_\_\_\_\_

*Dott. Adalberto Festuccia*

**Parere del Direttore Sanitario**



favorevole



non favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 31/1/14

Firma \_\_\_\_\_

*Dr. Pietro Scanzano*

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

**IL RESPONSABILE DELL'UNITA' OPERATIVA COMPLESSA "SVILUPPO  
STRATEGICO ED 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;

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 Deliberazione n. 152/DG del 14.02.2013 è stato aggiornato il Piano della Prestazione e dei Risultati per gli anni 2013-2015;
- con Leggi Regionali:
  - o n. 2 del 29 aprile 2013 è stata approvata la Legge Finanziaria 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

CONSIDERATO che:

- il Piano della Prestazione e dei Risultati:

- vuole esplicitare il legame esistente tra i bisogni della collettività, la Mission istituzionale dell'Azienda, gli obiettivi che la stessa intende perseguire attraverso le proprie articolazioni organizzative;
  - ha lo scopo di potenziare il sistema di governo integrato aziendale, favorire la cultura della performance e della valutazione, accrescere il senso di responsabilità, di appartenenza e di identità degli operatori dell'Azienda chiamati a condividere il progetto comune di soddisfare i bisogni di salute della collettività;
  - con la sua pubblicazione sul sito web aziendale rappresenta un'opportunità di confronto con i cittadini e le Istituzioni sull'operato dell'Azienda allo scopo di migliorare le attività e rispondere in modo sempre più confacente alle attese dell'utente;
- la contingente situazione economica della Regione Lazio non consente di sviluppare una programmazione in crescita della attività a causa del pesante debito pubblico;
  - il blocco totale delle assunzioni ed il costante ed inesorabile collocamento a riposo del personale per sopraggiunti limiti di età, nel corso degli anni passati, ma anche in quelli a venire renderà necessario concentrare l'attenzione su poche e selezionate priorità;

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

ATTESTANDONE la legittimità ed utilità per il servizio pubblico;

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

### **PROPONE**

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

### **IL DIRETTORE GENERALE f.f.**

Preso atto:

- che i Dirigenti proponenti il presente provvedimento sottoscrivendolo attestano che lo stesso, a seguito della istruttoria effettuata, è, nella forma e nella sostanza, 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;
- che il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo, con la sottoscrizione dello stesso;

## DELIBERA

- DI APPROVARE e far propria la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- DI DARE MANDATO alla UOC "Controllo di Gestione" di avviare il Processo di budget anno 2014;
- DI DARE MANDATO alla UOC "Sviluppo Strategico e Organizzativo" di provvedere all'aggiornamento e ripubblicazione del Piano della Prestazione e dei Risultati sul sito aziendale non appena saranno disponibili i dati di consuntivo anno 2013;
- DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art.32, comma 1, della legge 18/09/2009, n. 69 e del D.Lgs 14/03/2013 n. 33;
- DI DICHIARARE il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art. 30 della L.R. n. 18/1994 e s.m.i. e degli artt. 21 e 22 della L. 45/1996

IL DIRETTORE GENERALE f.f.  
Dott. Adalberto Festuccia



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 <u>31 GEN. 2014</u>	In data	In data

Della suesposta Deliberazione viene iniziata la pubblicazione il 31 GEN. 2014

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 31 GEN. 2014

IL FUNZIONARIO

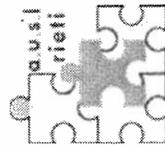
*Antonio Furlan*

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

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



# Piano della Prestazione e dei Risultati 2014-2016 - 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
  - ❖ Articolazione dell'Azienda USL di Rieti
  - ❖ Assetto Organizzativo Aziendale, Organigramma, Macrofunzioni, I Meccanismi Operativi, Il Governo Clinico

### L'Amministrazione "in cifre"

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

### Analisi del contesto

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

### Albero della Performance

- Mission
- Albero della Performance

### Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance

- Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
- Azioni per i miglioramento del ciclo di gestione della performance

## Presentazione del Piano

---

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

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

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

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

## Presentazione del Piano

---

### *Finalità del Piano*

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

Il Piano ha lo scopo di *potenziare* il sistema di governo integrato aziendale, *favorire* la cultura della *performance* e della *valutazione*, *accrescere* il senso di responsabilità, di appartenenza e di identità degli operatori dell'Azienda chiamati a condividere un progetto comune:

***soddisfare i bisogni di salute della collettività.***

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

### *Limiti del Piano 2014-2016*

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

Il presente Piano, pertanto, recepisce in modo “*consapevole*” le difficoltà economiche del momento. Ciononostante, con sforzi riorganizzativi e con l’impegno personale di tutta “la squadra Azienda”, si lavora per mantenere/migliorare le attività aziendali in termini sia qualitativi che di volumi di attività. L’Azienda provvede ad aggiornare il piano annualmente e tutte le volte in cui fattori esterni richiedono una riprogrammazione delle attività.

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

---

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

---

# **FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE**

---

N

## FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo e Pil (miliardi di euro) 2005-2011*						
Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	Spesa / Pil	Finanziamento/Pil	Disavanzo/Pil
2005	96,785	91,060	-5,725	6,8%	6,4%	0,40%
2006	99,615	95,131	-4,483	6,7%	6,4%	0,30%
2007	103,805	100,095	-3,709	6,7%	6,5%	0,24%
2008	107,138	103,669	-3,469	6,8%	6,6%	0,23%
2009	109,669	106,409	-3,260	7,2%	7,0%	0,22%
2010	111,168	108,842	-2,326	7,2%	7,0%	0,14%
2011	112,889	111,110	-1,779	7,1%	7,0%	0,11%

Fonte: [www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/paginaInternaProgrammazioneSanitariaELea.jsp?menu=dati&id=1396&lingua=italiano](http://www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/paginaInternaProgrammazioneSanitariaELea.jsp?menu=dati&id=1396&lingua=italiano)

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

**Segue..**

\* Ultimo dato disponibile

## FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

---

La spesa complessiva effettiva del SSN ammonta a 112,889 miliardi di euro (7,1% del PIL).

L'incremento percentuale della spesa complessiva del SSN a livello nazionale rispetto al 2010 è pari a 1,4%. Tale spesa nel 2010 era cresciuta dell'1,1% e nel 2009 del 2,8%.

La spesa media pro-capite nazionale anno 2011 è di 1.862 euro. A livello territoriale si riscontra un'ampia variabilità, con il valore minimo di 1.704 euro della Calabria e i valori massimi, oltre 2.000 euro, della Valle d'Aosta, di Bolzano, del Friuli Venezia Giulia, di Trento, della Liguria e del Molise.

Le risorse destinate al finanziamento del SSN per l'anno 2011 ammontano complessivamente a 111.110 miliardi di euro. Il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attesta al 7,0 %, valore pari a quello dell'anno precedente. L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del SSN a livello nazionale e regionale rispetto al 2010 è dell'1,8%, mentre l'anno precedente era del 2,2%. Ciò sconta le manovre introdotte dal legislatore che hanno portato ad una rideterminazione al ribasso del livello del finanziamento del SSN a carico dello Stato.

Il riparto delle risorse porta a garantire un finanziamento medio pro-capite nazionale anno 2011 pari a 1.833 euro, con un minimo di 1.732 euro in Campania ad un massimo di 2.366 euro in Valle d'Aosta.

## **FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE**

---

Si evidenzia un miglioramento dei risultati di gestione a livello nazionale per l'anno 2011 (perdita complessiva netta del SSN di 1.779 miliardi di euro ) rispetto all'anno 2010, in cui il disavanzo sanitario nazionale era stato pari a 2.206 miliardi di euro.

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

**Segue..**



## FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

La spesa sanitaria della Regione per il funzionamento del sistema sanitario è aumentata del 3,7% dal 2007 al 2011, passando da 10,9 a 11,3 miliardi di euro. Le risorse attribuite nel 2011 ammontano a 10,6 miliardi di Euro, con un incremento del 11,3% rispetto al 2007.

REGIONE LAZIO			
Andamento Spesa, Finanziamento e Disavanzo (miliardi di euro)			
2007 -2011			
Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo
2007	10.877	9.494	-1.383
2008	11.084	9.552	-1.532
2009	11.315	10.049	-1.266
2010	11.191	10.358	-833
2011	11.280	10.572	- 708

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

## FRAMEWORK ECONOMICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

---

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

Tale azione di risanamento continuerà anche in futuro, per l'effetto congiunto della riduzione delle risorse disponibili derivanti dalla *Spending*

*Review* e per effetto dell'invecchiamento della popolazione.

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

---

# **CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti**

---



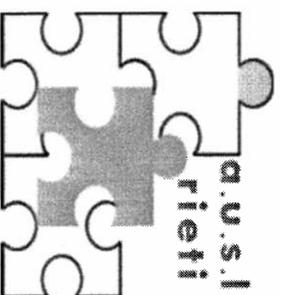
## CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda **USL di Rieti**

---

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](http://www.asl.rieti.it)**

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato :



**Segue..**

## **CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti**

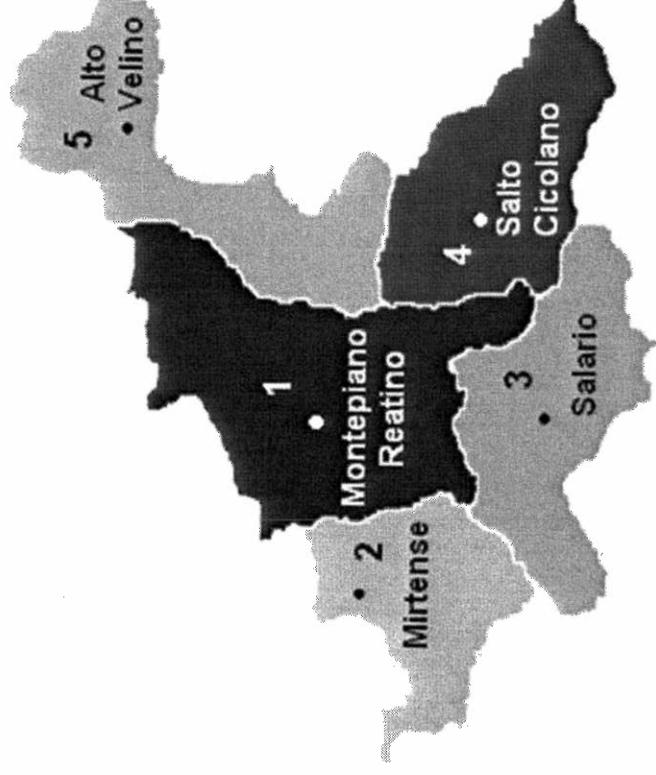
---

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

Il territorio comprende 73 comuni in un’area di 2.749 Km<sup>2</sup>, ed è organizzato nei seguenti **cinque**

### **Distretti:**

1. Distretto n. 1 – Montepiano Reatino
2. Distretto n. 2 – Mirtense
3. Distretto n. 3 – Salario
4. Distretto n. 4 – Salto Cicolano
5. Distretto n. 5 – Alto Velino



**Segue..**

## CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

---

Gestisce direttamente n. **368** posti letto per acuti presso **l’Ospedale San Camillo de Lellis** di Rieti, n. **8** posti letto per acuti presso il **Centro Clinico Assistenziale Distrettuale di Amatrice** e n. **2** posto letto di riabilitazione presso l’Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti come indicato nella seguente tabella:

Struttura	Posti letto per acuti *	Posti letto riabilitazione
Presidio Ospedaliero di Rieti	368	2 (DH)**
Centro Clinico Assistenziale Distrettuale di Amatrice	8	-

\*Nel numero dei posti letto sono compresi anche quelli di Day Hospital e Day Surgery.  
\*\* Il DCA 80/2010 ne prevede 15 di R.O. e 1 di D.H., ma l’Azienda non ha potuto attivarsi a causa della carenza di personale.

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

Segue..

# CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

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

## **Distretto n. 1 – Montepiano**

### **Reatino**

- Ospedale “San Camillo de Lellis” di Rieti
- Poliambulatorio AUSL – sede di Viale Matteucci
- Poliambulatorio Contigliano
- Poliambulatorio Leonessa
- Consultorio Rieti
- Consultorio Contigliano
- Consultorio Cittaducale
- Consultorio Leonessa
- U.T.R. Rieti

## **Distretto n. 2 - Mirtense**

- Centro Clinico Assistenziale Distrettuale “Marzio Marini” di Magliano Sabina
- Poliambulatorio Magliano S.
- Poliambulatorio Poggio Mirteto
- Consultorio Magliano S.
- Consultorio Poggio Mirteto
- U.T.R. Poggio Mirteto

## **Distretto n. 3 - Salario**

- Poliambulatorio Osteria Nuova
- Poliambulatorio Passo Corese
- Consultorio Passo Corese - Osteria Nuova
- U.T.R. Passo Corese – Osteria Nuova

## **Distretto n. 5 - Alto Velino**

- Centro Clinico Assistenziale Distrettuale “Francesco Grifoni” di Amatrice
- Poliambulatorio Antrodoto
- Consultorio Antrodoto
- U.T.R. Antrodoto

## **Distretto n. 4 - Salto-Cicolano**

- Poliambulatorio Fiumata
- Poliambulatorio S. Elpidio
- Consultorio Salto-Cicolano (Sede di Borgorose)
- U.T.R. Salto-Cicolano (Sede di Borgorose)

**Segue..**

## CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

L’Azienda USL di Rieti comprende le seguenti **strutture private “provvisoriamente accreditate”** nessuna delle quali è dotata di posti letto ad eccezione della RSA

“Santa Rufina” che risulta accreditata per 70 p.l. più 7 p.l. semiresidenziali:

### **Distretto n. 1 – Montepiano Reatino**

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

### **Distretto n. 2 - Mirtense**

- Centro Riabilitativo ex art. 26 L. 833/1978 “MONDO RIABILITAZIONE” s.r.l., Via A. Segoni, 4 – Collevechio

### **Distretto n. 3 - Salario:**

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

### **Distretto n. 4 - Salto-Cicolano:**

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

### **Distretto n. 5 - Alto Velino:**

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

Segue..

## CHI SIAMO – Articolazione dell’Azienda USL di Rieti

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

### Distretto n. 1 – Montepiano Reatino

- “RES MEDICA” s.r.l. (Centro Medico Specialistico), Viale Morroni 14/16 – Rieti;
- “Ria H riabilitazione” (Centro di Riabilitazione ex art.26 L. 833/78), Piazza Vittorio Bachelet, 22 – Rieti;
- Studio Medico “San Marco” (Studio Medico Polispecialistico), Via F.lli Sebastiani, 161 – Rieti;
- “Programma Salute” (Servizi Sanitari Privati), Viale Morroni, 18 - Rieti ;
- Istituto Fisioterapico “DAVINCI”, Via Labro,7 – Rieti;
- “Senilia” srl, Via Salaria per Roma Km 64.00 – Rieti.

### Distretto n. 2 - Mirtense

- Analisi Cliniche “Forano”, Loc. Pozzolane, 5/A – Forano;
- Analisi Cliniche “Bianchetti G&D”, Via Marconi, 109 – Casperia;
- RSA Long Care Cirene, Loc. S. Egidio – Torri in Sabina.

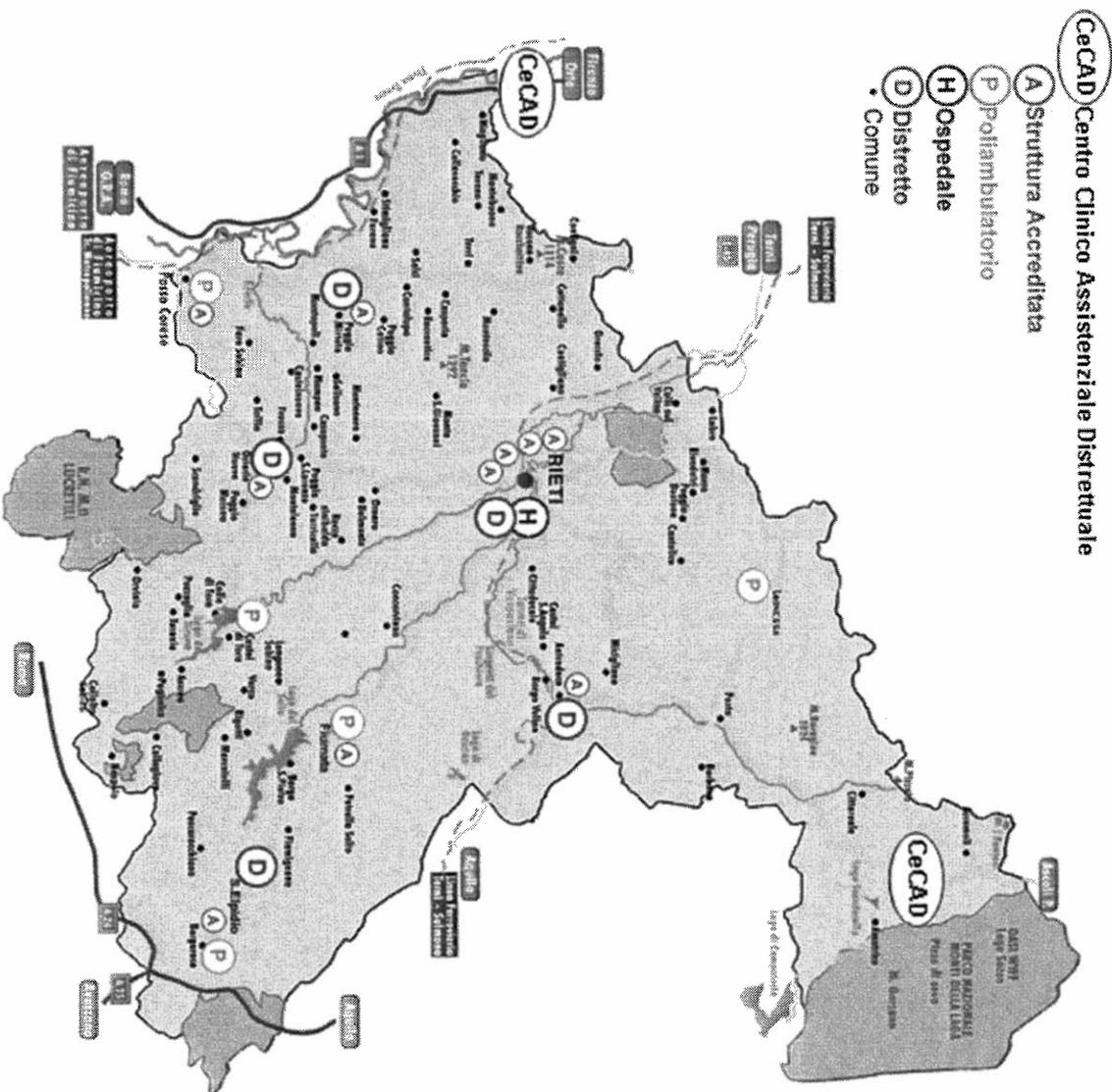
### Distretto n. 3 - Salario:

- FKT ITER s.a.s., Viale Europa, 5 – Poggio Moiano;
- CENTRO CORI ex art. 26 L. 833/1978 – Fara in Sabina.

Segue..

# CHI SIAMO - Articolazione dell'Azienda USL di Rieti

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



---

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

---

## CHI SIAMO - Assetto Organizzativo aziendale

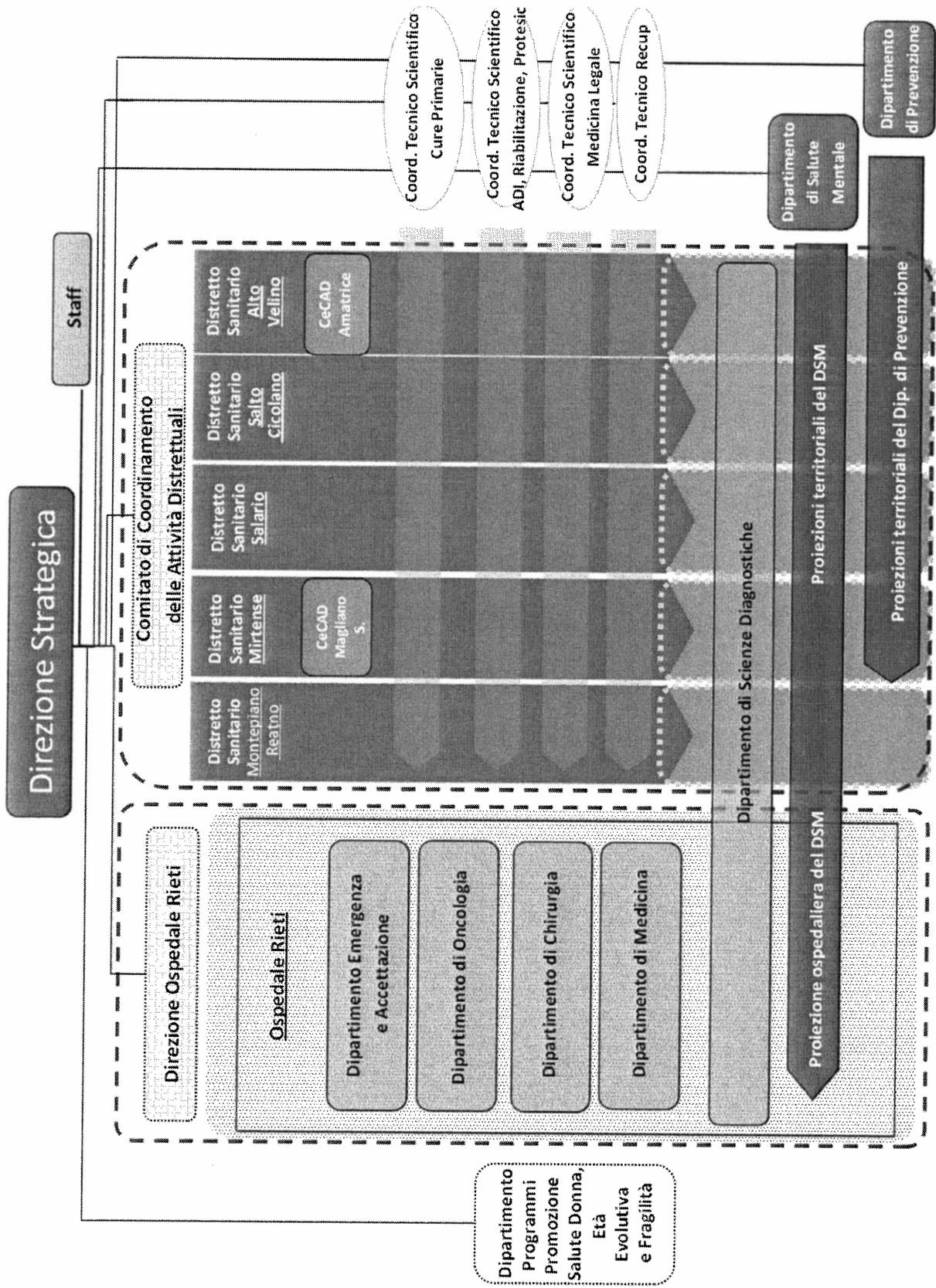
---

L' Assetto Organizzativo aziendale è definito:

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

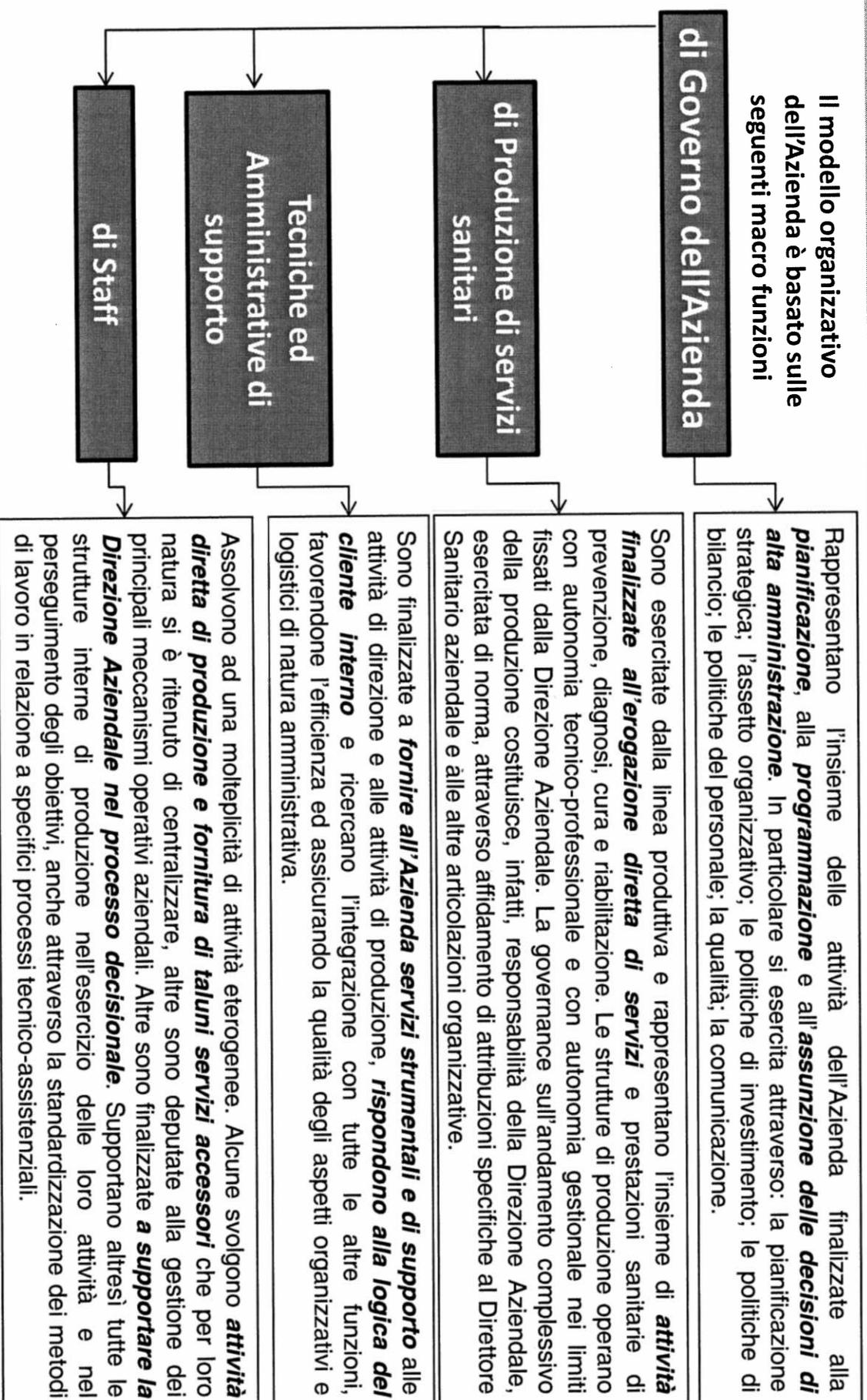
Principio cardine adottato nella progettazione dell'assetto organizzativo è rappresentato dalla costante ricerca del *miglior equilibrio sistemico possibile* tra la dimensione strutturale rappresentata nell'organigramma aziendale e le caratteristiche dei meccanismi operativi che ne determinano il funzionamento.

# CHI SIAMO – Organigramma



# CHI SIAMO - Macrofunzioni

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



## 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..

## CHI SIAMO – I Meccanismi Operativi aziendali

---

### *Il Governo Clinico*

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

In particolare, sono stati introdotti in Azienda:

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

*Segue..*

## CHI SIAMO – I Meccanismi Operativi aziendali

---

- ✓ **i Percorsi Clinico-Assistenziali ed Organizzativi:** 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 ed Assistenziale:** rappresenta il momento di verifica della corretta applicazione dei Percorsi Clinico-Assistenziali ed Organizzativi; è una verifica strutturata, periodica, che serve a monitorare il rispetto dei percorsi e, di conseguenza, a prevedere le eventuali azioni di miglioramento da intraprendere.

# L'AMMINISTRAZIONE “IN CIFRE”

---

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

---

# **I SERVIZI SANITARI EROGATI**

---

## I SERVIZI SANITARI EROGATI

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

Tutti i dati si riferiscono all'attività svolta nel quadriennio 2009 – 2013\*.

DIMESSI	2009	2010	2011	2012	2013*
<b>Dimessi Ordinari</b>	16.171	16.383	15.648	14.830	13.909
-di cui con DRG medico	75%	74,26%	73,48%	73,41%	75,87%
-di cui con DRG chirurgico	25%	25,74%	26,52%	26,49%	24,13%
<b>Dimessi Day Surgery</b>	2.016	1.844	1.475	1.433	1.673
<b>Dimessi Day Hospital</b>	2.465	2.636	2.335	2.345	2.245

\* Primi dieci mesi

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

Dati relativi ai parti effettuati nel territorio dell'Azienda

NASCITE		2009	2010	2011	2012	2013*
Numero totale parti		707	696	681	529	597
- di cui parti cesari		360	303	338	270	269

\* In attesa di consuntivo definitivo

\* (il dato del consuntivo anno 2013 sarà disponibile a marzo 2014)

**Segue..**

# I SERVIZI SANITARI EROGATI

ATTIVITA' CHIRURGICA	2009	2010	2011	2012	2013*
Interventi in ricovero ordinario	4.093	4.217	4.150	3.928	3.356
Interventi in day surgery	2.016	1.844	1.475	1.433	1.673
Prestazioni ambulatoriali	129.303	135.031	128.960	126.528	130.328

\* Primi dieci mesi

Interventi  
effettuati nel  
quadriennio  
2009-2013\*

Prestazioni  
ambulatoriali  
erogate nel  
quadriennio  
2009-2013

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	2009	2010	2011	2012	2013
Numero prestazioni per esterni	1.868.180	1.911.375	2.058.125	1.750.432	1.720.335
- di cui diagnostica per immagini (incluso RNM)	79.270	77.882	84.355	77.828	75.577
- di cui prestazioni di laboratorio analisi	1.324.142	1.359.208	1.532.740	1.250.441	1.215.397

\* (il dato del consuntivo anno 2012 sarà disponibile a marzo 2013)

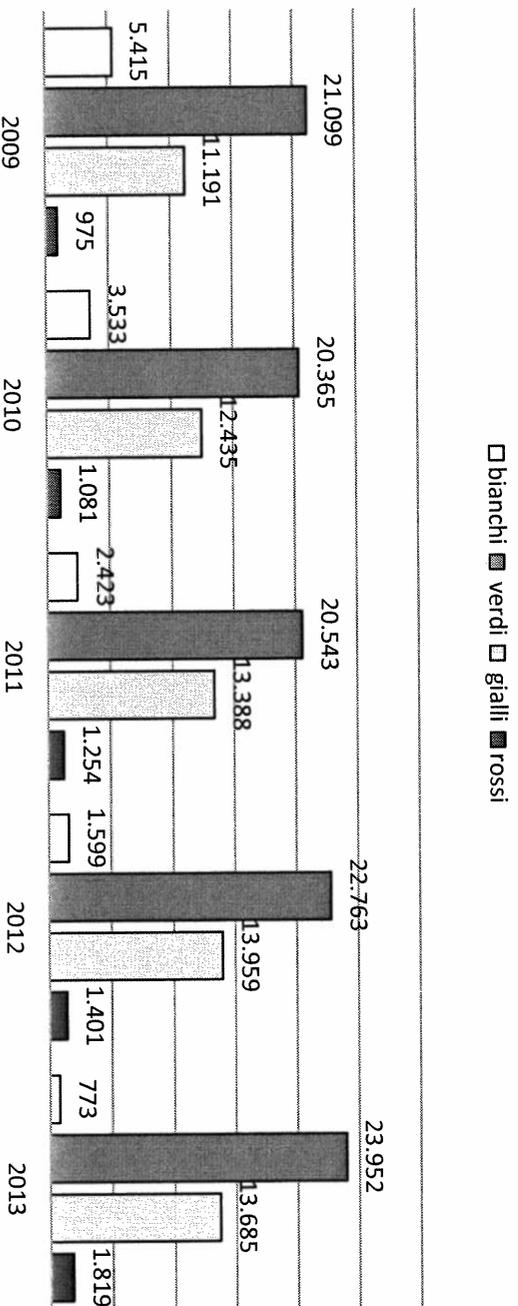
Segue..

# I SERVIZI SANITARI EROGATI

ACCESSI PRONTO SOCCORSO	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Numero totale di accessi in pronto soccorso</b>	<b>38.680</b>	<b>37.414</b>	<b>37.608</b>	<b>39.721</b>	<b>40.229</b>
- di cui numero codici bianchi	5.415	3.533	2.423	1.599	773
- di cui numero codici verdi	21.099	20.365	20.543	22.763	23.952
- di cui numero codici gialli	11.191	12.435	13.388	13.959	13.685
- di cui numero codici rossi	975	1.081	1.254	1.401	1.819

\* Proiezione primi nove mesi

## Accessi al Pronto Soccorso



\* (il dato del consuntivo anno 2012 sarà disponibile a marzo 2013)

Accessi al pronto soccorso articolati secondo il codice del Triage

**Segue..**

# I SERVIZI SANITARI EROGATI

ATTIVITA' DI ASSISTENZA TERRITORIALE	2009	2010	2011	2012	2013
Numero totale di assistiti in ADI	1.822	1.988	2.001	1.928	2.095
Numero di Screening Oncologici	5.750	6.843	5.669	6.994	
-di cui Screening Mammografico	2.013	2.348	850	2.347	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione
-di cui Screening Cervice Uterina	3.633	4.279	4.819	3.949	
-di cui Screening colon-retto	104	198	0	698	
Numero Vaccinazioni pediatriche effettuate*	15.310	14.450	14.292	12.933	13.357
Numero Vaccinazioni antinfluenzali effettuate	38.596	36.029	35.145	34.724	30.300
Numero Vaccinazioni HPV effettuate	1.794	1.212	1.381	1.621	1.616

Assistenza erogata a livello distrettuale

\* Dati stimati sulla base delle vaccinazioni effettuate nel Distretto 1

Focus sulla mobilità attiva dell'Azienda quadriennio 2009-2012\* e sulla mobilità passiva dell'Azienda nel triennio 2009-2011

MOBILITA' ATTIVA	2009	2010	2011	2012	2013*
% Intraregionale	12,9	12,7	11,4	9,9	10,7
% extraregionale	5,3	3,1	2,6	2,0	2,2

\* Primi dieci mesi

MOBILITA' PASSIVA	2009	2010	2011	2012	2013**
% Intraregionale	61,6	59,4	60,3	60,9	ND
% extraregionale	39,7	40,5	39,7	39,1	ND

\*\* (il dato del consuntivo anno 2013 sarà disponibile a maggio 2014)

---

# **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 2013, è pari a **1.594** unità comprensivo di n. 41 collaborazioni coordinate e continuative distinto come segue:

DIRIGENTI	T.I.	T.D.	COCOCO
<b>Ruolo sanitario</b>			
Dirigenti Medici	254	50	12
Dirigenti Veterinari	16	2	
<b>Ruolo sanitario non medico</b>			
Dirigenti Professioni Sanitarie		1	
Dirigenti Fisici	1	1	
Dirigenti Farmacista	7		
Dirigenti Biologi			
Dirigenti Psicologi	23	3	5
<b>Ruolo professionale</b>			
Dirigenti Ingegneri	3		
<b>Ruolo tecnico</b>			
Dirigenti Sociologi	2		1
<b>Ruolo amministrativo</b>			
Dirigenti Amministrativi	6	1	
<b>Totale</b>	<b>312</b>	<b>58</b>	<b>18</b>

COMPARTO	T.I.	T.D.	COCOCO
Ruolo amministrativo	144	1	
Ruolo tecnico	194	3	2
Ruolo sanitario	815	26	21
<b>Totale</b>	<b>1153</b>	<b>30</b>	<b>23</b>

## LE RISORSE PROFESSIONALI

Nelle tabelle che seguono, sono evidenziati indicatori sull'analisi dei caratteri quali-quantitativi relativi al personale, sul benessere organizzativo ed analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni del personale in servizio al 1 dicembre 2013.

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

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

Segue..

## LE RISORSE PROFESSIONALI

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

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

---

# **PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI**

---

## **PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI**

---

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

Nonostante un trend di crescita dei costi del SSN, l'Azienda USL di Rieti negli esercizi 2010-2013 (e previsionale 2014), di cui alla slide successiva, riesce ad avere nel complesso una struttura di costi pressoché costante. Di contro i risultati conseguiti sono fortemente influenzati dalle assegnazioni che la Regione Lazio attribuisce in termini di quota del Fondo Sanitario Regionale e di altre erogazioni destinate al finanziamento di specifici programmi di prevenzione, di assistenza domiciliare, di miglioramento della rete assistenziale e altre piani di prevenzioni e cura di malattie.

A partire dal secondo semestre 2012 sono stati avviati processi interni di rinegoziazione con i Fornitori con il preciso intento di contenere le spese di beni e servizi così come richiesto dalla legge n. 135/2012 denominata "Spending Review" che comunque ha sortito limitati effetti in termini di contenimento della spesa, in quanto già monitorata e incompressibile, specie per alcuni servizi legati a contratti gestiti e negoziati attraverso Gare Regionali o anche forniture provenienti da mercati elettronici.

**Segue..**

## PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

DESCRIZIONE	2010	2011	2012	2013	2014
A) Valore della Produzione	€ 320.282.427	€ 327.228.605	€ 321.373.087	€ 273.394.860	€ 264.658.475
B) Costi della Produzione	-€ 327.888.113	-€ 331.258.054	-€ 328.126.043	-€ 333.732.171	-€ 329.719.469
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	-€ 7.605.686	-€ 4.029.449	-€ 6.752.952	-€ 60337.311	-€ 65.060.994
C) Proventi ed oneri finanziari	-€ 3.337.141	-€ 2.105.770	-€ 2.128.848	-€ 2.737.736	-€ 1.650.000
D) Rettifiche delle attività finanziarie	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
E) Proventi e oneri straordinari	€ 189.738	€ 243.233	€ 441.178	€ 15.328	€ 60.000
<b>Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)</b>	<b>-€ 10.753.088</b>	<b>-€ 5.891.986</b>	<b>-€ 8.440.626</b>	<b>-€ 63.090.375</b>	<b>-€ 66.770.994</b>
Imposte sul reddito	-€ 7.438.136	-€ 7.045.603	-€ 6.918.668	-€ 6.740.076	-€ 7.200.000
<b>RISULTATO D'ESERCIZIO</b>	<b>-€ 18.191.225</b>	<b>-€ 12.937.589</b>	<b>-€ 15.359.294</b>	<b>-€ 69.830.451</b>	<b>-€ 73.970.994</b>

Fonte dei dati: Anni 2010-2011 bilanci approvati; 2012 bilanci definitivi ma in corso di approvazione in Regione; Anno 2013 dati di preconsuntivo e Anno 2014 Dati previsionali.

I risultati provvisori del 2013 e del previsionale 2014 rivelano una forte riduzione del Valore della Produzione, che dipende prevalentemente dalla riduzione di circa 50 milioni di euro di quota assegnata del Fondo Sanitario Regionale. La gestione commissariata della regione Lazio e gli obiettivi stringenti di rientro del disavanzo regionale ne sono la principale causa.

***Segue..***

## PRINCIPALI DATI ECONOMICO-FINANZIARI

Il trend dei costi di esercizio dal 2010 al previsionale 2014 e la loro composizione viene riportato sinteticamente nel seguente prospetto:

Voci di costo	2010	2011	2012	2013	2014	Riduzione
Beni sanitari	30.008	31.893	34.080	34.464	32.855	-9%
Servizi sanitari	153.593	155.301	150.331	154.376	152.165	1%
Costo de personale sanitario	81.674	79.350	78.802	79.098	78.117	1%
Costi Sanitari	265.276	266.544	263.213	267.939	263.136	2%
Beni e Servizi non sanitari	40.408	44.728	43.659	44.953	45.002	-11%
Costo del personale non sanitari	15.855	15.412	15.903	15.923	15.819	0%
Altri costi, finanziari, straordinari	16.935	13.483	13.957	14.411	11.252	34%
imposte	73.198	73.622	73.519	75.286	72.073	2%
<b>Totale costi</b>	<b>338.474</b>	<b>340.166</b>	<b>336.732</b>	<b>343.225</b>	<b>335.209</b>	<b>1%</b>

Appare evidente, in primo luogo, l'incidenza dei costi sanitari sul totale delle spese (78%) e la lieve diminuzione rispetto al 2010 pari complessivamente all'1%. L'andamento però delle diverse componenti indica comunque che la spesa dei beni sanitari e quindi prevalentemente la spesa farmaceutica ha riportato un trend di incremento del 9%, mentre sia i servizi che il costo del personale sanitario risultano ridotti rispettivamente dell'1 e del 4%. Preoccupante resta invece l'andamento dei beni e servizi non sanitari che nei cinque anni esaminati rivela un incremento dell'11% .  
Una consistente riduzione pari al 34% si registra invece nelle voci degli oneri finanziari, degli accantonamenti e dalle voci straordinarie e imposte.

# ANALISI DEL CONTESTO

---

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

---

# **ANALISI DEMOGRAFICA**



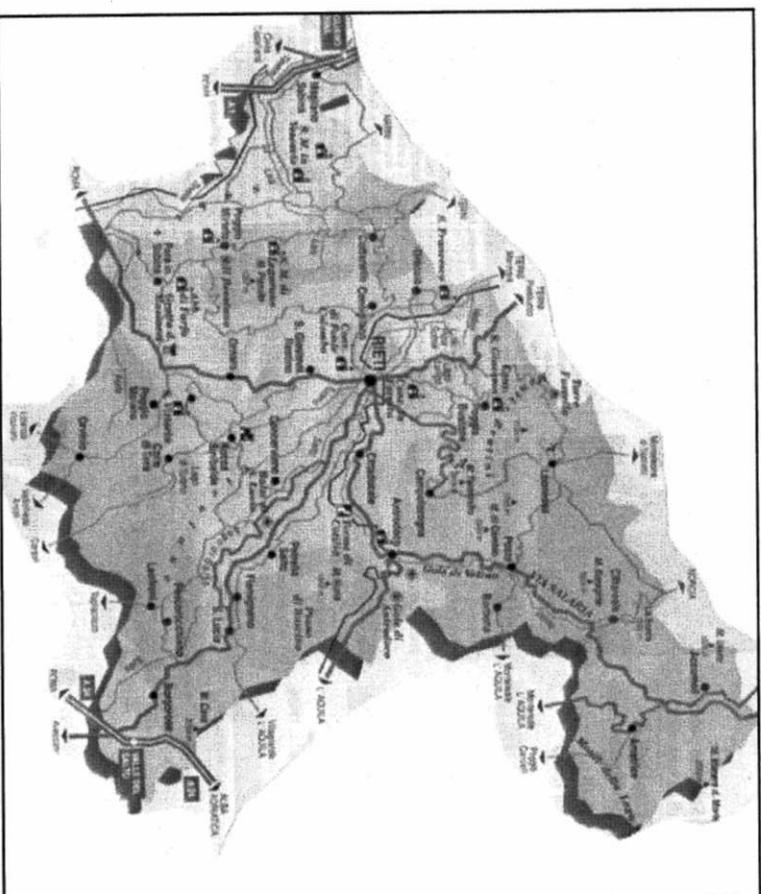
## ANALISI DEMOGRAFICA

---

La provincia di Rieti si estende su una superficie di 2.749 Km<sup>q</sup>

E' costituita da **73 comuni** ed ha una popolazione residente, al 01 gennaio 2012, di **154.909 abitanti**.

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



Il 48% circa della popolazione della provincia di Rieti risiede nel territorio di competenza del Distretto n.1 Montepiano Reatino, seguito dai Distretti n.2 Mirtense e n.3 Salario, ove risiede rispettivamente il 22% ed il 17% circa della popolazione reatina.

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

**Segue..**

## **ANALISI DEMOGRAFICA**

---

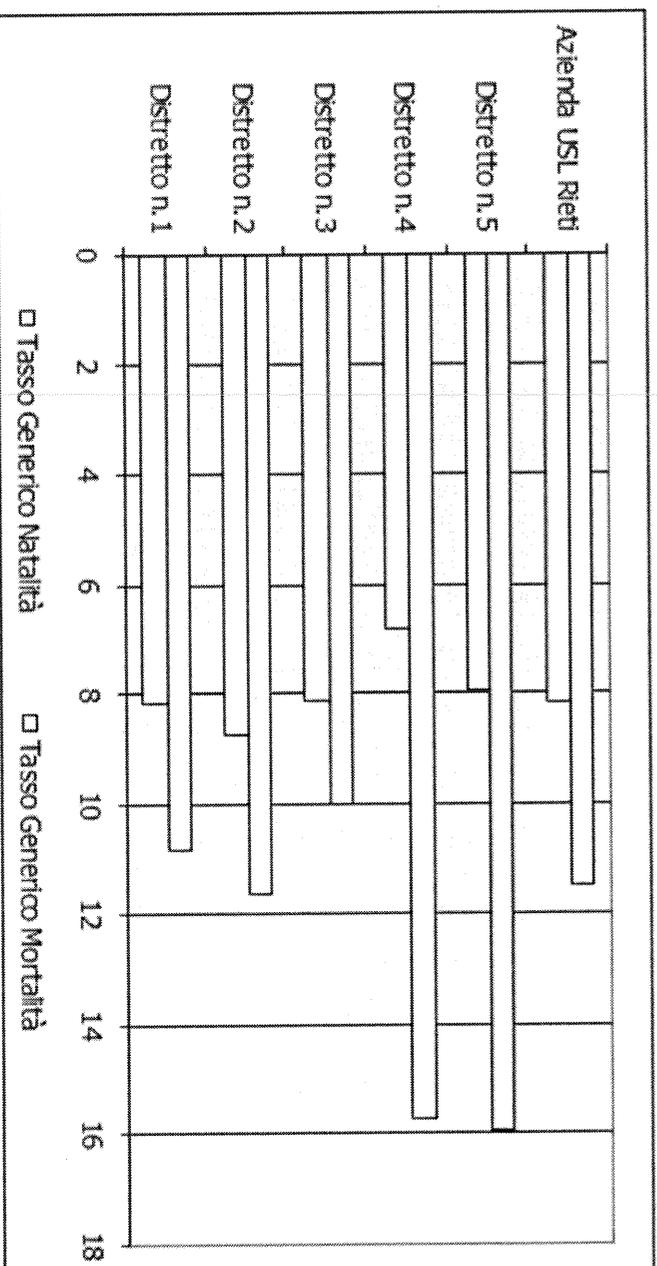
Per quanto riguarda la densità abitativa, la popolazione che risiede nei Distretti Salto Cicolano e Alto Velino è molto dispersa sul territorio in quanto territori prevalentemente montuosi (densità pari a circa 20 abitanti/kmq); risulta, invece, più concentrata la popolazione residente nel territorio di competenza dei Distretti Salario (96 abitanti/Kmq), Montepiano Reatino e Mirtense (80 abitanti/Kmq circa). La densità abitativa della provincia, pari a 56,3 abitanti/Kmq, è comunque molto bassa rispetto a quella regionale (319,7 abitanti/Kmq circa).

Negli ultimi dieci anni si è registrato un quasi costante incremento della popolazione residente nella provincia che ha riguardato, in particolare, i Distretti Mirtense e Salario. Nei Distretti Salto Cicolano e Alto Velino si rileva, invece, un lento e costante decremento demografico.

**Segue..**



## ANALISI DEMOGRAFICA

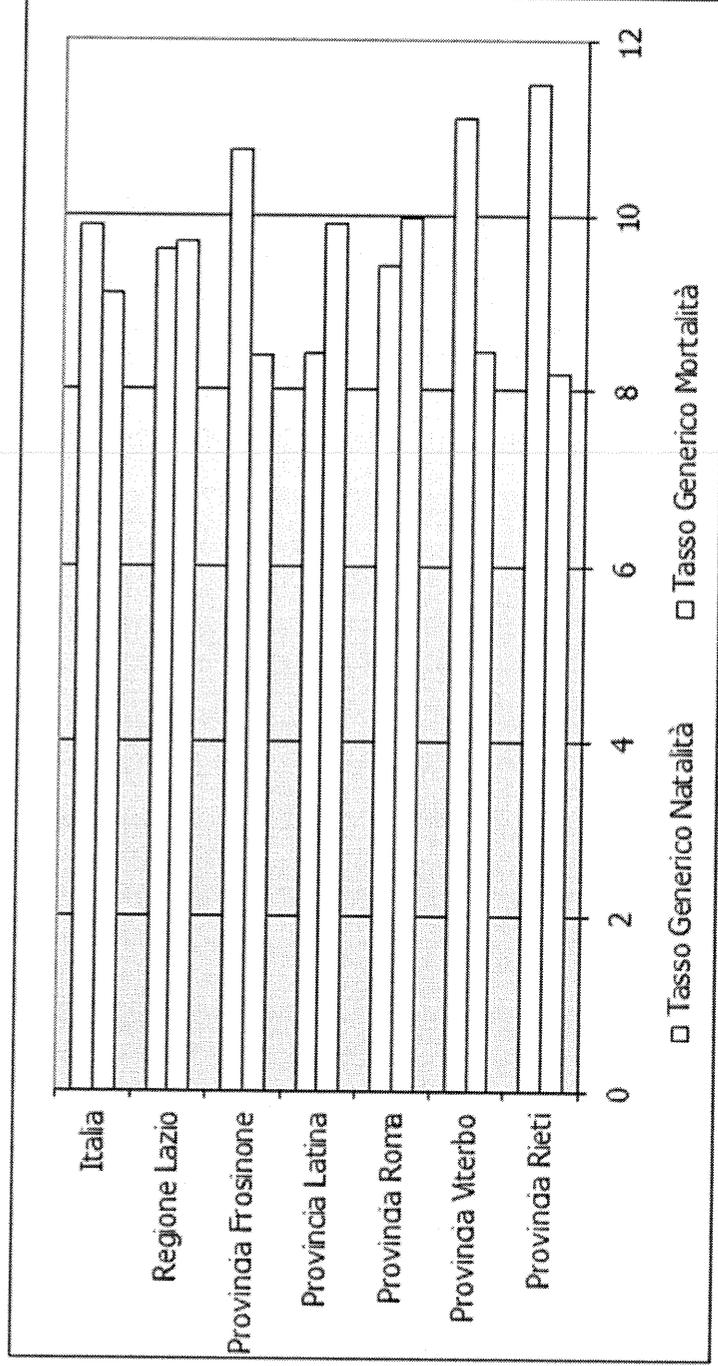


Tassi di natalità e mortalità (per 1.000 ab.) nella ASL di Rieti e nei Distretti, anno 2011

Se si analizzano le componenti demografiche **nascite, decessi e migrazioni** (dati anno 2011), si evidenzia che in ambito provinciale sono omogeneamente eccedenti i morti rispetto ai nati e che questa tendenza raggiunge posizioni estreme nei Distretti Salto Cicolano e Alto Velino dove il tasso di mortalità nel 2011 è risultato più che doppio rispetto al tasso di natalità.

Segue..

## ANALISI DEMOGRAFICA



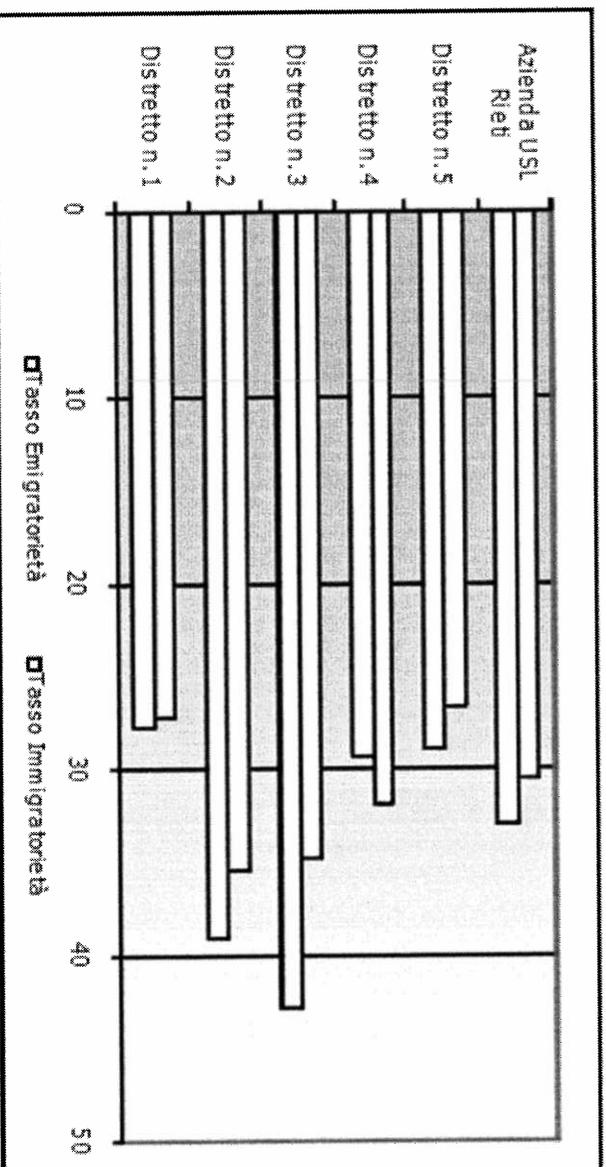
Tassi di natalità e mortalità (per 1.000 ab.) in Italia, nella Regione Lazio e nelle Province della Regione - Anno 2011

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

La **natalità** nel reatino, invece, è molto bassa, più bassa di quella delle Province di Latina e Roma, al di sotto anche del dato regionale e nazionale.

**Segue..**

## ANALISI DEMOGRAFICA



Tassi di migratorietà (per 1.000 ab.) nella ASL di Rieti e nei Distretti, anno 2011

L'analisi della **componente migratoria** evidenzia invece che nella provincia di Rieti i flussi migratori prevalenti sono in **ingresso** e raggiungono livelli particolarmente elevati nei Distretti n. 2 e n. 3.

Segue..

## ANALISI DEMOGRAFICA

---

Rispetto alla struttura demografica, la popolazione reatina risulta particolarmente invecchiata. Infatti la popolazione di ultrasessantacinquenni residenti è pari circa al 23% in ambito provinciale e raggiunge circa il 30% nei Distretti Salto Cicolano e Alto Velino. Queste percentuali nella Regione Lazio e in Italia sono più basse (20% e 21% rispettivamente)

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

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

## ANALISI DEMOGRAFICA

Indice	Italia		Regione Lazio		Provincia Rieti		Provincia Roma		Provincia Latina		Provincia Viterbo		Provincia Frosinone	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Indice di vecchiaia (su popolaz. 0-14 anni)	127,1	148,6	123,0	146,2	167,0	192,0	123,6	144,0	94,3	129,4	157,1	173,9	120,9	156,1
Indice di dipendenza	48,4	53,5	45,9	51,7	55,0	55,0	45,0	52,5	44,6	48,3	50,2	52,8	49,9	49,6
Età media	41,6	43,8	41,5	43,7	43,6	45,7	41,7	43,6	39,4	42,5	43,1	44,9	40,9	43,9

Indici di struttura della popolazione residente in Italia, nella Regione Lazio e nelle Province della Regione, al 01/01/2001 e al 01/01/2012

Indice	Distretto n.1		Distretto n.2		Distretto n.3		Distretto n.4		Distretto n.5		Azienda USL Rieti	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Indice di vecchiaia (su popolaz. 0-14 anni)	154,8	193,4	171,7	175,7	142,4	158,3	236,1	281,2	238,5	274,3	167,0	192,0
Indice di dipendenza	52,1	55,0	55,5	55,0	52,1	50,8	67,7	59,2	69,4	62,1	55,0	55,0
Età media	43,0	45,7	43,8	45,1	42,3	44,2	46,2	48,2	46,9	43,6	43,6	43,7

Indici di struttura della popolazione residente nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti, al 01/01/2001 e al 01/01/2012

Gli indici di struttura, sia nel confronto temporale che geografico, confermano gli **elevati livelli di invecchiamento** della Provincia di Rieti, dei Distretti 4 e 5 in particolare, come già evidenziato in precedenza.

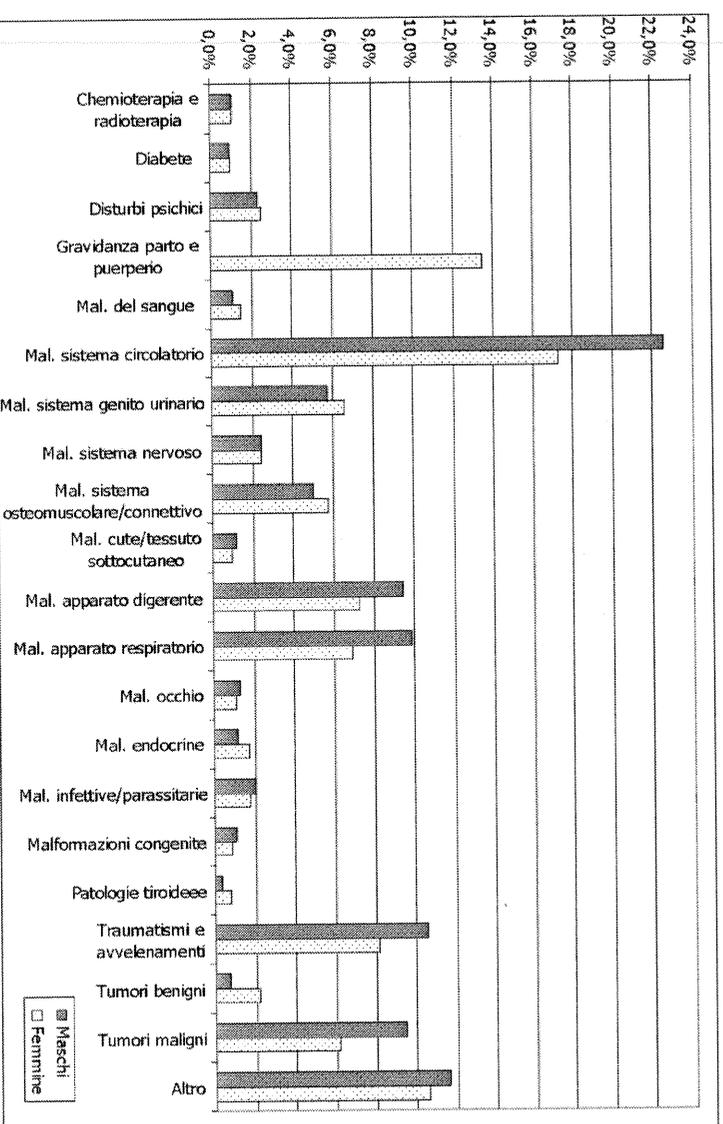
---

# **ANALISI EPIDEMIOLOGICA**

## ANALISI EPIDEMIOLOGICA

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

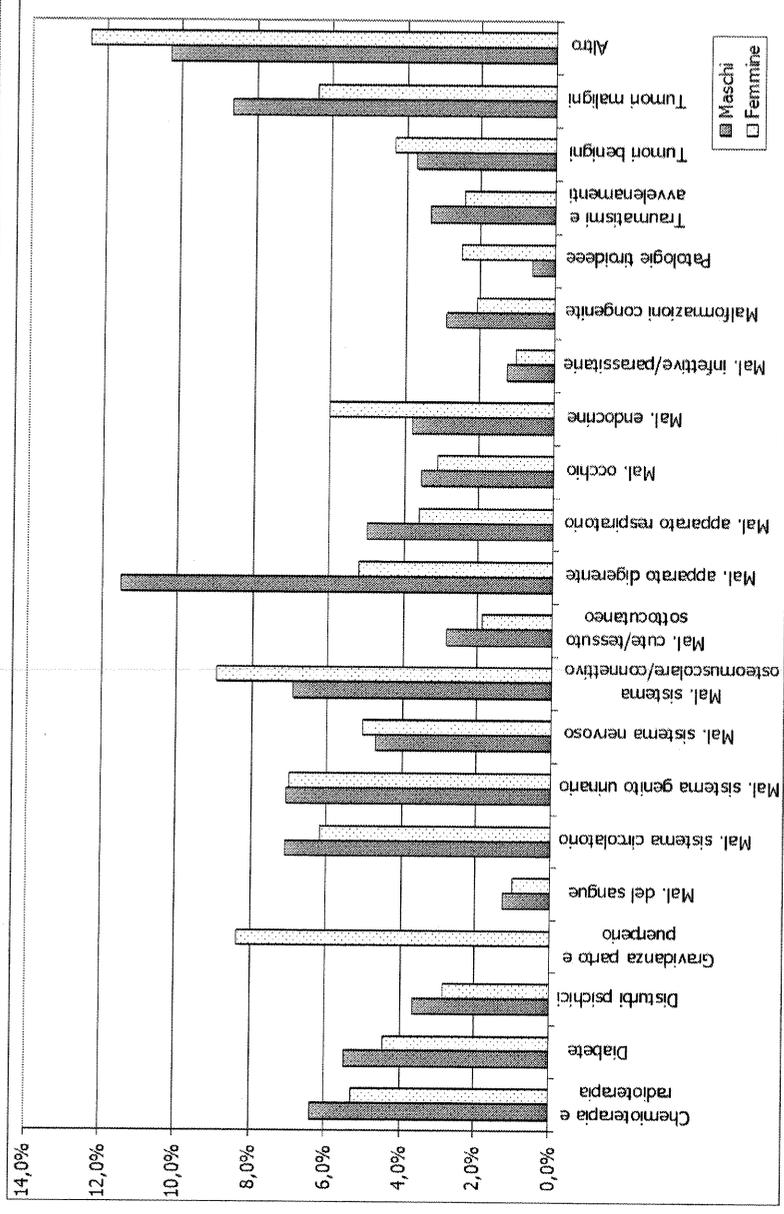
in regime ordinario, oltre alla gravidanza e al parto, le diagnosi principali più ricorrenti sono le malattie cardiocerebrovascolari, i traumatismi, le malattie dell'apparato digerente le malattie dell'apparato respiratorio e i tumori. Se si escludono i ricoveri per gravidanza e parto, si può evidenziare un sostanziale equilibrio con il 48,5% dei ricoveri per le donne e il 51,5% dei ricoveri per gli uomini.



Ricoveri in regime di RO dei residenti nella Provincia di Rieti nel biennio 2010-2011, per sesso e diagnosi principale

## ANALISI EPIDEMIOLOGICA

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

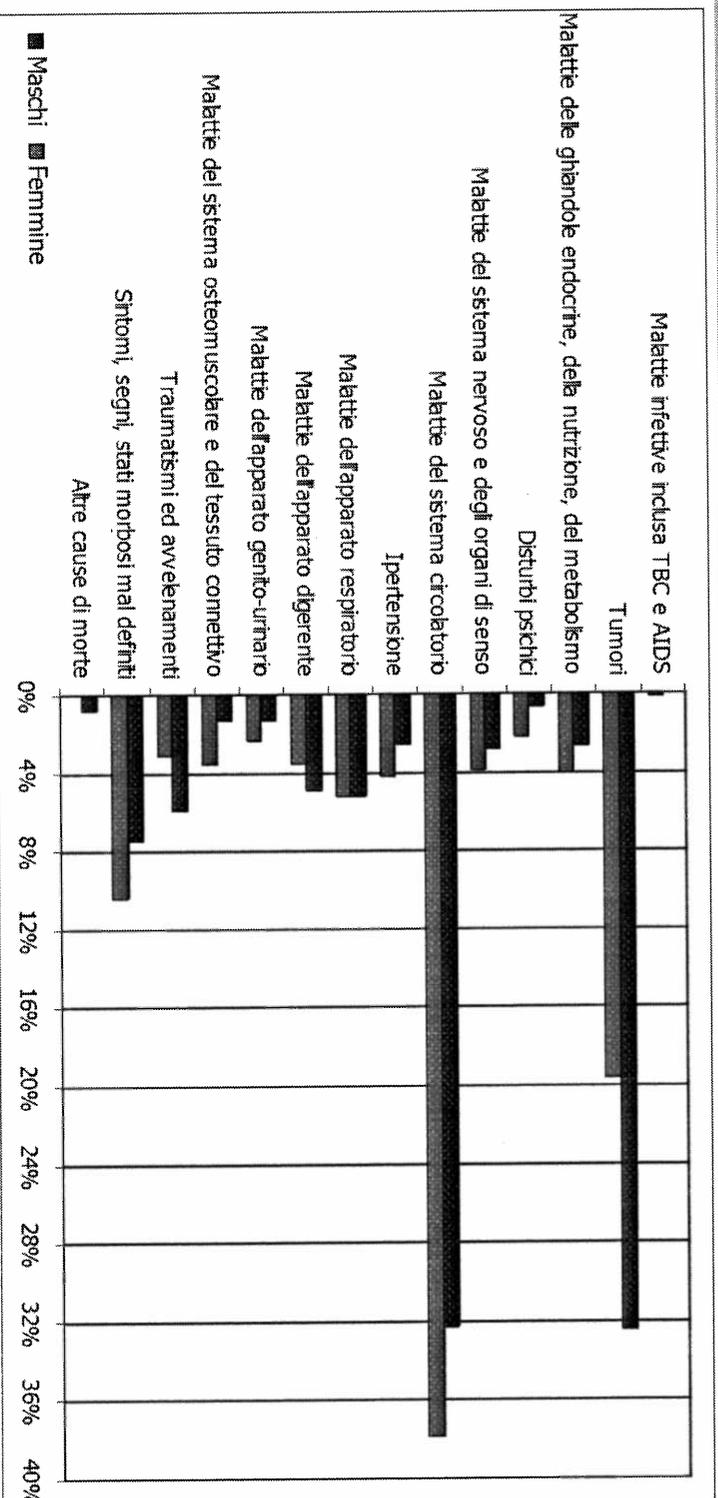


Ricoveri in regime di DH dei residenti nella Provincia di Rieti nel biennio 2010-2011, per sesso e diagnosi principale di ricovero

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

**Segue..**

## ANALISI EPIDEMIOLOGICA



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

Segue..

## ANALISI EPIDEMIOLOGICA

---

In particolare, le **patologie neoplastiche** che causano il maggior numero di decessi nei residenti di sesso maschile sono quelle che interessano trachea – bronchi - polmoni, prostata, stomaco, vescica e colon-retto.

Nelle femmine invece, assumono particolare rilievo i tumori alla mammella, trachea – bronchi - polmoni, al colon-retto e pancreas.

Segue..

## ANALISI EPIDEMIOLOGICA

---

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

E' importante rilevare che l'**ipertensione arteriosa** nei Distretti determina oltre il 30% delle esenzioni per patologia tranne nel Distretto Salario (25% circa). Per le **patologie cardiocerebrovascolari**, che in Azienda sono motivo di esenzione nel 24% circa dei maschi e nel 13% circa delle femmine, si rileva una forte variabilità interdistrettuale. Anche il **diabete mellito** è una importante causa di esenzione per patologia (circa il 18% in Azienda), con valori superiori alla media aziendale nel Distretto Mirtense e nel Distretto Salto Cicolano. I **tumori maligni**, infine, determinano il 12% circa di esenzioni per forme morbose.

**Segue..**

## ANALISI EPIDEMIOLOGICA

---

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

L'invecchiamento demografico e la presenza di **patologie cronicizzanti** pone come prioritario un intervento assistenziale globale per adeguare alle necessità della popolazione **l'offerta riabilitativa aziendale**, tenuto conto che attualmente nel territorio dell'Azienda è presente una sola RSA accreditata e non sono presenti strutture riabilitative, fatta eccezione per pochi piccoli presidi ambulatoriali ex art.26 ed ex art.44 della Legge 833/78.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale passa anche dalla **Telemedicina**, con un'offerta in ambito broncopneumologico, utilizzando nuovi strumenti operativi quali il tele-nursing ed il telemonitoraggio. Da segnalare inoltre il progetto TAO di recente attivazione, in via sperimentale presso i Distretti Sanitari n.2 Mirtense e n.3

Salario per la terapia dei pazienti in trattamento anticoagulante.

---

# **ANALISI DELLA MOBILITA'**

## ANALISI DELLA MOBILITÀ

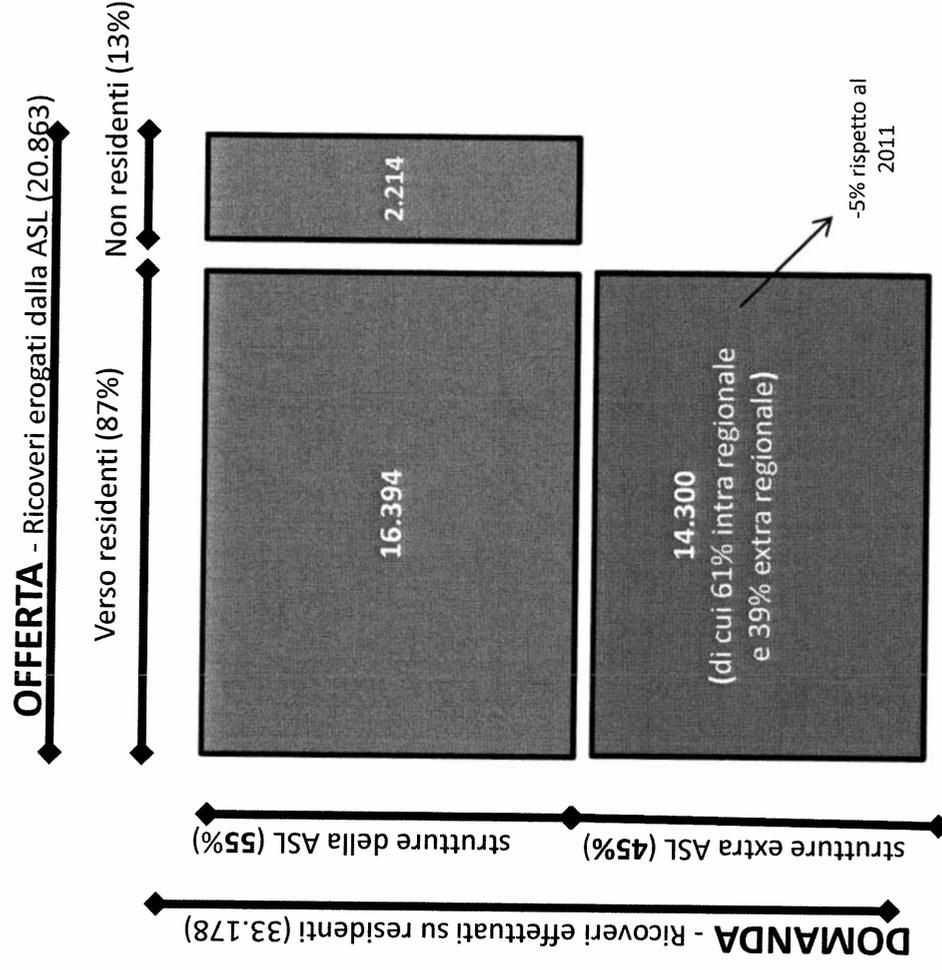
Il saldo di mobilità della ASL di Rieti è stato nel 2012 di circa **12.000 ricoveri in uscita** dal proprio territorio.

Tale dato è la risultante di circa 14.300 ricoveri in mobilità passiva e di circa 2.200 ricoveri in mobilità attiva intra ed extra regionale.

La **mobilità passiva dei ricoveri è circa il 40%** 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 situati a Roma.

\* (il dato del consuntivo anno 2012 sarà disponibile a maggio 2013)



La mobilità della ASL di Rieti - Anno 2012

## **ANALISI DELLA MOBILITA' – Mobilità Attiva**

---

L'Azienda di Rieti nel 2013 ha erogato circa **2.249 ricoveri per pazienti non residenti** (mobilità attiva), che rappresentano un **13%** circa delle prestazioni di ricovero complessive effettuate nell'anno.

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

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

I pazienti in mobilità intra regionale provengono principalmente dall'area suburbana di Roma, a est della Capitale (Asl Roma G, Roma F, Roma A).

I pazienti in mobilità extra regionale provengono per oltre il 50% dall'Umbria e dall'Abruzzo.

# DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

---

## DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

---

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

criticità:

- un'elevata turbolenza del contesto politico-istituzionale di riferimento;
- 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;
- un trend in costante crescita della mobilità passiva, sia regionale che extra-regionale, sia per i ricoveri che per le prestazioni specialistiche anche a causa dell'elevato numero di direttori di struttura (*primari*) mancanti;
- una perdurante difficoltà ad incidere in modo significativo sulla rete di offerta extra-ospedaliera stante la pesante carenza di risorse professionali nei servizi territoriali;
- un elevato tasso di ospedalizzazione.

---

Segue...

## DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

---

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

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

Segue..

## DALL'ANALISI ALL'ORIENTAMENTO STRATEGICO DI FONDO

---

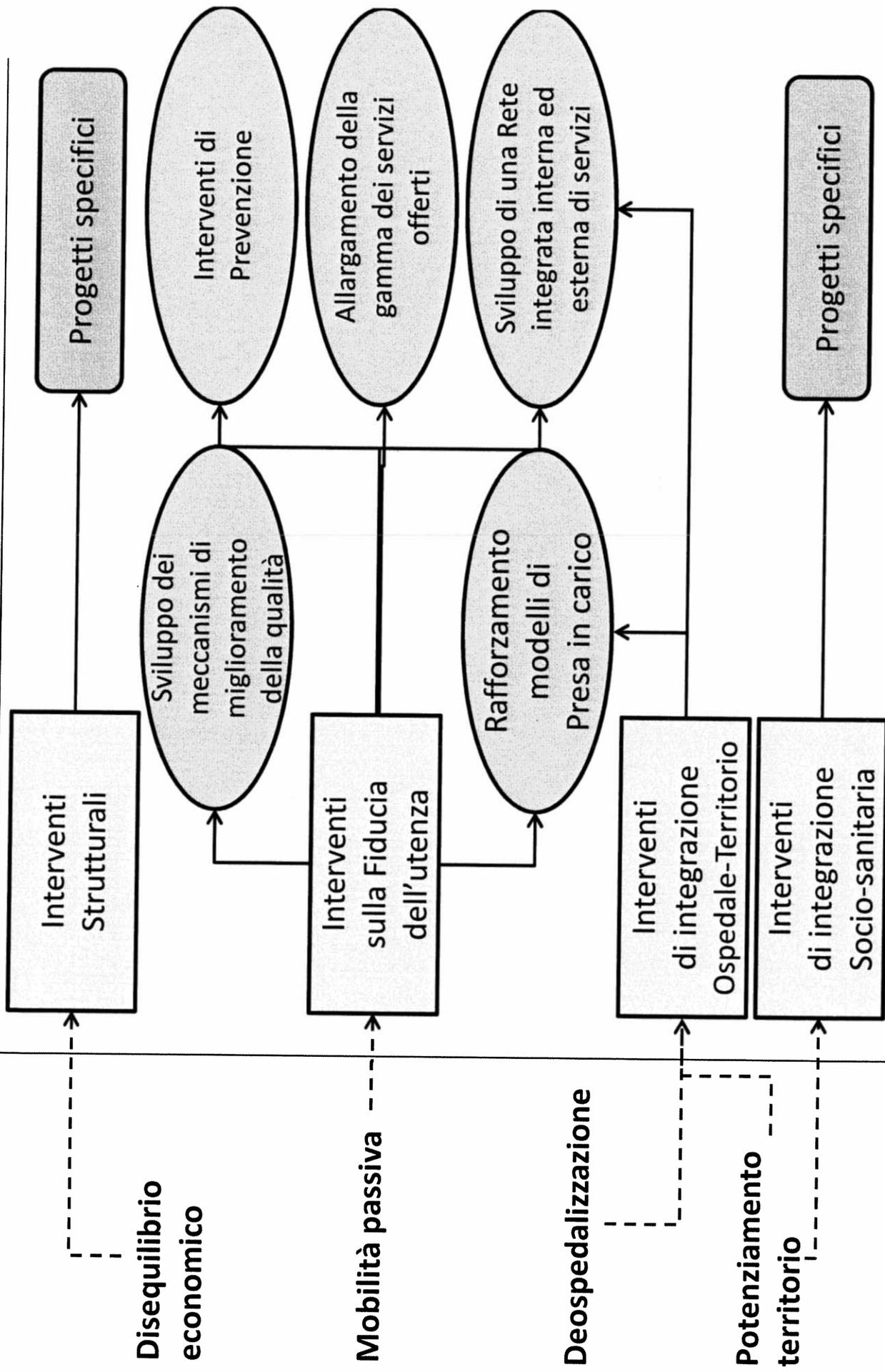
**Conseguentemente, per l'Azienda USL di Rieti, appare ragionevole e in linea con i forti condizionamenti posti dal contesto, individuare un orientamento strategico di fondo orientato:**

- ✓ a fornire le migliori risposte possibili alle esigenze poste dalle politiche nazionali e regionali, man mano che queste si manifestano in termini di scelte e di indirizzi programmatici;
- ✓ a valorizzare i meccanismi operativi volti al miglioramento continuo della gestione dei processi aziendali maggiormente significativi e qualificanti nei rapporti con l'utenza;
- ✓ a valorizzare l'Ospedale di Rieti potenziando alcune linee di attività anche attraverso il recupero delle risorse derivante dalla conversione in CeCAD (Centro Clinico Assistenziale Distrettuale) dell'Ospedale di Magliano Sabina ed introducendo nuovi modelli organizzativi (es.: Week Hospital in Area Chirurgica);
- ✓ ad incidere, compatibilmente con le risorse che si renderanno disponibili, sul riequilibrio tra ospedale e territorio, privilegiando tutte quelle formule assistenziali in grado, tra l'altro, di rafforzare il rapporto di fiducia con l'utenza.

**Segue..**

**Criticità**

**Aree di intervento strategico**



# ALBERO DELLA PERFORMANCE

---

- Mission
- Albero delle Performance



## MISSION

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

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

La nostra azione si concretizza attraverso:

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

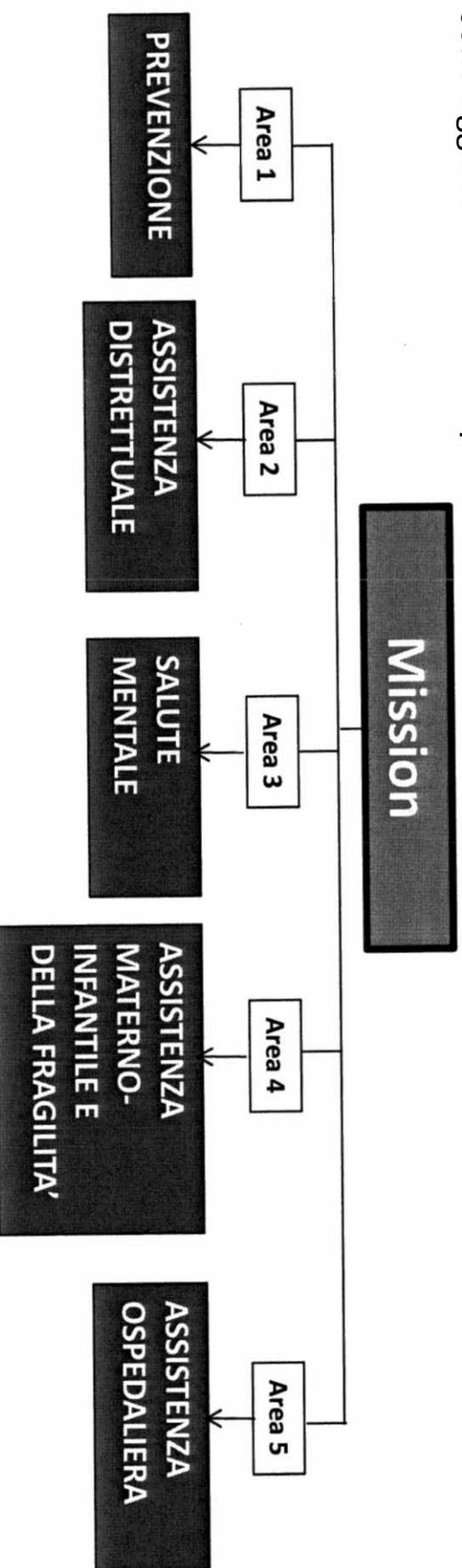
**il ricorso** a modelli di erogazione dei servizi basati sulla specializzazione e sull'eccellenza professionale ed organizzativa e, ancor più, orientati all'umanizzazione;

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

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

## Dalla Mission all'Albero delle Performance

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

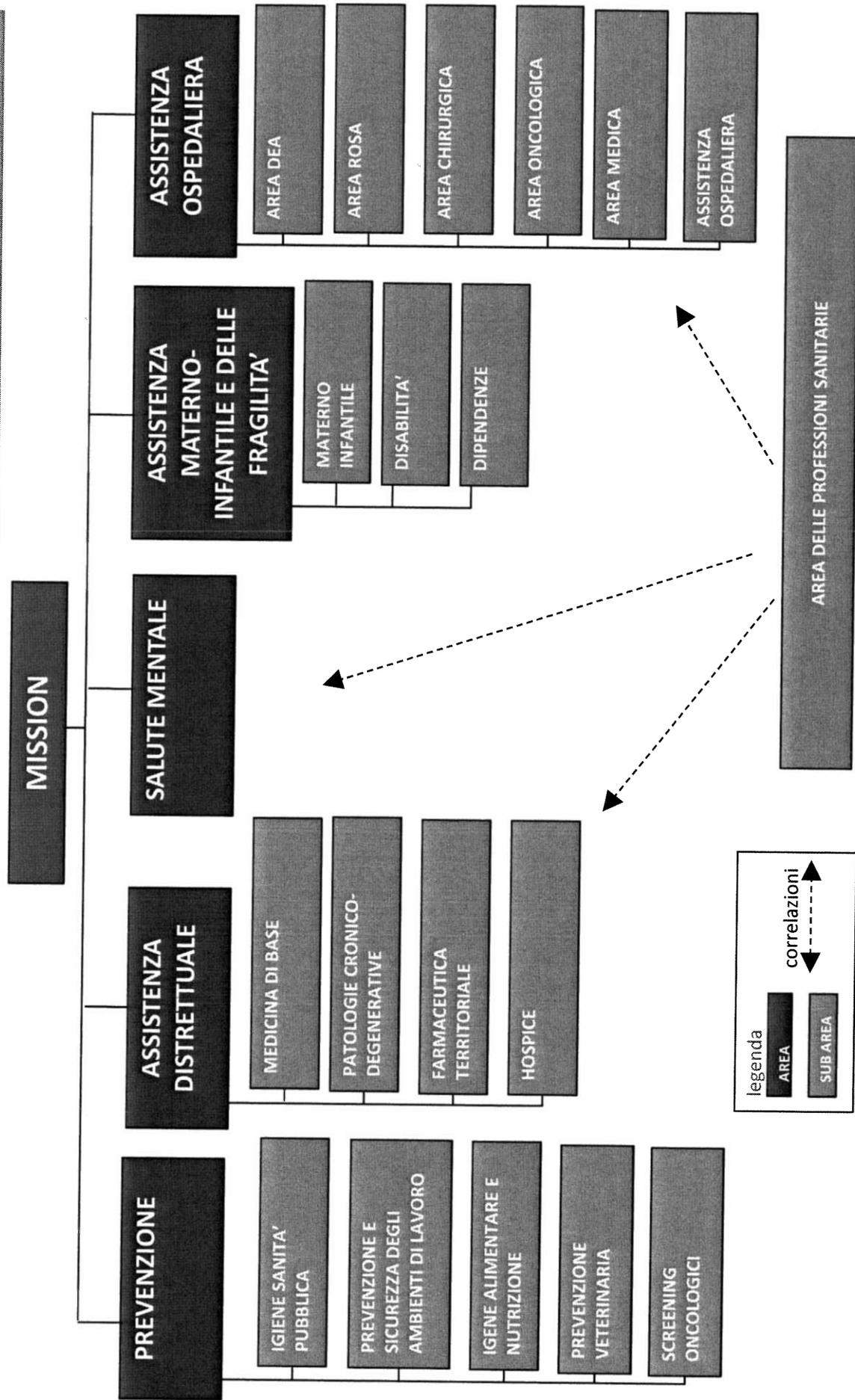


Per ognuna di tali aree, nelle slide seguenti, sono individuate:

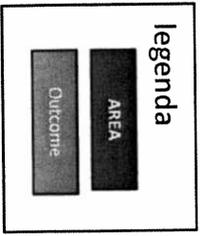
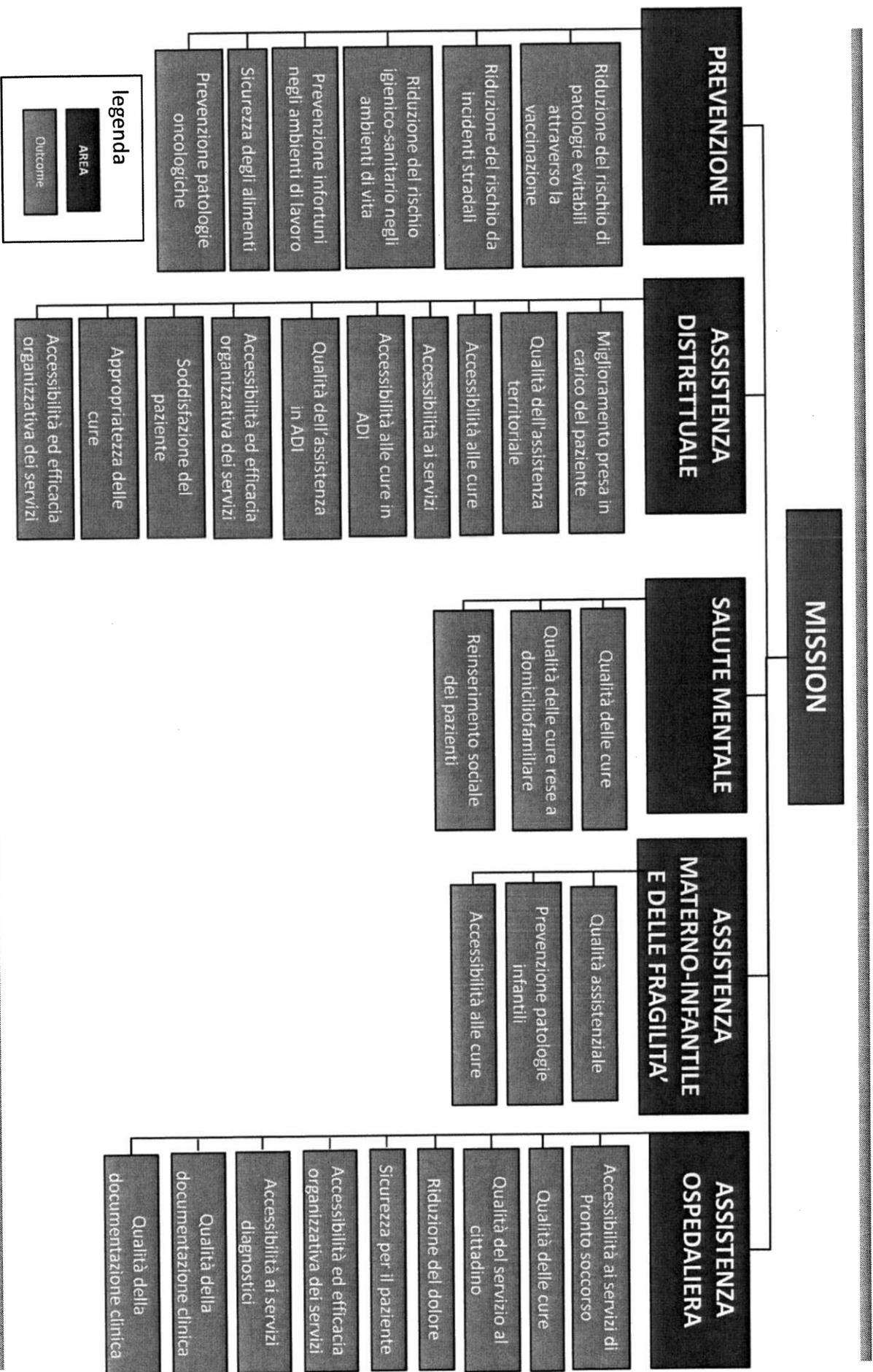
- le *sub-aree*, ossia gli ambiti omogenei di operatività dell'Azienda;
- gli *outcome*, ossia i fini ultimi dei servizi per il cittadino;
- le azioni strategiche da effettuare per conseguire gli obiettivi di outcome e gli *indicatori* con i quali misurare tali azioni.

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 2013-2015, il valore del benchmark di riferimento, laddove esistente, e la sua fonte.

# MISSION - Aree e Sub-aree Strategiche



# ALBERO DELLA PERFORMANCE – Area ed Outcome



## AREA 1 – PREVENZIONE

IGIENE SANITA' PUBBLICA

PREVENZIONE E SICUREZZA  
NEI LUOGHI DI LAVORO

IGIENE ALIMENTARE E  
NUTRIZIONE

PREVENZIONE VETERINARIA

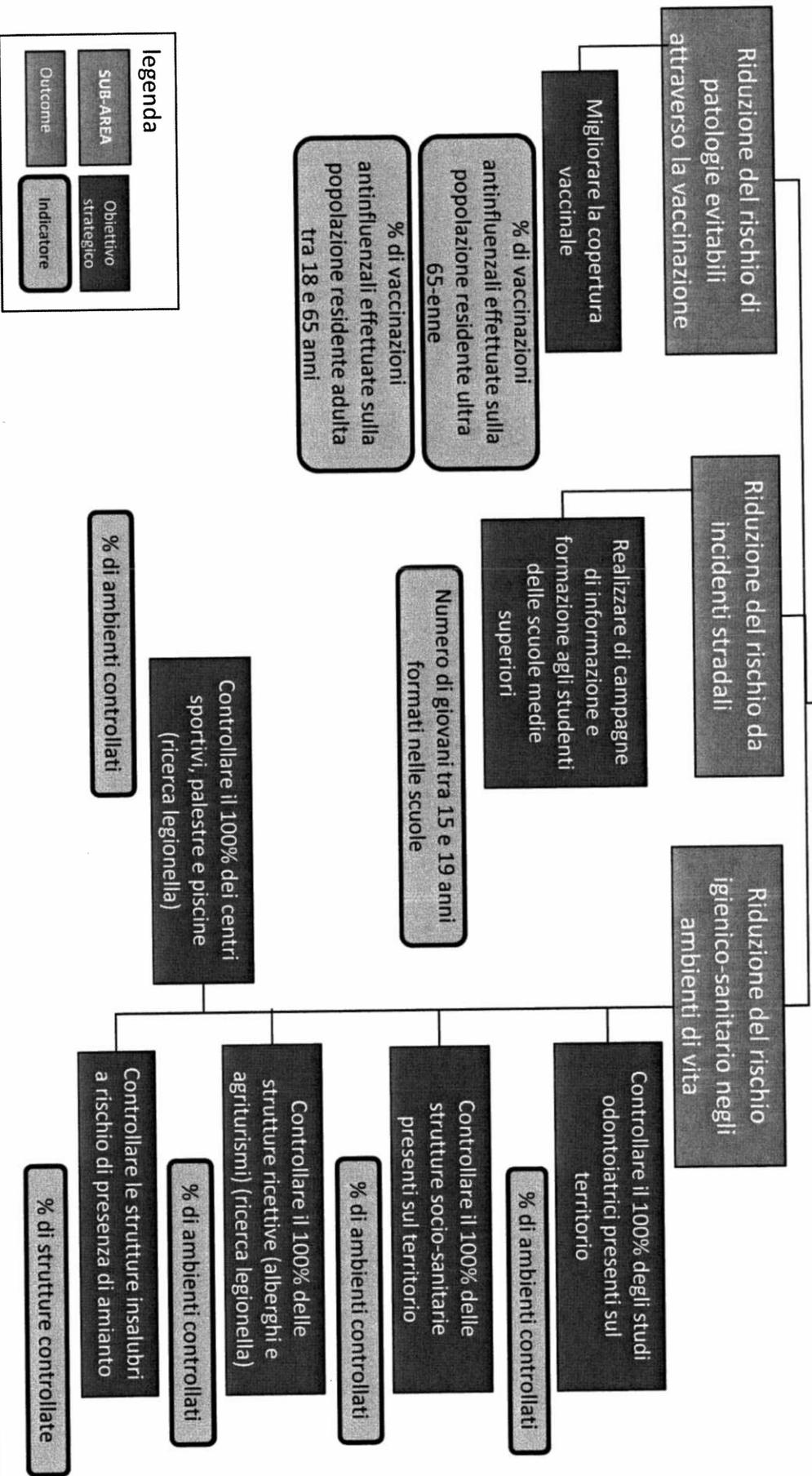
SCREENING ONCOLOGICI

### PRINCIPALI SFIDE

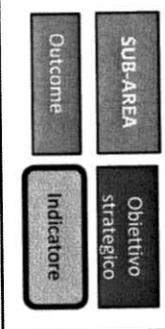
- ✓ Aumento della copertura vaccinale degli adulti
- ✓ Mantenimento della copertura vaccinale per HPV
- ✓ Riavvio delle campagne di screening per il controllo delle patologie oncologiche (screening mammografico, screening cervico-uterino, screening colon-retto)
- ✓ Mantenimento dei livelli attuali dell'attività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

# AREA 1 – PREVENZIONE

## IGIENE E SANITA' PUBBLICA



### legenda



# AREA 1 – PREVENZIONE

## PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro

Monitorare il livello di sicurezza negli ambienti di lavoro

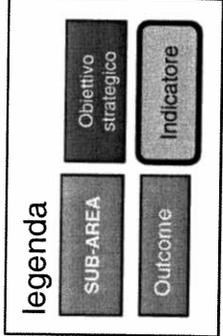
% di aziende del comparto edilizia vigilate, in linea con i LEA

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

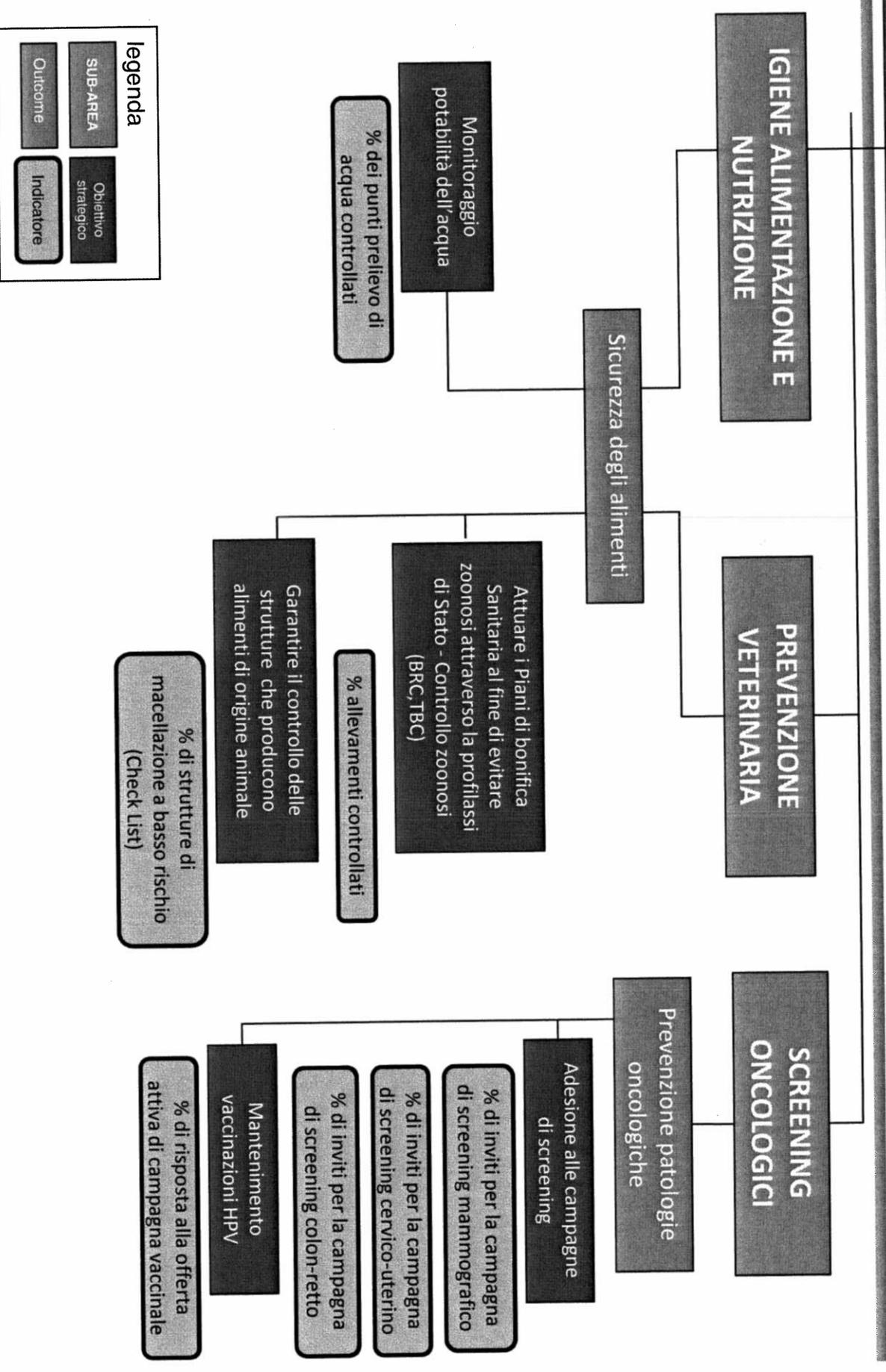
% di aziende afferenti a tutti i comparti vigilate, in linea con i LEA

Fornire assistenza i datori di lavoro per la tutela della salute dei lavoratori

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



# AREA 1 – PREVENZIONE



legenda

SUB-AREA	Obiettivo strategico
Outcome	Indicatore

## AREA 2 – ASSISTENZA DISTRETTUALE

MEDICINA DI BASE

PATOLOGIE CRONICO-  
DEGENERATIVE

FARMACEUTICA  
TERRITORIALE

HOSPICE

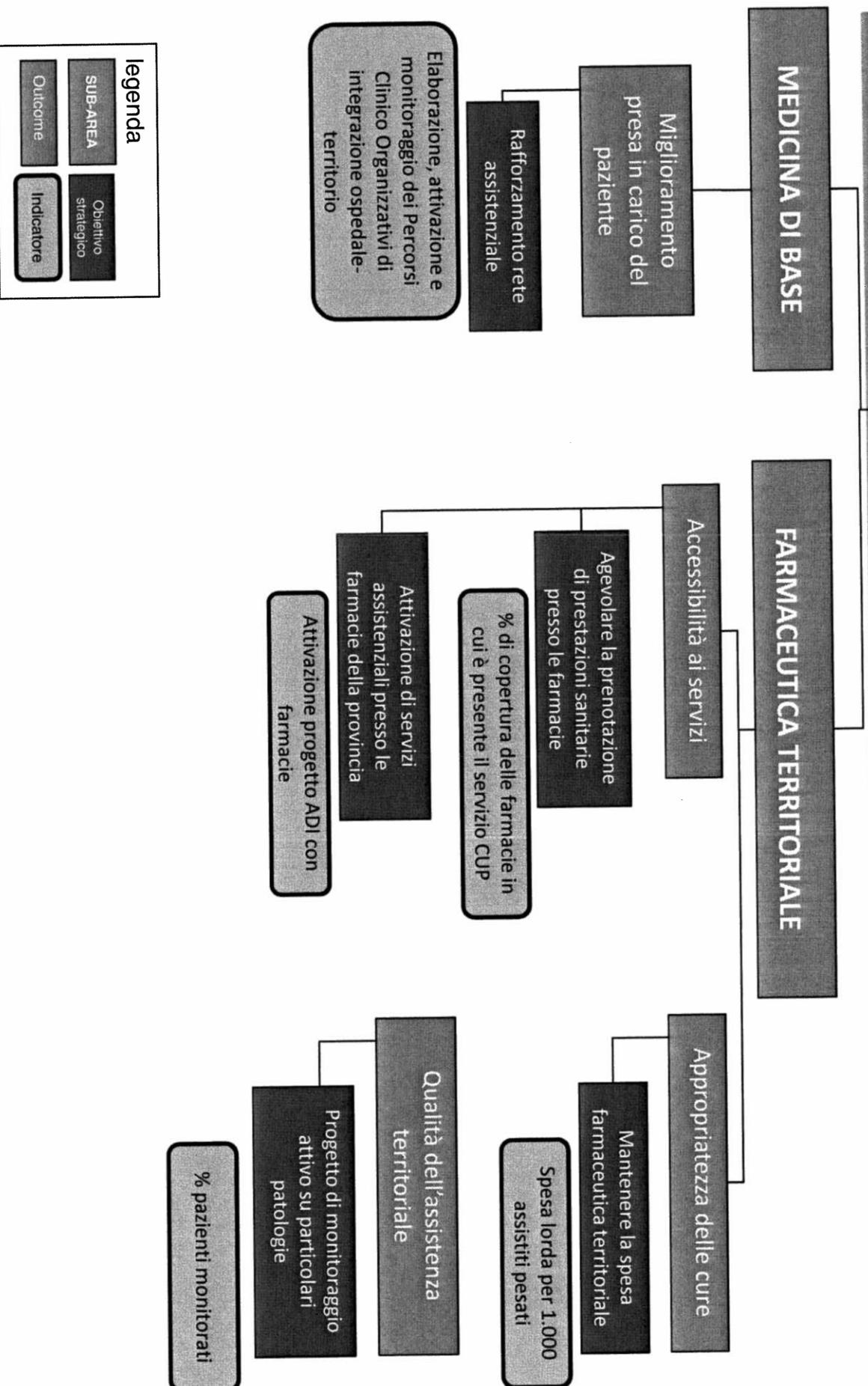


AREA DELLE  
PROFESSIONI

### PRINCIPALI SFIDE

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

## AREA 2 – ASSISTENZA DISTRETTUALE



### legenda

SUB-AREA

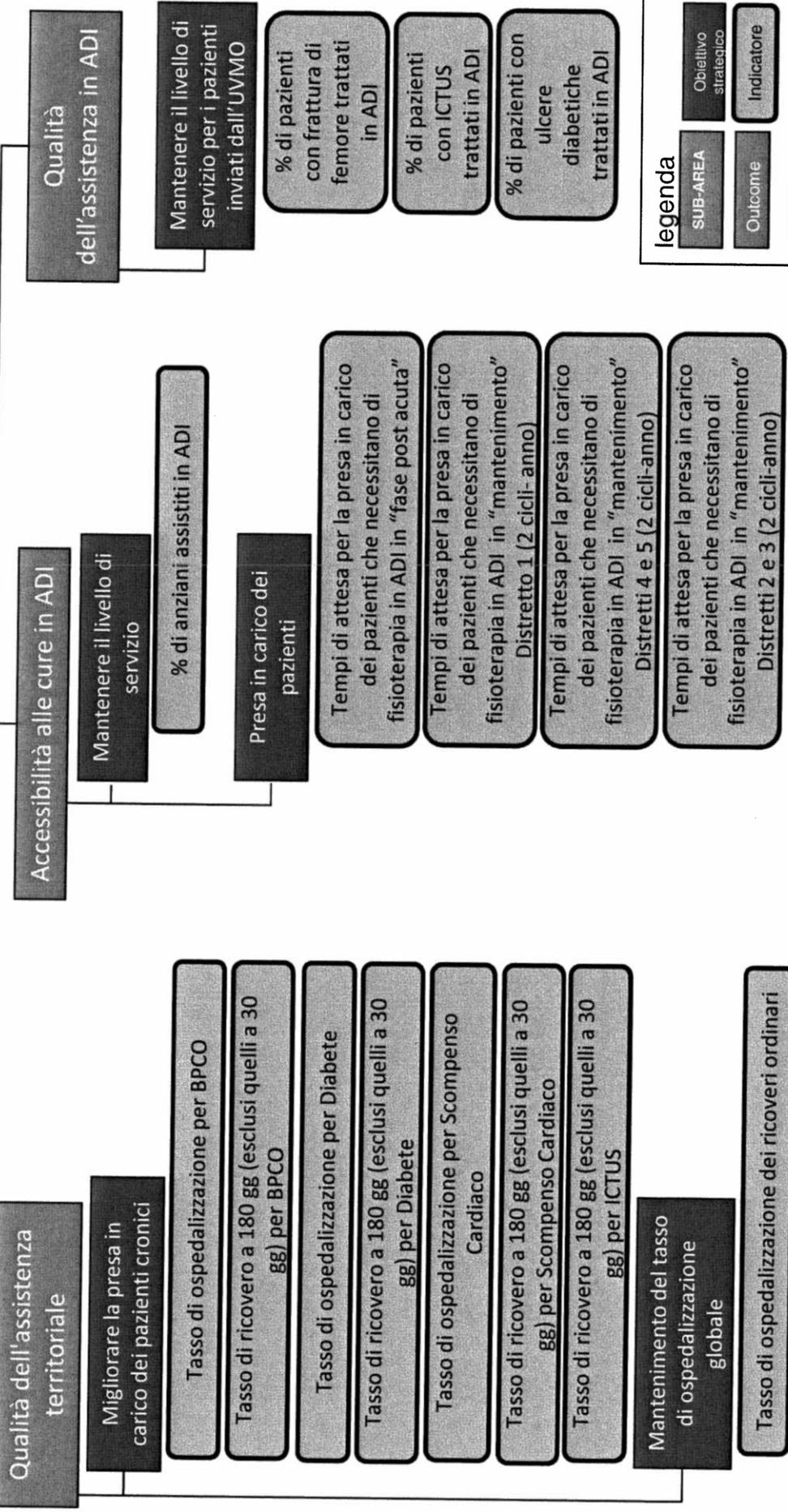
Obiettivo strategico

Outcome

Indicatore

# AREA 2 – ASSISTENZA DISTRETTUALE

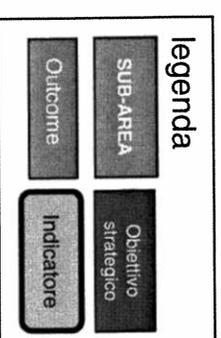
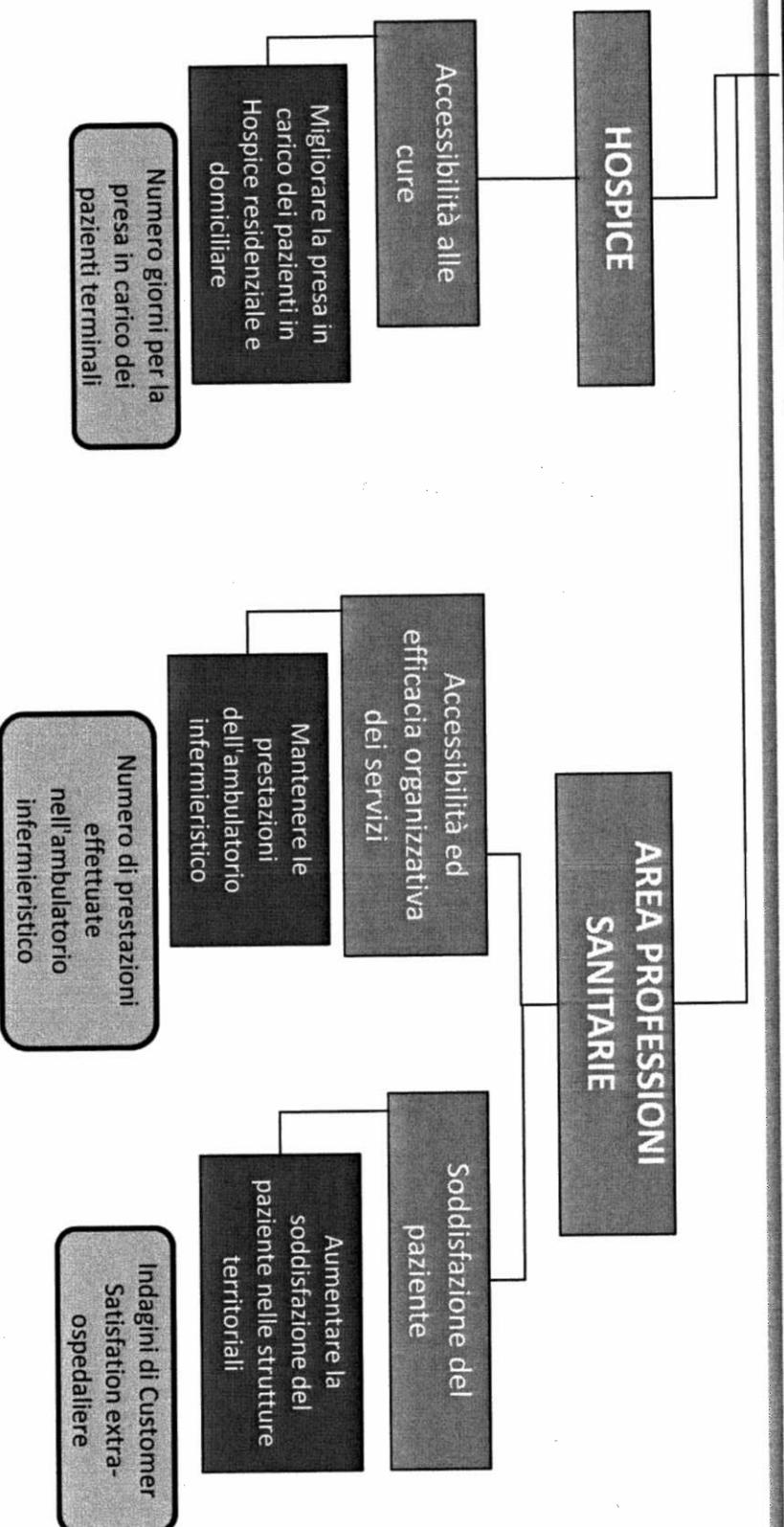
## PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE



**legenda**

SUB-AREA	Obiettivo strategico
Outcome	Indicatore

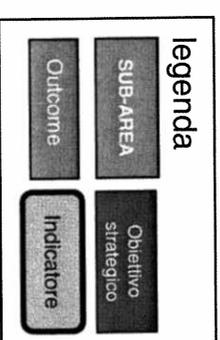
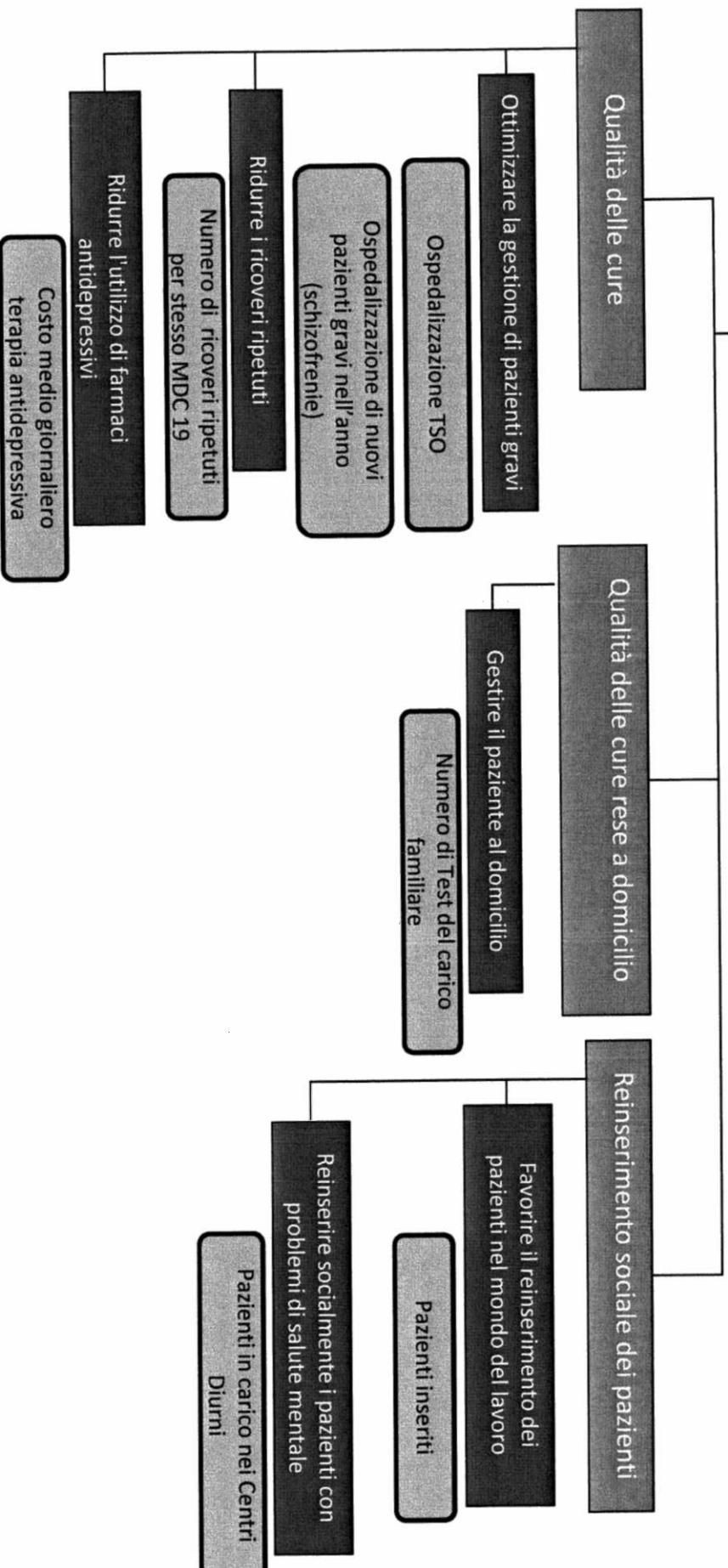
## AREA 2 – ASSISTENZA DISTRETTUALE



**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**
- ✓ **Controllo della spesa farmaceutica per antidepressivi**

# AREA 3 – SALUTE MENTALE



## AREA 4 – ASSISTENZA MATERNO – INFANTILE E DELLA FRAGILITA'

MATERNO INFANTILE

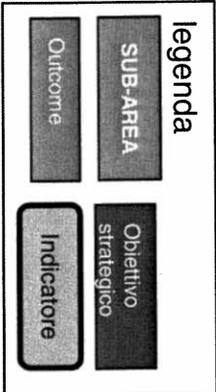
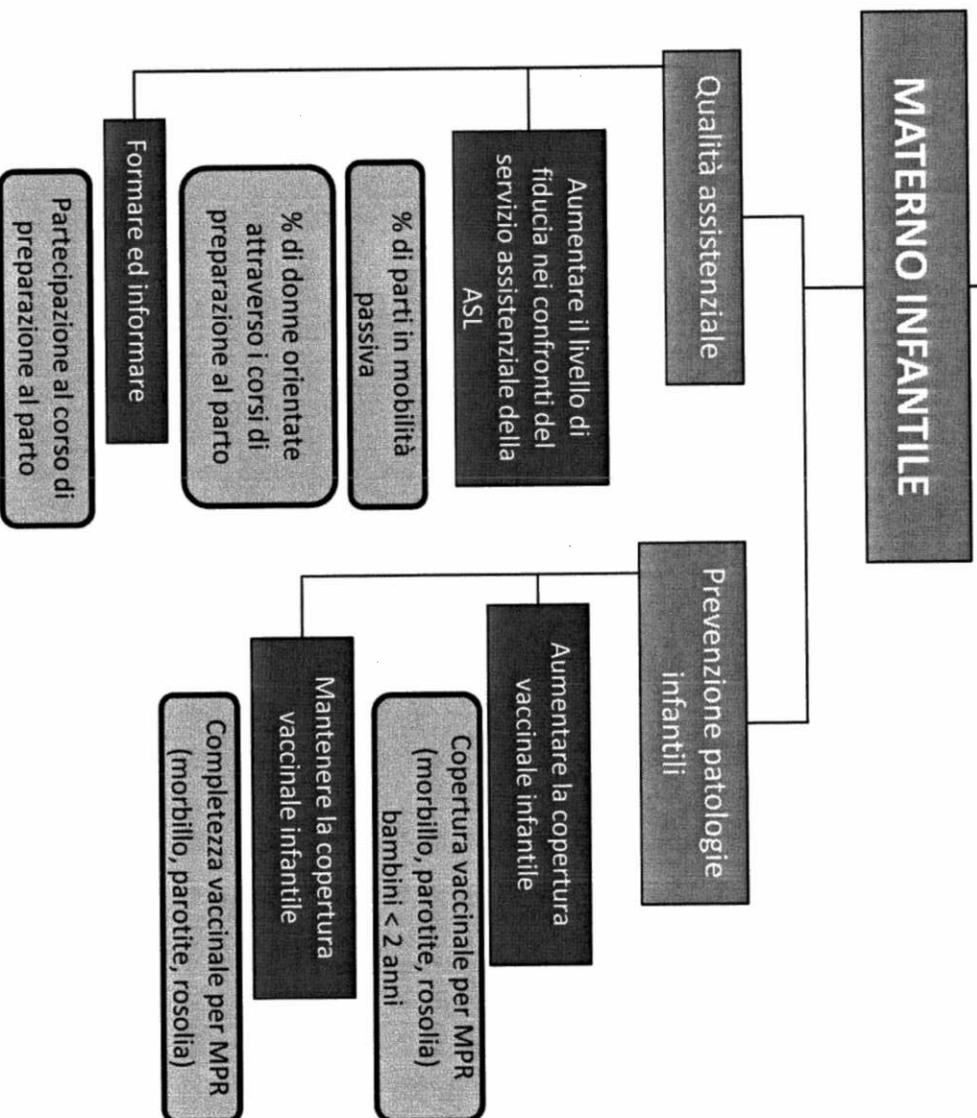
DISABILITA'

DIPENDENZE

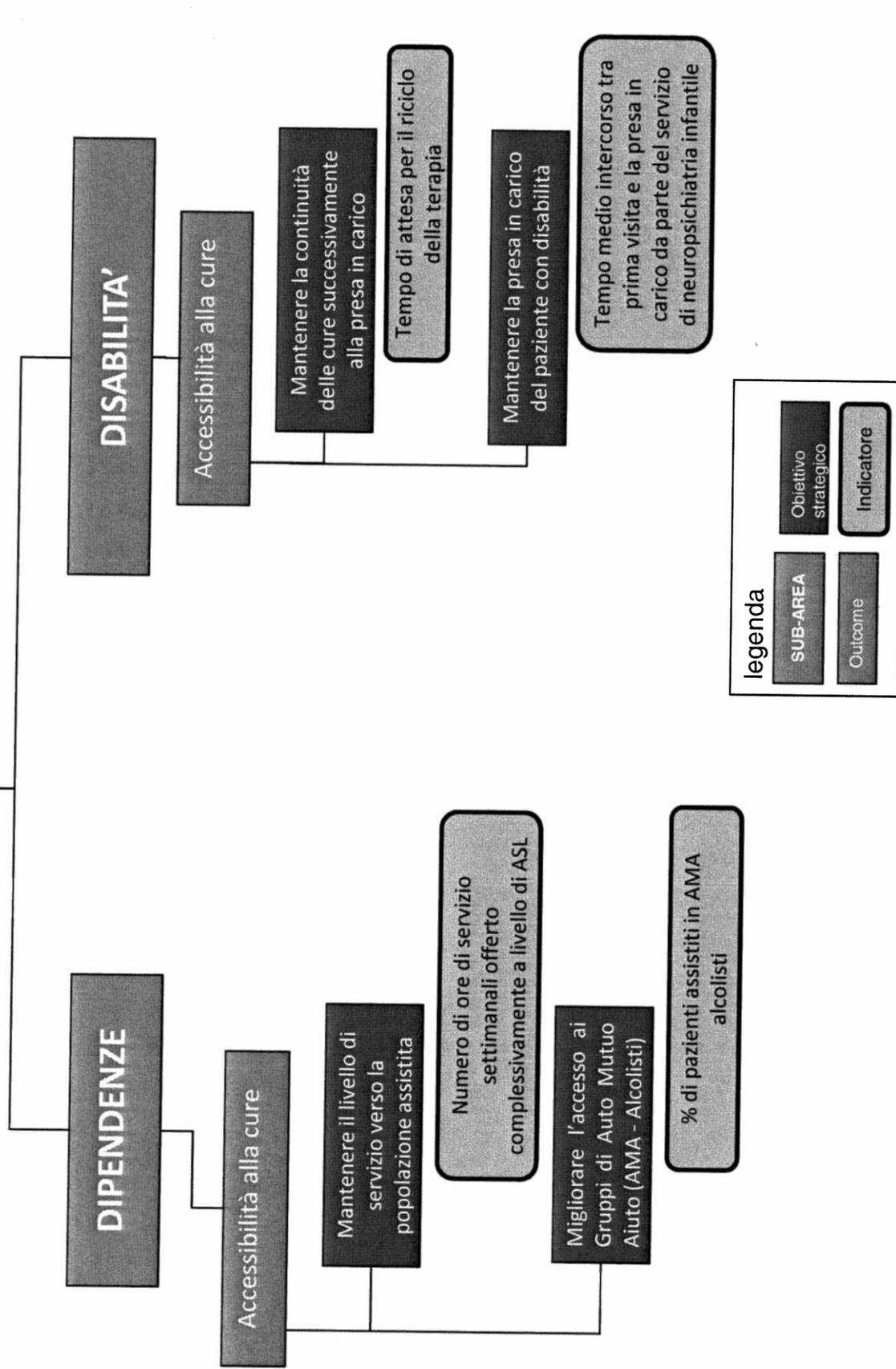
### PRINCIPALI SFIDE

- ✓ Aumento della copertura vaccinale per bambini di età inferiore ai 2 anni
- ✓ Mantenimento copertura vaccinale infantile
- ✓ Continuità assistenziale nella gestione del post parto
- ✓ Continuità delle cure successivamente alla presa in carico dei pazienti con età inferiore ai 18 anni e con disabilità *solo con assunzione di personale* previa autorizzazione della Regione Lazio
- ✓ Fronteggiamento dell'emergenza sulla accessibilità ai servizi di neuro-psichiatria infantile (*con assunzione di personale* previa autorizzazione della Regione Lazio)
- ✓ Migliorare l'accesso ai Gruppi di Auto Mutuo Aiuto

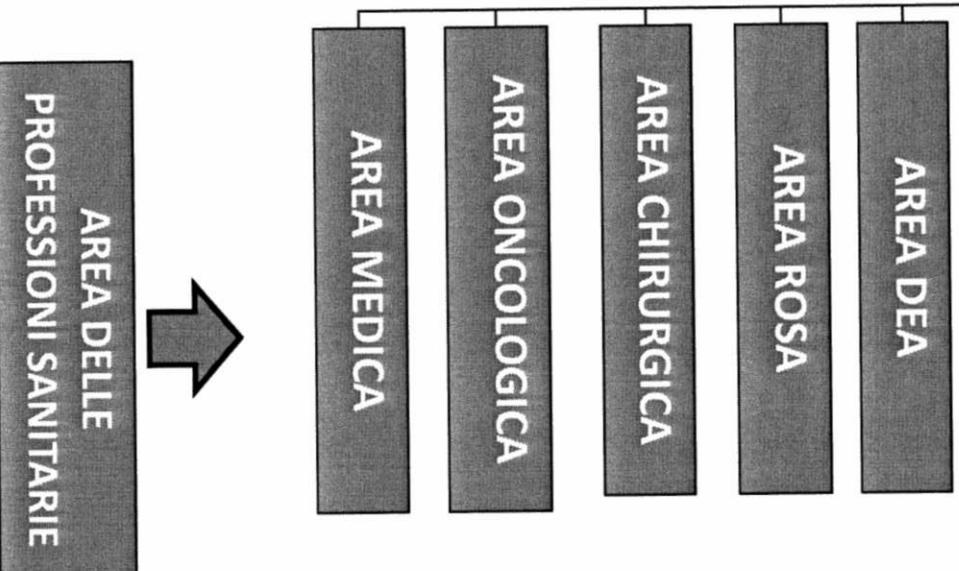
# AREA 4 – ASSISTENZA MATERNO – INFANTILE E DELLA FRAGILITA'



# AREA 4 – ASSISTENZA MATERNO – INFANTILE E DELLA FRAGILITA'



## AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA



### PRINCIPALI SFIDE

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

# AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA

## AREA DEA

Accessibilità ai servizi di Pronto Soccorso

Mantenimento del tempo di attesa in Pronto Soccorso

Tempo medio di attesa dei pazienti in Pronto Soccorso per i codici bianchi e verdi

Accessibilità ed efficacia organizzativa dei ai servizi

Migliorare l'appropriatezza

% pazienti presi in carico in area triage ogni 20 minuti con codice giallo e ogni 30 minuti con codice verde

Riduzione del dolore

Monitoraggio del dolore in Pronto Soccorso

% di pazienti in Pronto Soccorso monitorati ogni 30 minuti con scale del dolore (NRS e VAS)

Applicazione delle Linee Guida «Ospedale Senza Dolore»

% di applicazione delle scale per la valutazione del dolore

legenda

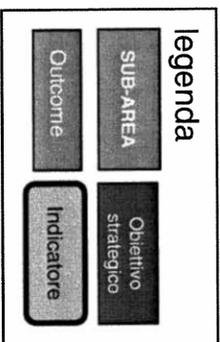
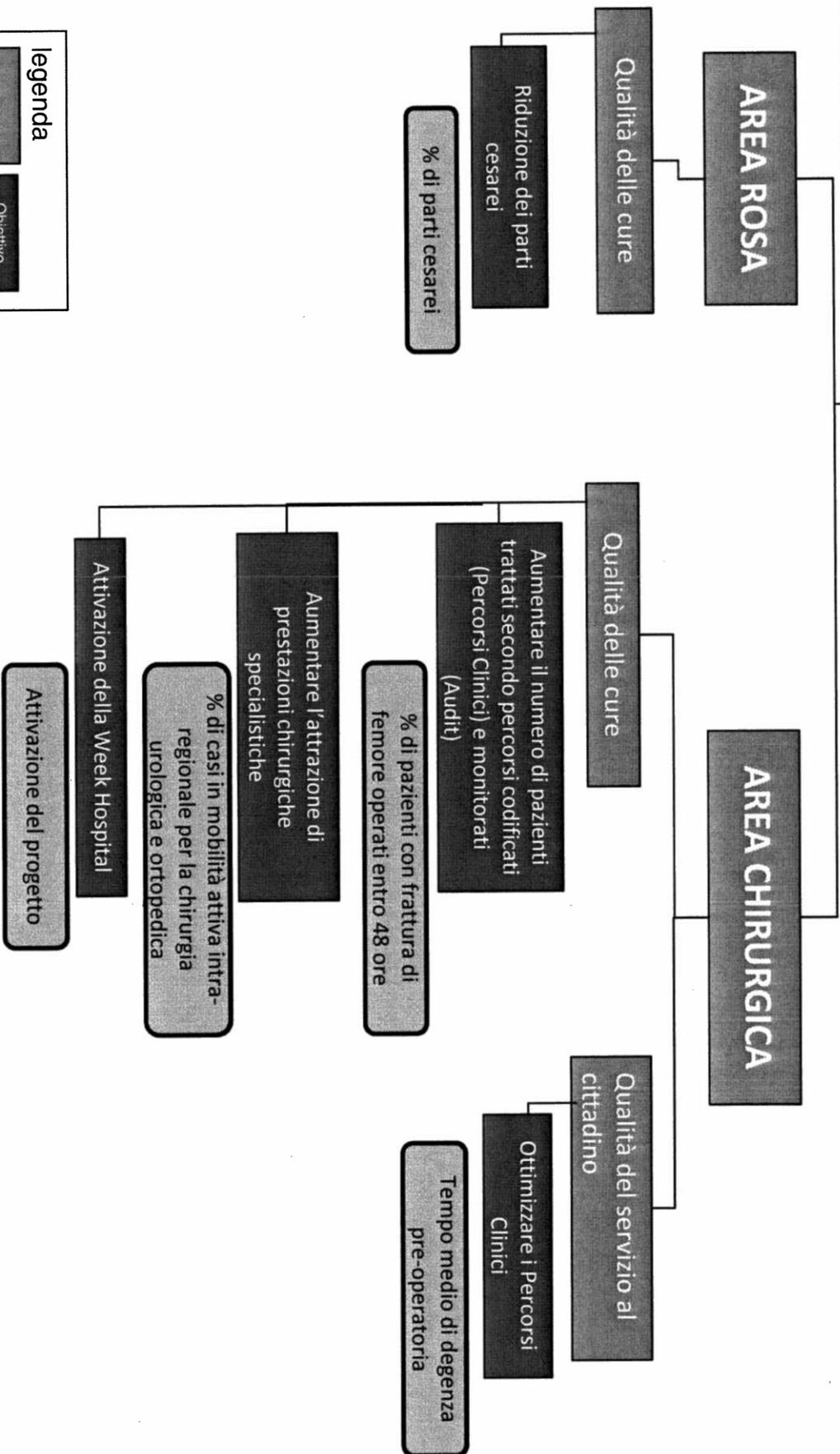
SUB-AREA

Obiettivo strategico

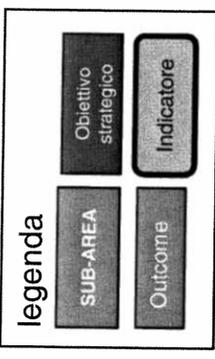
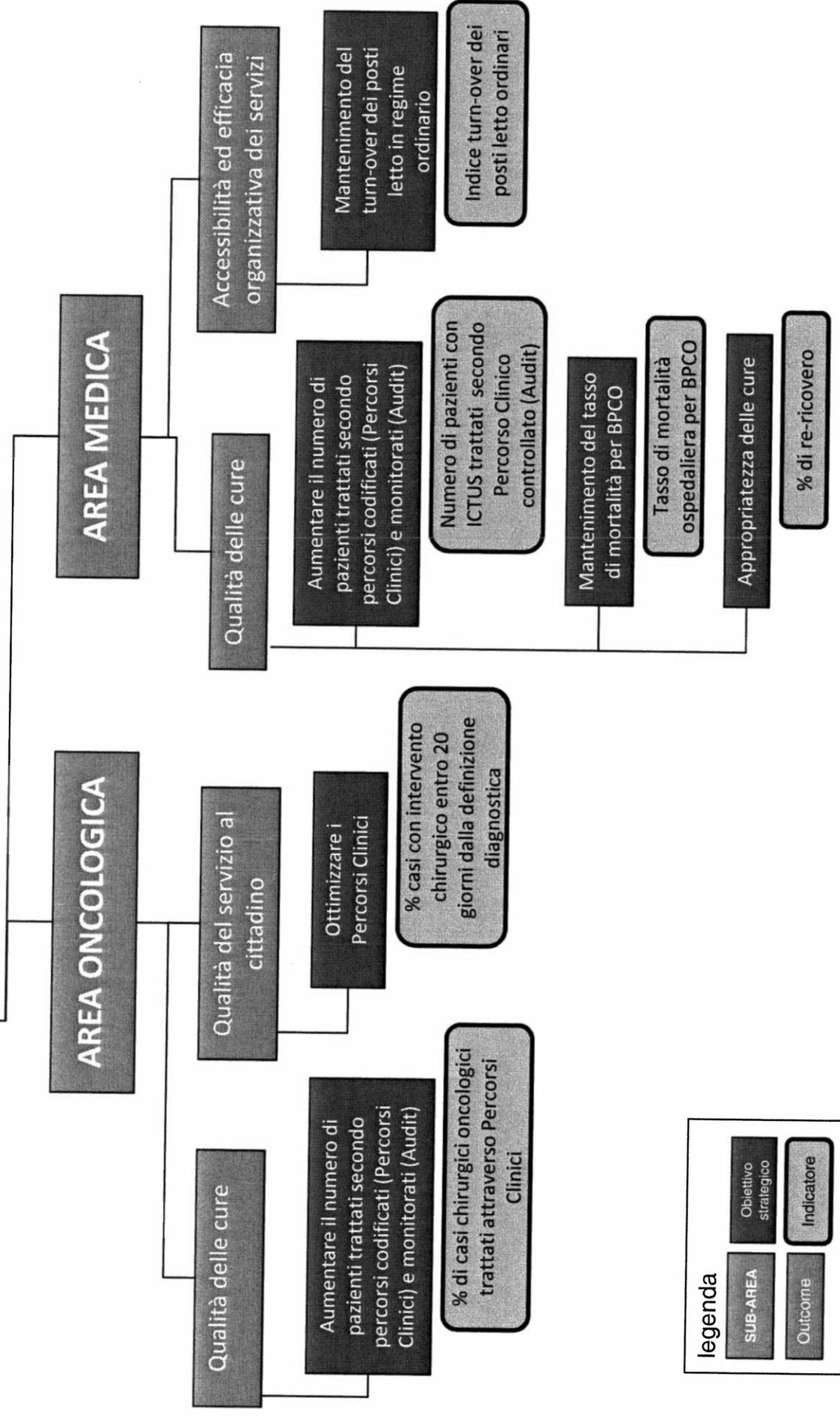
Outcome

Indicatore

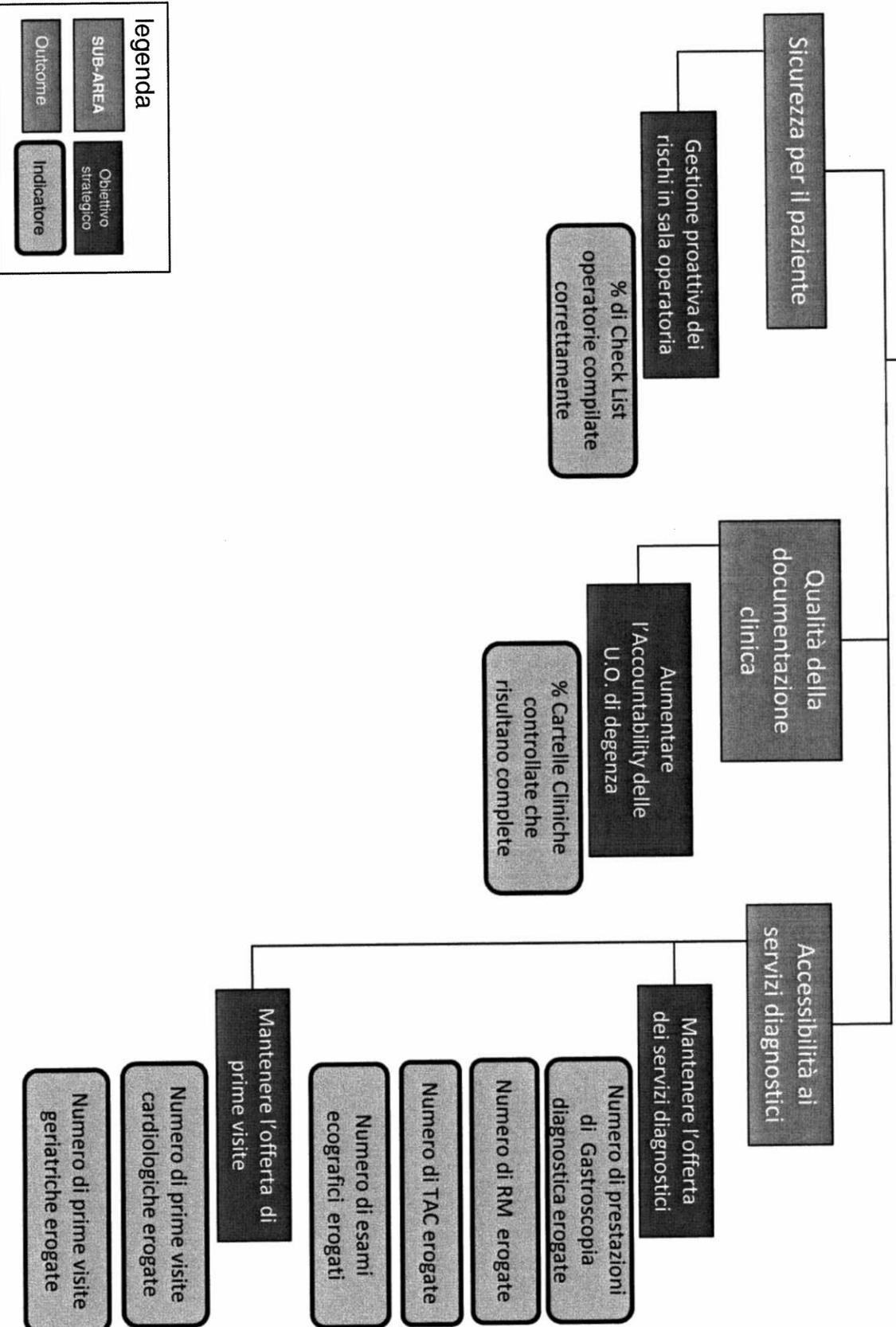
# AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA



# AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA



# AREA 5 – ASSISTENZA OSPEDALIERA



**legenda**

SUB-AREA	Obiettivo strategico
Outcome	Indicatore



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

---

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

## **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 (Sviluppo Strategico ed Organizzativo, Controllo di Gestione, Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari, Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute, ReCUP), alcune strutture di supporto tecnico-amministrativo, altri Direttori di Unità Operativa e l'Organismo Indipendente di Valutazione.

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



## **ANALISI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO GESTIONALE DELLE PERFORMANCE**

---

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

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

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

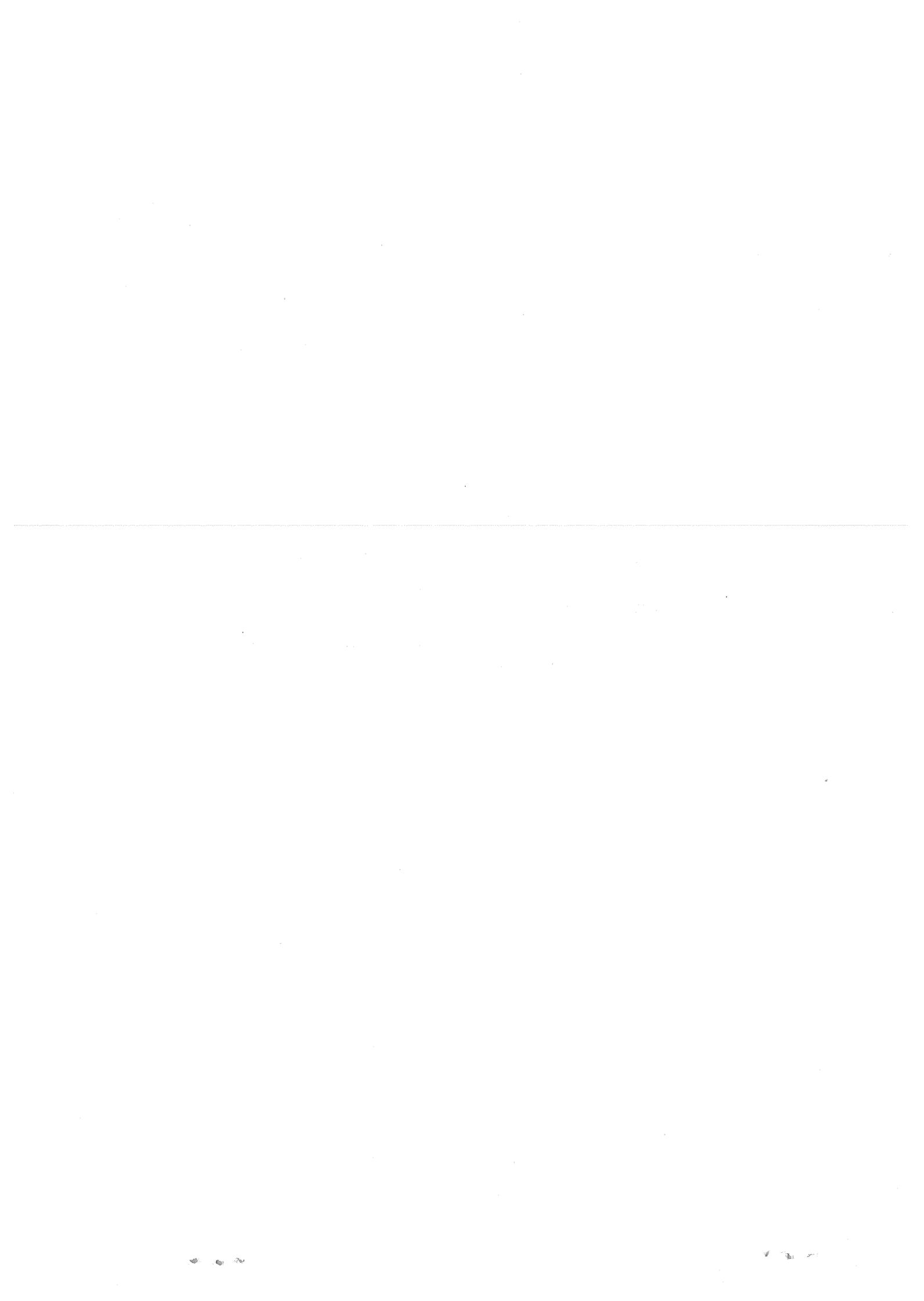


# ALLEGATO

---

- Allegato A – Piano della Prestazione e dei Risultati





AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBBIETTIVO STRATEGICO	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Piano 2014	Piano 2015	Piano 2016	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Migliorare la copertura vaccinale degli ultra 65enni	Numero di vaccinazioni effettuate/Totale popolazione residente ultra 65-enni	67%	68%	69%	dato disponibile ad aprile 2014	73%	≥ 73%	73%	75%	Ministero della Salute	
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Migliorare la copertura vaccinale sulla popolazione residente adulta tra i 18 e 65 anni	Numero di vaccinazioni effettuate/Totale popolazione residente adulta tra 18 e 65 anni	6,01	9,18	10,00	15,41	≥ 12	≥ 12	≥ 12	n.d.		
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Realizzare campagne di informazione e formazione agli studenti delle scuole medie superiori (15-19 anni)	Numero di giovani tra 15 e 19 anni formati	900	900	900	dato disponibile ad aprile 2014	900	≥ 900	≥ 900	n.d.		
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Controllare il 100% dei centri sportivi, palestre e piscine (ricerca legionella)	Numero di controlli effettuati/ Totale centri sportivi, palestre e piscine	25%	50%	Completato nel triennio 2010-2012 con l'ulteriore 25%	100%	50%	50%	50%	50% nel biennio	Standard interno	
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Controllare il 100% delle strutture ricettive (alberghi ed agriturismi) (ricerca legionella)	Numero di controlli effettuati/ Totale strutture ricettive	30%	30%	Completato nel triennio 2010-2012 con l'ulteriore 40%	30%	30%	40%	30%	100% nel triennio	Standard interno	
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Controllare il 100% delle strutture socio-sanitarie presenti sul territorio	Numero di controlli effettuati/ Totale strutture	-	-	-	30%	30%	40%	-	100% nel triennio 2013-2015	Standard interno	
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Controllare il 100% degli studi odontoiatrici presenti sul territorio	Numero di controlli effettuati/Totale studi odontoiatrici	-	-	-	30%	30%	40%	-	100% nel triennio 2013-2015	Standard interno	
PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Controllare le strutture insalubri a rischio di presenza di amianto	Numero controlli effettuati per amianto / Totale richieste	-	-	-	100%	100%	100%	100%		Standard interno	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Fornire assistenza ai datori di lavoro per la tutela della salute dei lavoratori	Numero di vaccinazioni antitetaniche eseguite/numero vaccinazioni antitetaniche richieste	100%	100%	100% (9/9)	100% (21/21)	100%	100%	100%	100%	Standard interno	
PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	Numero aziende afferenti a tutti i comparti vigilate / Numero aziende presenti sul territorio	503 / 5691	513 / 5933	8,6% (504/5869)	9,2% (538/5816)	≥ 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	Numero aziende del comparto edilizia vigilate / Numero aziende richieste dai LEA	236 / 236	350 / 350	100% (350/350)	100% (350/350)	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	Numero aziende del comparto agricoltura vigilate / Numero aziende richieste dai LEA	45 / 45	40 / 40	100% (45/45)	100% (55/55)	100%	100%	100%	100%	LEA Regione Lazio	
PREVENZIONE	IGIENE ALIMENTARE E NUTRIZIONE	Monitoraggio potabilità dell'acqua	Numero punti prelievo acqua controllati/Numero punti prelievo totali	323/750	300/750	300/750	312/750	300/750	300/750	300/750	30%	D.Lgs 31/2002	
PREVENZIONE	PREVENZIONE VETERINARIA	Attuare i Piani di bonifica Sanitaria al fine di evitare zoonosi attraverso la profilassi di Stato - Controllo zoonosi (BRC,TBC)	Allevamenti controllati/Totale allevamenti controllabili	99,8%	99,8%	76,5%	100,0%	99,8%	99,8%	99,8%	99,8%	Dato medio nazionale 2008	
PREVENZIONE	PREVENZIONE VETERINARIA	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale	Numero Check List Reg. CEE 882/2004 applicate/Totale Check List Reg. CEE 882/2004 applicabili	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Regolamento CEE 882/2004	
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Mantenimento vaccinazioni HPV	Numero vaccinazioni effettuate/Totale offerta attiva	81%	84%	80%*	85,4%	85%	85%	90%	95,0%	Piano Regionale di Prevenzione	*la leggera flessione nel numero di vaccinazioni HPV è da attribuirsi alla parziale mancata adesione del target di popolazione di riferimento (inviate lettere-invito a tutto il target di riferimento)
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Adesione alle campagne di screening mammografico (aumento inviti a popolazione target)	Numero di inviti / popolazione bersaglio *100	31,3%	14,5%	57,7%*	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione	Ripresa attività	100%	100%	100% nel biennio	Obiettivo regionale (ASL Lazio)	*l'obiettivo ha dato risultati più che rispondenti alle aspettative grazie all'attivazione di un mezzo mobile per i distretti periferici

AREA STRATEGICA	SUB AREA	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Piano 2014	Piano 2015	Piano 2016	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Adesione alle campagne di screening colon retto (aumento inviti a popolazione target)	80,3%	94,1%	76,8%	12,2%	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione	Ripresa attività	100% nel triennio	100%	Obiettivo regionale (ASL Lazio)	condizionato alla disponibilità di personale per l'esecuzione di pap-test
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Adesione alle campagne di screening colon retto (aumento inviti a popolazione target)	5,0%	-	12,2%	Attività sospesa in attesa di riorganizzazione	Ripresa attività	100%	100% nel biennio	100%	Obiettivo regionale (ASL Lazio)	condizionato alla disponibilità di sedute di colonoscopia
ASSISTENZA	MEDICINA DI BASE	Rafforzamento rete assistenziale	-	-	-	Progettati ed attivati Percorsi Clinici e Organizzativi (PCO): BPCO e TAO	Attivo percorso BPCO e TAO, in Monitoraggio aderenza	Monitoraggio aderenza PCO	Monitoraggio aderenza PCO	n.d.	-	* in base alle disponibilità del MMG
ASSISTENZA	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Mantenere il livello di servizio degli ADI/Residenti over 65 assistiti in	3,9%	4,2%	4,3%	4,8% (135/2767>55aa)	4,2%	4,2%	4,2%	5,0%	Obiettivo regionale	mantenimento senza ulteriore riduzione di personale
ASSISTENZA	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti che necessitano di fisioterapia in ADI in "fase post acuta"	4,65 gg	4,79 gg	3,7 gg	3 gg	4 gg	4 gg	4 gg	entro 5 gg	Standard interno	senza ulteriore riduzione di personale
ASSISTENZA	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Presa in carico dei pazienti che necessitano di fisioterapia di ADI nei Distretti 1 (2 cicl-anno)	283,3 gg**	283,3 gg**	150 gg	150 gg	150 gg	150 gg	150 gg	180 gg	Standard interno	Mantenimento senza ulteriore riduzione di personale. Il Distretto si avvale della struttura convenzionata "Mondo Riabilitazione", Con il DCA Reg. Lazio n. 39/2012 sono state introdotte nuove modalità di gestione della cronicità in ADI. **Distretti 1,4 e 5
ASSISTENZA	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Presa in carico dei pazienti che necessitano di fisioterapia di ADI nei Distretti 4 e 5 (2 cicl-anno)	283,3 gg**	283,3 gg**	187 gg	30gg dalla richiesta del medico 180 gg dalla precedente	180 gg	200 gg	200 gg	180 gg	Standard interno	Mantenimento senza ulteriore riduzione di personale. Il Distretto si avvale della struttura convenzionata "Mondo Riabilitazione" per 5 pazienti della zona di Amatrice essendo venuta meno una unità di personale Tecnico di Riabilitazione. Con il DCA Reg. Lazio n. 39/2012 sono state introdotte nuove modalità di gestione della cronicità in ADI. **Distretti 1,4 e 5
ASSISTENZA	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Mantenere la presa in carico dei pazienti che necessitano di fisioterapia di ADI alla presa in carico del paziente	180 gg	180 gg	180 gg	180 gg	180 gg	180 gg	180 gg	180 gg	Standard interno	Mantenimento in assenza di ulteriore riduzione di personale
ASSISTENZA	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Mantenere il livello di servizio per pazienti inviati dall'UVMO con frattura di femore da trattare in ADI* * 100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Standard interno	* Inviati dall'UVMO
ASSISTENZA	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Mantenere il livello di servizio per pazienti inviati dall'UVMO con ICTUS da trattare in ADI*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Standard interno	* Inviati dall'UVMO
ASSISTENZA	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Mantenere il livello di servizio per diabetiche presi in carico/Totale dimessi per diabetiche presi in carico/Totale dimessi per diabetiche da trattare in ADI*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Standard interno	* Inviati dall'UVMO
ASSISTENZA	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (scempenso cardiaco)	398,7	311,7	352,1	110 (al netto della mobilità passiva)	200	200	200	307,4	Valore medio nazionale 2008 - Sivas - T2	
ASSISTENZA	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete)	269,6	394,2	129,7	50	54	54	54	53,9	Valore medio nazionale 2008 - Sivas - T3	

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Piano 2014	Piano 2015	Piano 2016	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (BPCO)	Numero di ricoveri (50-74 anni) con diagnosi principale BPCO/ popolazione (50-74 anni)*100.000	325,1	238,8	91,1	80,1	91	91	91	166,5	Valore medio nazionale 2008 - Siveas - T4	Frutto dell'accordo con i MMG e dell'attivazione dell'OBI
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (BPCO)	Numero di ricoveri a 180 gg (esclusi ricoveri entro 30gg) con diagnosi principale BPCO/ polazione residente	6,18%	6,82%	3%	2%	3%	3%	3%	3%	Standard interno	
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (ICTUS)	Numero di ricoveri a 180 gg (esclusi ricoveri entro 30gg) con diagnosi principale ICTUS/ polazione residente	1,84%	1,38%	2,7%	5%	3%	3%	3%	3%	Standard interno	Nel 2012 è stato attivato il percorso per la gestione del paziente con ICTUS in PS in modo da rendere appropriato l'eventuale ricovero o re-ricovero.
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (scompenso)	Numero di ricoveri a 180 gg (esclusi ricoveri entro 30gg) con diagnosi principale Scompenso Cardiaco/ polazione residente	9,20%	11,35%	10,9%	6,2%	7%	7%	7%	9%	Standard interno	
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete)	Numero di ricoveri a 180 gg (esclusi ricoveri entro 30gg) con diagnosi principale Diabete/ polazione residente	1,50%	2,65%	3,6%	2,9%	3%	3%	3%	3,5%	Standard interno	L'aumento è giustificato dal notevole abbattimento dei ricoveri per diabete nell'anno 2012 (dal 394% a 129%). I pazienti ricoverati sono ora i più gravi e quindi i più soggetti a re-ricovero.
ASSISTENZA DISTRETTUALE	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Mantenimento del tasso di ospedalizzazione globale	Numero di ricoveri ordinari dei residenti/popolazione residente*1.000	115,8*	110*	79,65 (manca mobilità passiva)	74,6 (manca mobilità passiva)	100	100	100	124,5	Valore medio nazionale 2008 - Siveas - H1	*la mobilità passiva è stimata
ASSISTENZA DISTRETTUALE	FARMACEUTICA TERRITORIALE	Agevolare la prenotazione di prestazioni sanitarie presso le farmacie	Numero farmacie eroganti servizio CUP/Totale farmacie	0	72/74	72/74	72/74	72/74	Passaggio a progetto Regionale	-	n.d.		Delle 74 farmacie presenti in sul territorio è stato possibile attivare il progetto solo in 72 in quanto una risulta chiusa ed un'altra non operativa.
ASSISTENZA DISTRETTUALE	FARMACEUTICA TERRITORIALE	Attivazione servizi assistenziali (ADI) presso farmacie della provincia	Sigla accordo con OO.SS Farmacisti	-	-	Accordo siglato in data 20/12/2012 da attivarsi il 01/03/2013	Consuntivo primi 6 mesi accordo: Totale accessi 3106 Totale prestazioni 6301	Monitoraggio ed eventuale sviluppo del progetto	Monitoraggio ed eventuale sviluppo del progetto	Monitoraggio ed eventuale sviluppo del progetto	n.d.		
ASSISTENZA DISTRETTUALE	FARMACEUTICA TERRITORIALE	Progetto di monitoraggio attivo su particolari patologie	n. pazienti monitorati/ n. pazienti eleggibili	-	-	-	sviluppo progetto con neurologia per sclerosi multipla. Monitoraggio primi mesi: - 103 pz arruolati - 15% monitorati	30%	40%	50%	n.d.		
ASSISTENZA DISTRETTUALE	FARMACEUTICA TERRITORIALE	Mantenimento della spesa farmaceutica territoriale	Spesa farmaceutica/ Assistibili pesati (Sistema TS)	€ 670,56	€ 638,91	€ 577,84	€ 567,75*	€ 577,84	€ 577,84	€ 577,84	€ 672,73	Valore medio Regione Lazio (Sistema TS) - primi 11 mesi 2011	*dato novembre 2013
ASSISTENZA DISTRETTUALE	HOSPICE	Migliorare la presa in carico dei pazienti in Hospice residenziale e domiciliare	Numero giorni medi di attesa dalla richiesta alla presa in carico dei pazienti terminali	-	20 giorni	≤ 15 giorni	10 giorni	10 giorni*	8 giorni*	7 giorni*	n.d.		*Da valutare a seguito della messa a regime del protocollo fra Hospice e Pronto Soccorso
ASSISTENZA DISTRETTUALE	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Aumentare la soddisfazione del paziente nelle strutture territoriali	Numero di indagini di C.S. effettuate ogni anno	0	assistenza domiciliare del Materno Infantile	Effettuata indagine per ADI, FKT, Poliambulatorio e Materno Infantile*	Effettuata indagine per ADI, FKT, Poliambulatorio, Materno Infantile* e SERT** n. 6603 questionari	Effettuare indagini per assistenza domiciliare del Materno Infantile, ADI, FKT, poliambulatorio, Materno infantile e SERT	Effettuare indagini per assistenza domiciliare del Materno Infantile, ADI, FKT, poliambulatorio, Materno infantile e SERT	Effettuare indagini per assistenza domiciliare del Materno Infantile, ADI, FKT, poliambulatorio, Materno infantile e SERT	n.d.		*indagine al 30/11/2012 ** indagine al 01/11/2013
ASSISTENZA DISTRETTUALE	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Mantenere le prestazioni dell'ambulatorio infermieristico	Numero prestazioni effettuate nell'ambulatorio infermieristico	2.969	3.148	3.680	6.410 (di cui 2.400 prelievi di sangue venoso-capillare)*	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	n.d.		Sedi: 5 Distretti + CeCAD Magliano *al 30.11.2013 L'aumento delle prestazioni infermieristiche è derivato dalla campagna informativa rivolta ai MMG e alle farmacie effettuata nell'aprile 2013
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Ottimizzare la gestione di pazienti gravi (schizofrenie)	Numero di ricoveri di nuovi casi gravi (schizofrenie)	2	2	0	≤ 1	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	Standard interno	aumento del benchmark in considerazione della particolare congiunzione socio-economica
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Ottimizzare la gestione di pazienti gravi (Ospedalizzazione TSO)	Numero di TSO	59	51	42	35	45	45	45	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Ridurre i ricoveri ripetuti	DRG da 425 a 433; 523 riospedalizzati entro 90gg	31,47% (118)	25,15% (84)	20,85%	27%	25%	20%	20%	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Ridurre l'utilizzo di farmaci antidepressivi	Spesa Antidepressivi*/DDD Antidepressivi (Sistema TS)	€ 0,68	€ 0,68	€ 0,68	€ 0,67 *	€ 0,66	€ 0,65	€ 0,65	€ 0,65	Valore Medio Regione Lazio (Sistema TS) - primi 11 mesi 2011	spesa lorda della classe N06A (antidepressivi) *dato aggiornato al mese di novembre 2013

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBETTIVO STRATEGICO	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Piano 2014	Piano 2015	Piano 2016	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Gestire il paziente al domicilio	Nuovi casi: numero contatti con familiari dei pazienti (contatti di persona e/o telefonici, ambulatoriali e/o domiciliari, registrati su GDSM)	-	-	-	≤ 6	≤ 6	≤ 6	≤ 6	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Reinserire socialmente i pazienti con problemi di salute mentale	Numero pazienti in carico nei centri diurni	72	75	88	93	84	84	84	n.d.		
SALUTE MENTALE	SALUTE MENTALE	Favorire il reinserimento dei pazienti nel mondo del lavoro	Numero inserimenti lavorativi/Totale pazienti in carico inseribili	80% (70/88)	81% (82/101)	81%	100% (60/60)	81%	81%	81%	>70%	Standard interno	*22/12/2012
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	MATERNO INFANTILE	Aumentare il livello di fiducia nei confronti del servizio assistenziale della ASL (parto)	Totale donne partecipanti ai corsi/Nati totali in provincia	45%	51%	52%	71%	75%	75%	75%	n.d.		condizionato dalla disponibilità di accesso alle strutture ospedaliere ostetrico-ginecologiche
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	MATERNO INFANTILE	Aumentare il livello di fiducia nei confronti del servizio assistenziale della ASL	Mobilità passiva parti/Totale parti di residenti (DRG da 370 a 375)	44%	46%	47%	In attesa dei dati regionali di mobilità passiva*	35%	35%	35%	n.d.		*dato rilevabile a maggio 2014
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	MATERNO INFANTILE	Formare ed informare	Numero di genitori partecipanti ai corsi di preparazione al parto	-	820	697	739	860	860	860	n.d.		
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	MATERNO INFANTILE	Aumentare la copertura vaccinale per morillo, parotite, rosolia per minori di 2 anni	Infanti vaccinati/Totale infanti morillo, parotite, rosolia per minori di 2 anni	76,0%	75,2%	80,8%	86,4%	87%	88%	90%	95,0%	Piano Regionale di Prevenzione	
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	MATERNO INFANTILE	Mantenere la copertura vaccinale infantile per morillo, parotite, rosolia	Chiamata attiva/Totale infanti da invitare	99,6%	99,8%	99%	99,0%	99%	99%	99%	95,0%	Piano Regionale di Prevenzione	
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	DISABILITA'	Mantenere la continuità delle cure	Gorni medi intercorrenti tra i cicli di terapia	480 gg	540 gg	< 3 anni 450 gg	< 3 anni 600 gg	< 3 anni 450 gg	< 3 anni 600 gg	< 3 anni 300 gg	90 gg	Ministero Salute	Mantenimento senza ulteriore riduzione di personale
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	DISABILITA'	Mantenere la presa in carico del paziente con disabilità	Tempo medio percorso tra prima visita e la presa in carico	90 gg Psicomotricità;	90 gg Psicomotricità;	180 gg Psicomotricità;	450 gg Logopedia;	720 gg Logopedia;	720 gg Logopedia;	500gg Psicomotricità;	90 gg	Ministero Salute	Mantenimento senza ulteriore riduzione di personale
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	DIPENDENZE	Mantenere il livello di servizio verso la popolazione assistita	Numero di ore settimanali di apertura del servizio ogni 1000 residenti	0,23	0,22	0,22	0,23	0,22	0,22	0,23	n.d.		
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	DIPENDENZE	Migliorare l'accesso ai Gruppi di Auto Aiuto (AMA alcolisti)	Migliorare l'accesso ai Gruppi di Auto Aiuto (AMA alcolisti)	40 / 270	43 / 283	58 / 310	57 / 315	55 / 325	58 / 330	60 / 330	n.d.		
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	AREA DEA	Migliorare l'appropriatazza (% di pazienti presi in carico in area Soccorso monitorati con codici giallo e verde/Totale dei pazienti in Pronto Soccorso con codice giallo e verde)	Numero di pazienti di Pronto Soccorso monitorati con codici giallo e verde/Totale dei pazienti in Pronto Soccorso con codice giallo e verde	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	n.d.		
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	AREA DEA	Monitoraggio del dolore in Pronto Soccorso (% pazienti in PS monitorati con scala del dolore)	% pazienti in Pronto Soccorso cui sono applicate le scale del dolore	0	0	avviato progetto	La scheda viene regolarmente utilizzata.	90%	90%	90%	n.d.		
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	AREA DEA	Applicazione delle linee guida "Ospedale Senza Dolore"	% applicazione delle scale per la valutazione del dolore	0	0	avviato progetto	avviato progetto	100%	100%	100%	n.d.		
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	AREA DEA	Mantenimento del tempo di attesa in Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi	Tempo medio di attesa dei pazienti che effettuano accessi in Pronto Soccorso per codice bianco e verde (in minuti)	67,7	70,8	56,9*	70	70	70	70	n.d.		*30/09/2012
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	AREA ROSA	Riduzione dei parti cesarei	Parti cesarei (DRG 370-371)/totale parti (DRG da 370 a 375)*100	52%	50%	52%	45%	40%	39%	39%	39,91%	Valore medio nazionale 2008 - Sivas - H9	
ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELLE FRAGILITA'	AREA CHIRURGICA	Aumentare l'attrazione di prestazioni chirurgiche specialistiche (urologia ed ortopedia)	Numero di casi urologici e ortopedici chirurgici ordinari in mobilità attiva/Totale prestazioni chirurgiche ordinarie urologiche e ortopediche	Urologia: 12,9% Ortopedia: 8,7%	Urologia: 15,2% Ortopedia: 20,5%	Urologia: 16,5% Ortopedia: 25,6%	Urologia: 14% Ortopedia: 17%	Urologia: 14% Ortopedia: 17%	Urologia: 14% Ortopedia: 17%	Urologia: 14% Ortopedia: 17%	n.d.		

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Consuntivo 2012	Consuntivo 2013	Piano 2014	Piano 2015	Piano 2016	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Aumentare in numero di pazienti trattati secondo percorsi codificati (Percorsi Clinici) e monitorati (Audit)	Numero di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore/Totale pazienti con frattura del femore	5%	9%	8%*	23%	25%	30%	35%	35,9%	Valore medio nazionale 2008 - Siveas - H11	*a causa del collocamento a riposo di un ortopedico. La programmazione triennale tiene conto di una riorganizzazione delle attività
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Attivazione del Week Hospital	Attivazione del progetto	-	-	Attuate due fasi	Completato ed aperto il Blocco Parto	completamento del progetto	attivazione del progetto	-	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA CHIRURGICA	Ottimizzare i Percorsi Clinici	Tempo medio di degenza pre-operatoria per i ricoveri chirurgici programmati, non urgenti o in preospedalizzazione (esclusi i trapianti)	1,6 gg	1,9 gg	1,5 gg	1,7 gg	1,5 gg	1,38 gg	1,38 gg	1,38 gg	valore medio nazionale 2008 - Siveas - H13	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ONCOLOGICA	Aumentare in numero di pazienti trattati secondo percorsi codificati (Percorsi Clinici) e monitorati (Audit)	Numero casi chirurgici oncologici gestiti su Percorsi Clinici/Totale casistica chirurgica oncologica	75,2%	89,4%	85,0%	In attesa dei dati regionali di mobilità	80%	80%	80%	n.d.		Ad oggi attivi Percorsi Clinici su tumori mammella, colon retto, prostata, vescica
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA ONCOLOGICA	Ottimizzare i Percorsi Clinici	Casi con intervento chirurgico entro 20 giorni dalla definizione diagnostica/Totale casi	90%	95%	95%	95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Mantenimento del turn over dei posti letto in regime ordinario	Numero di ricoveri medici ordinari/Numero di posti letto	41,9	42,6	43,9	44	> 43	> 43	> 43	> 43	Standard interno	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Appropriatezza delle cure (% di re-ricovero)	Re-ricovero entro 30gg per lo stesso DRG/Totale ricoveri * 100	9,8%	5,0%	2,9%	2,7	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	Standard interno	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Aumentare in numero di pazienti con ICTUS trattati secondo percorsi codificati (Percorsi Clinici) e monitorati (Audit)	Numero di pazienti con ICTUS trattati secondo Percorso Clinico ad indirizzo riabilitativo	80%	75%	78%	80%	90%	90%	90%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA MEDICA	Mantenimento del tasso di mortalità per BPCO	Totale morti per BPCO durante il ricovero/Totale ricoveri per BPCO	0,69	0,56	0,80*	1,2	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	Standard interno	*valore ampiamente al di sotto della mortalità ospedaliera nazionale e internazionale pari all'8%. Tale straordinario risultato è frutto dell'applicazione del Percorsi Clinici e Organizzativi ed in particolare dell'attento e certificato monitoraggio della saturazione dell'ossigeno e dell'anidride carbonica.
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Mantenere l'offerta di servizi diagnostici	Numero di prestazioni di gastroscopia diagnostica erogate	2.607	2.519	2.295	2.280	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Mantenere l'offerta di servizi diagnostici	Numero di RM erogate	3.367	3.177	2.732	3.088	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Mantenere l'offerta di servizi diagnostici	Numero di TAC erogate	6.935	7.729	8.380	8.362	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Mantenere l'offerta di servizi diagnostici	Numero di esami ecografici erogati	23.237	19.308	19.367	22.962	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Mantenere l'offerta di prime visite	Numero di prime visite cardiologiche erogate	13.840	13.347	12.977	12.580	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Mantenere l'offerta di prime visite	Numero di prime visite geriatriche erogate	874	1.447	791	526	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	Mantenimento offerta	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Gestione proattiva dei rischi in sala operatoria	Numero di Check List compilate correttamente/Numero totale di cartelle cliniche controllate	49%	34%	56,9%	94%*	95%	100%	100%	100%	Standard interno	*dato a novembre 2013 Lo straordinario risultato è frutto della procedura adottata in azienda e del monitoraggio mensile effettuato
ASSISTENZA OSPEDALIERA	ASSISTENZA OSPEDALIERA	Aumentare l'Accountability delle U.O. di degenza	Cartelle Cliniche complete/Totale Cartelle cliniche controllate	64%	85,7%	84,8%	82%	100%	100%	100%	100%	Standard interno	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Ottimizzare i Percorsi Clinici integrandoli con gli aspetti assistenziali (infermieristici)	Numero di Percorsi Clinici integrati/Totale Percorsi Clinici attivi	-	-	10/27	5/17	ulteriori 7 percorsi	ulteriori 5 percorsi	ulteriori eventuali percorsi attivati	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Mantenere le prestazioni infermieristiche	Numero prestazioni effettuate nell'ambulatorio infermieristico	7.756	6.958	8.928	8.842*	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.  *dato al 30/11/2013

AREA STRATEGICA	SUB AREA	OBBIETTIVO STRATEGICO	MODALITA' CALCOLO	Consumtivo 2010	Consumtivo 2011	Consumtivo 2012	Consumtivo 2013	Piano 2014	Piano 2015	Piano 2016	Benchmark	Fonte Benchmarking	NOTE
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Mantenere le prestazioni infermieristiche in tele nursing	Numero di pazienti trattati in tele nursing	43	42	35*	34**	42	42	42	n.d.		*Nel corso del 2012 sono stati monitorati 40 pz. 5 dei quali deceduti nel corso dell'anno **Nel corso del 2013 sono stati monitorati 47 pz. 8 dei quali deceduti nel corso dell'anno e 4 hanno sospeso il monitoraggio per miglioramento delle condizioni cliniche
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Mantenere le prestazioni infermieristiche in ambulatorio per BPCO	Numero pazienti con BPCO trattati in ambulatorio infermieristico	1.585	1.722	1.700	1.681*	1.700	1.700	1.700	n.d.		*al 30/11/2013
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Aumentare le prestazioni infermieristiche in ambulatorio per scompenso cardiaco	% di pazienti con scompenso cardiaco trattati in ambulatorio infermieristico	-	-	-	-	30%	50%	70%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Gestione proattiva del rischio attraverso la corretta compilazione delle Schede Uniche di Terapia (SUT)	Numero di SUT complete correttamente/Totale SUT analizzate	-	-	-	-	> 90%	> 90%	> 90%	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Misurare la soddisfazione del paziente	Numero di reclami (in prevalenza su qualità dell'assistenza e della comunicazione)	38	36	17 reclami su qualità dell'assistenza e della comunicazione	37 reclami di cui 19 su qualità dell'assistenza e della comunicazione	Riduzione dei reclami per scarsa qualità (umanizzazione e accoglienza)	Riduzione dei reclami per scarsa qualità (umanizzazione e accoglienza)	Riduzione dei reclami per scarsa qualità (umanizzazione e accoglienza)	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Migliorare la qualità delle informazioni rese al cittadino	Numero di unità operative che adottano strumenti informativi (opuscoli) per il paziente in merito a specifiche patologie e modalità di trattamento delle stesse all'interno del servizio	0	0	Redatti 3 opuscoli. I Dirigenti di struttura vogliono dividerli con il personale prima dell'introduzione definitiva	Redatti 5 opuscoli, condivisi con i Dirigenti di struttura, in attesa di pubblicazione	5	5	5	n.d.		
ASSISTENZA OSPEDALIERA	AREA PROFESSIONI SANITARIE	Migliorare la comunicazione verso il paziente/cittadino	Numero di ore di formazione effettuate sulla comunicazione al paziente	15 ore (dip chirurgico)	0	Effettuato programma ed individuati partecipanti e docenti (24 ore - Dip. Medico). Come da disposizioni della UOC Sviluppo Competenze e Formazione verrà effettuata nel 2013	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 2014	effettuazione dei corsi di formazione di area personale di area chirurgica e dea per un totale di 315 unità	Replica dei corsi per ulteriori 150 unità ospedaliere e 50% del personale del territorio	replica dei corsi e completamento formativo del personale ospedaliero e territoriale	n.d.		