



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 60 DEL 30/01/2017

~~DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA~~

Oggetto: Adozione Piano Triennale delle Performance anni 2017-2019.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Pasquale Flacco, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 1023 del 10 dicembre 2015 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA l'allegata proposta di deliberazione di pari oggetto della UOC Programmazione Strategica e Sistemi di Performance, datata _____;

DATO ATTO dell'attestazione di regolarità e legittimità dell'atto da parte del Dirigente della predetta Unità Operativa, come acquisita in calce alla proposta medesima;

ACQUISITI i pareri espressi ed attestati in calce dal Direttore Amministrativo Aziendale e dal Direttore Sanitario Aziendale, per quanto di rispettiva competenza,

DELIBERA

di fare integralmente propria la menzionata proposta di deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto e di disporre in conformità della stessa.

Parere favorevole _____ **Il Direttore Amministrativo Aziendale**
(Dott.ssa Sabrina Di Pietro)

Parere favorevole _____ **Il Direttore Sanitario Aziendale**
(Dott. Vincenzo Orsatti)

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Pasquale FLACCO)



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Proposta di deliberazione

per il

Direttore Generale

Oggetto: Adozione Piano Triennale delle Performance anni 2017-2019.

Il Dirigente dell'Unità Operativa UOC Programmazione Strategica e Sistemi di Performance, previa istruttoria e attestazione di legittimità e regolarità tecnica del provvedimento,

PREMESSO:

CHE in attuazione della L.R. n. 5 del 10.3.08, la Giunta Regionale con deliberazione n. 796 del 28.12.2009, a far data dal 1.1.2010, ha istituito l'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti;

CHE con delibera n. 1460 del 30 novembre 2011 veniva adottato l'Atto Aziendale della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti, successivamente modificato e aggiornato con deliberazioni n. 664 del 15 maggio 2013, n. 1470 del 10 ottobre 2013 e n. 890 del 2 luglio 2014;

VISTI:

- la L.R. n. 146/1996, così come modificata e integrata dalla L.R. 15/2004, con la quale, in attuazione del D.L.vo n. 502/92 e ss.mm. e ii., la Regione Abruzzo ha emanato nuove norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende Sanitarie;
- il D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 recante "Attuazione della L. 15 del 4.3.2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm. e ii.;
- la delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010, con la quale la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) ha approvato la "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance" (articolo 10, comma 1, lettera a) del decreto legislativo n. 150/2009), contenente istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;
- il Prospetto degli Obiettivi del Direttore Generale della Asl Lanciano-Vasto- Chieti assegnati con la delibera di Giunta regionale n. 1023 del 10/12/2015;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 1394 del 30.11.2016 avente ad oggetto "Adozione ed approvazione degli strumenti di programmazione 2017-2019: Piano Strategico, Bilancio Pluriennale 2017-2019 e Piano Programmatico di esercizio 2017";
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019;



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Ritenuto di dover procedere all'adozione del “Piano Triennale delle Performance 2017-2019” e i relativi documenti che, allegati al presente atto ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE:

per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,

Di adottare il “Piano Triennale delle Performance 2017-2019” e i relativi documenti che, allegati al presente atto, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

Di dare mandato alla UOC Programmazione Strategica e Sistemi di Performance di avviare il Ciclo della Performance e il processo di Budget per l'anno 2017;

Di dichiarare la presente deliberazione immediatamente esecutiva;

Di disporre la pubblicazione del presente atto e dell'allegato Piano sul sito istituzionale aziendale nella Sezione “Amministrazione Trasparente”, sottosezione “Performance” – “Piano delle Performance” presente nella home-page, al fine di darne la massima diffusione;

Di trasmettere copia del presente atto alla UOC Affari Generali e Legali per la successiva pubblicazione nell'Albo Pretorio, alla UOC Programmazione Strategica e Sistemi di Performance, ai Responsabili di Strutture a Staff, ai Direttori delle Aree Dipartimentali per la successiva comunicazione alle strutture afferenti, ai Direttori di Presidio, ai Direttori NOD, all'Organismo di Valutazione, al Collegio Sindacale nonché alla Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo.

La presente deliberazione consta di n. pagine.

L'istruttore
(Dott. Fabio Carnevale)

Il Dirigente dell'U.O. proponente
che attesta la legittimità e la regolarità dell'atto
(Dott. Paolo MASCITTI)

Data 30.01.2017

Firma Fabio Carnevale

Data

30.1.2017

Firma

Paolo Mascitti



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

CONTROLLO DI BUDGET

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto trova sufficiente capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. n..... del bilancio (anno)

Il Direttore/Responsabile U.O. _____

Firma _____

RISCONTRO CONTABILE

Si attesta l'esecuzione del riscontro di regolarità contabile e di verifica e/o effettuazione delle scritture contabili anche ai fini della liquidazione e del pagamento.

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Il Direttore e/o Responsabile U.O.

Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno

16 FEB. 2017

_____ con prot. n. 7578

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa per 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La sujestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal decimo giorno successivo alla pubblicazione.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile".

Il Funzionario preposto



PIANO
DELLE PERFORMANCE
2017-2019

A cura della

U.O.C. Progettazione Strategica e Sistemi di Performance

Indice

1. Executive Summary	2
2. Premessa	3
3. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	5
3.1 Chi siamo	5
3.2 Cosa facciamo	5
3.3 Come Operiamo	6
4. Identità dell’Azienda	8
4.1 L’Azienda in “cifre”	8
5. Gli obiettivi strategici	14
5.1 Gli obiettivi di programmazione regionale	15
6. Il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle Performance	16
6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	16
6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	16
6.3 L’albero della performance	17
6.4 Coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla trasparenza, all’integrità e all’anticorruzione	20
6.5 Azioni per il miglioramento del Ciclo della Performance	20
7. Misurazione e valutazione della Performance	21
7.1 L’impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dipendenti	21
7.2 Il sistema di valutazione del personale	22
8. Indicatori di esito	24

1. Executive Summary

Il Piano delle *Performance* è un documento programmatico triennale in cui sono contenuti gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione. Inoltre, definisce i criteri adottati per le attività di monitoraggio e di valutazione ed il grado di performance che l'Azienda intende conseguire.

Il Piano delle *Performance* è suddiviso in sei parti.

Nella prima parte si forniscono le informazioni di interesse per i diversi stakeholder esterni, evidenziando l'assetto istituzionale, le finalità e le modalità di funzionamento.

Nella seconda si rappresentano la popolazione di riferimento, le risorse umane e l'assetto organizzativo dell'Azienda.

Nella terza parte si specificano gli obiettivi strategici che la Direzione Aziendale intende perseguire coerentemente con gli indirizzi e gli obiettivi ricevuti.

Nella quarta parte si descrivono le fasi in cui si articola la stesura del Piano, mettendo in risalto la coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, l'integrazione con gli ambiti relativi alla trasparenza, all'integrità, all'anticorruzione e le azioni di miglioramento del processo.

Nella quinta si illustra il sistema di misurazione e valutazione della performance nei suoi diversi livelli.

Nell'ultima parte si descrive il collegamento tra gli indicatori del Piano Nazionale Esiti e l'albero della performance.

2. Premessa

Il Piano delle *Performance* è un documento programmatico triennale previsto dalla normativa nazionale (D. Lgs. 150/09) attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati obiettivi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale.

L'elaborazione del Piano delle *Performance* dà avvio al ciclo di gestione della performance.

Il Piano della *Performance* evidenzia la programmazione a medio periodo (triennio) e in particolare contestualizza ed esplicita gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento per l'anno 2017.

Le strategie e gli obiettivi correlati individuati costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione delle schede di budget specifiche per le unità operative (UU.OO.) aziendali.

La misurazione e la valutazione della *Performance* rappresentano gli strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che pongono in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance.

Attraverso il Piano delle *Performance* è possibile definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholders. Dall'adozione di questo strumento ci si attende inoltre una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e la tensione di esse verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

In corrispondenza all'art. 10 del citato D. Lgs. 150/2009, il Piano delle *Performance* viene adottato in coerenza con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio dell'Azienda.

Secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1 del D. Lgs. 150/09, il Piano contiene:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'Azienda;
- la descrizione delle caratteristiche dell'Azienda, ossia quegli elementi che consentono di identificare "chi è" (mandato istituzionale e missione) e cosa fa (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi);
- analisi del contesto interno ed esterno all'Azienda;
- processo seguito per la realizzazione del Piano e delle azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle *Performance*.

Il Piano della *Performance* ha come principale finalità quella di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione strategica ed operativa previsti dalla normativa nazionale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale ed è composta da:

- Linee di indirizzo di pianificazione: Patto della Salute, DCA n. 55/2016 del 10 giugno 2016 (“Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2016-2018), DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 (documento tecnico di “Riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo”) e DGR n. 741/2016 del 15 novembre 2016 (indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione 2017-2019);
- Piano Strategico aziendale (delibera n. 1394 del 30/11/2016);
- Bilancio economico preventivo pluriennale e annuale;
- Processo di Budget annuale con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2017 e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale, costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività e dei costi delle UU.OO.;
- Sistema di Reporting - Cruscotto di Performance - per la Direzione Strategica e per le UU.OO., alimentato attraverso il sistema informativo.

Altra finalità del Piano è quella di *assicurare la comprensibilità e l'attendibilità* della rappresentazione della performance attraverso:

- il “legame” che intercorre tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'amministrazione;
- la rappresentazione della performance, in quanto è verificabile ex post la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

Oltre alle finalità “istituzionali” la ASL Lanciano-Vasto-Chieti, mediante l'adozione e la divulgazione del Piano della *Performance*, intende favorire una effettiva *accountability* individuando e valorizzando le attese dei portatori di interesse e implementando i meccanismi di comunicazione interna ed esterna.

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

3.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti istituita con delibera n. 796 del 28.12.2009, in applicazione della Legge Regionale n. 5 del 10.03.2008, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative regionali d'istituzione del Servizio Sanitario Regionale.

Sono organi dell'Azienda, il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale. Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

La sede legale è a Chieti in via Martiri Lancianesi, 17/19.

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.asl2abruzzo.it

Il logo aziendale ufficiale è quello di seguito raffigurato:



3.2 Cosa facciamo

L'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo. In tale ambito si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

L'Azienda svolge la funzione di erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti con essa accreditati. Nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute, nel rispetto di libera scelta del cittadino, l'Azienda si impegna a creare le condizioni di effettiva equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi per tutti gli utenti, esercitando funzioni di controllo e verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la

qualità e l'appropriatezza. In particolare, l'operato dell'Azienda è focalizzato sulla riorganizzazione dell'offerta sanitaria e sul rispetto dell'equilibrio economico-finanziario.

Tale azione si concretizza attraverso:

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

La riorganizzazione e la qualificazione ospedaliera saranno perseguite attraverso azioni volte al contenimento delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e alla riduzione della mobilità passiva, attraverso la razionalizzazione dei consumi di beni sanitari e il miglioramento di alcuni indicatori di attività di tipo tradizionale (degenza media, peso medio dei DRG).

La riorganizzazione e il potenziamento del territorio saranno attuate con il consolidamento dell'assistenza territoriale e l'incremento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani.

3.3 Come operiamo

L'assetto organizzativo dell'Azienda si articola in diverse macrofunzioni: funzione di Governo e correlata funzione di Staff, funzione di Produzione dei servizi sanitari (insieme di attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, effettuata nei diversi regimi consentiti, incluse le attività svolte in regime libero-professionale intramuraria), funzione Tecnica e Amministrativa.

L'Azienda adotta le metodologie e gli strumenti del Governo Clinico ed integra le stesse con quelli del Governo Economico al fine di perseguire l'appropriatezza delle risposte clinico-assistenziali, il miglioramento della qualità dei servizi, l'efficacia degli interventi unitamente al miglioramento dell'efficienza e al contenimento dei costi. Ne deriva una stretta relazione tra le due dimensioni del governo aziendale, quella clinica e quella economica, anche rispetto al sistema e all'articolazione delle responsabilità a tutti i livelli dell'assetto organizzativo.

L'Azienda, per orientare le proprie azioni, si configura come organizzazione che:

- implementa la qualità delle cure attraverso l'adozione di strumenti adeguati quali la medicina basata sull'evidenza, la formazione e l'addestramento, i percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi, l'audit e la gestione dei rischi;
- rafforza il processo di aziendalizzazione;
- mira alla riconversione e alla riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- realizza politiche del personale basate sulla responsabilizzazione dei differenti livelli dirigenziali e dei quadri del comparto tramite l'utilizzo di sistemi premianti i quali, attraverso forme di gratificazione di carattere non solo economica, possono incentivare il raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture organizzative, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore.

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti mira ad operare attraverso un sistema aperto, attento e sensibile al cambiamento in atto nel contesto sociale, economico ed epidemiologico che sottende la formazione della domanda di salute in generale.

4. Identità dell'Azienda

4.1 L'Azienda in "cifre"

Il territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2.588,35 Km² e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani. Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 390.962 abitanti (dati Istat al 1° gennaio 2016), per una densità abitativa media di 151 ab./km².

Il personale dipendente, risorsa essenziale per il funzionamento della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, rappresenta la componente fondamentale per poter raggiungere lo scopo principale, quello di tutelare la salute dei cittadini. È suddiviso in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

Personale del ruolo sanitario	3.538
Personale del ruolo professionale	3
Personale del ruolo tecnico	672
Personale del ruolo amministrativo	408
Personale a tempo determinato	96

Il dato è rilevato alla data del 30.11.2016

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti è organizzata in Dipartimenti, Unità operative complesse, semplici, semplici dipartimentali e in Distretti.

Popolazione residente nella ASL 2 per Distretto e genere (Istat al 1° gennaio 2016)

Distretto	Femmine	Maschi	Totale complessivo
Alto Vastese	8.415	7.944	16.359
Chieti	27.103	24.712	51.815
FrancaVilla al Mare	29.073	27.621	56.694
Guardiagrele	16.483	15.637	32.120
Lanciano	31.719	29.939	61.658
Ortona	18.058	17.065	35.123
Sangro-Aventino	26.203	25.092	51.295
Vasto-Costa sud	43.930	41.968	85.898
Totale Asl 02	200.984	189.978	390.962

Collocazione punti di erogazione



Presidi Ospedalieri

I presidi ospedalieri sono quattro: Policlinico “SS. Annunziata” di Chieti, P.O. “Renzetti” di Lanciano, P.O. “San Pio” di Vasto e P.O. “Bernabeo” di Ortona.

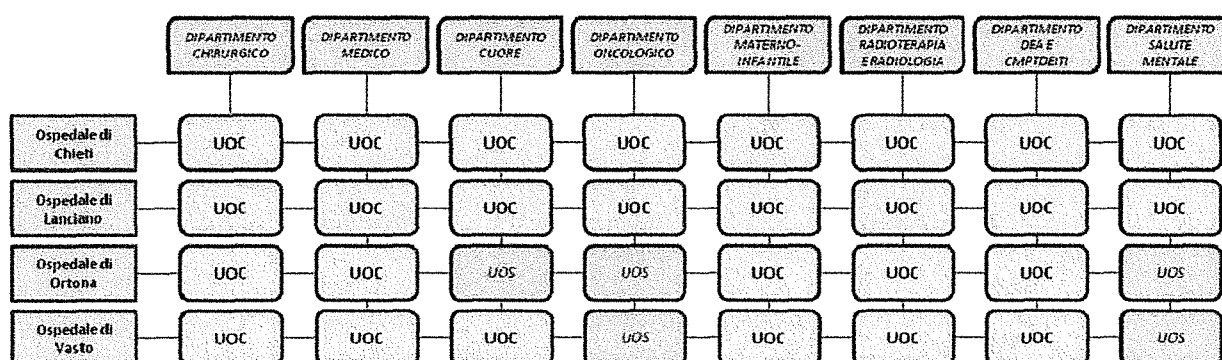
L'assistenza ospedaliera segue una logica dipartimentale secondo il modello individuato dal D.Lgs n.502/1992, con criteri di aggregazione di unità operative che possano essere:

- omogenee sotto il profilo delle attività svolte o risorse impiegate;

- interdisciplinari semplici e/o complesse basati sulla condivisione di procedure e percorsi terapeutici assistenziali.

La riorganizzazione dipartimentale trova motivazione non solo nel vantaggio organizzativo e di conseguenza economico, ma in un miglioramento complessivo di tutto il sistema basato sulla centralità del paziente all'interno dell'organizzazione e sulla valorizzazione di tutte le competenze professionali finalizzate al perseguimento dei comuni obiettivi di salute.

I Dipartimenti ospedalieri attualmente attivi e la loro organizzazione in termini di livello di responsabilità è la seguente:



Ambiti strutturali di coordinamento (ASC)

Gli ambiti strutturali di coordinamento costituiscono aggregazioni di alta specializzazione ed assolvono alla funzione di programmazione della domanda di servizi e prestazioni intermedie, garantendone tempestività, qualità e appropriatezza.

Gli ambiti strutturali di coordinamento attivati nella ASL Lanciano Vasto Chieti sono:

1. coordinamento Laboratori;
2. coordinamento Medicina Perioperatoria, Terapia del Dolore, Emergenza Intraospedaliera e Terapia Intensiva;
3. coordinamento Trasfusionale;
4. coordinamento Area Farmaco.

Attività Distrettuali

La Asl Lanciano-Vasto-Chieti si articola in otto Distretti con relativi punti di erogazione:

- **Lanciano** (Lanciano, Fossacesia);
- **Vasto** (Vasto, San Salvo, Casalbordino);

- **Alto Vastese** (Gissi, Castiglione Messer Marino);
- **Sangro-Aventino** (Casoli, Torricella Peligna, Atesa, Lama dei Peligni e Villa Santa Maria);
- **Chieti** (Chieti Centro, Chieti Scalo);
- **Francavilla al Mare** (Francavilla al Mare, San Giovanni Teatino);
- **Ortona** (Ortona, Tollo, Miglianico);
- **Guardiagrele** (Guardiagrele, Orsogna, Bucchianico).

Continuità Ospedale-Territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera comprende di fatto lo sviluppo delle strutture territoriali, sia dal punto di vista assistenziale (con riferimento cioè a quelle prestazioni che erogate nel luogo e nel setting corretto rendono l'utilizzo dell'ospedale più appropriato), sia di quello organizzativo, dato che il luogo dell'erogazione coincide con la struttura fisica dell'ex presidio, come specificamente previsto dal D.M. n. 70/2015. E' il caso dei PTA di Casoli, Gissi, Guardiagrele, ma anche della struttura di Atesa in corso di progressiva conversione.

Presidi Territoriali di Assistenza

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) si configura come “struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale e multidisciplinare orientata, in particolare, alla presa in carico delle condizioni di fragilità e di complessità assistenziale collegate alla cronicità e alla risoluzione di problematiche acute che non necessitano di degenza ospedaliera.

Sul territorio della Asl Lanciano Vasto Chieti insistono tre PTA nei comuni di:

- Casoli;
- Gissi;
- Guardiagrele (l'ex Presidio Ospedaliero “Maria SS. Immacolata” di Guardiagrele riconvertito dal 28/07/2016).

Ospedale di Comunità

Il Presidio “San Camillo de Lellis” di Atesa, dopo di recepimento del Decreto Commissariale n. 96/2016, è oggetto di un graduale processo di trasformazione e riorganizzazione

in Ospedale di Comunità dotato di Punto di Primo Intervento, con le tempistiche previste dal DCA n. 55/2016 e dal DCA n. 79/2016. Saranno nel corso del 2017 in ogni caso garantite le varie attività ambulatoriali specialistiche, i servizi sanitari di base specialistici, il punto prelievi/POCT e i servizi di diagnostica specialistica.

I Coordinamenti tecnico-scientifici e funzionali

I Coordinamenti tecnico-scientifici e funzionali costituiscono in raccordo su base aziendale di competenze e qualità professionali che individuano regole comuni e attuano una omogeneizzazione del processo produttivo e organizzativo e del diritto di accesso dei cittadini, anche attraverso l'elaborazione di protocolli operativi e linee guida.

I Coordinamenti tecnico-scientifici e funzionali svolgono la loro funzione trasversalmente tra i diversi ambiti gestionali e sono preposti alle attività di seguito indicate:

1. ADI e assistenza residenziale;
2. cure primarie;
3. assistenza consultoriale;
4. cure palliative-hospice;
5. governo liste d'attesa e sistema prenotazioni;
6. attività territoriali del DSM;
7. attività territoriali del Dipartimento Materno Infantile;
8. attività territoriali del Dipartimento di Prevenzione;
9. attività territoriali del servizio tossicodipendenze e patologie d'abuso;
10. medicina legale.

Le Linee di Produzione

Le Linee di Produzione sono istituite con riferimento a particolari *target* di popolazione e/o su specifici programmi assistenziali o di prevenzione, specificatamente rivolti allo sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio ricostruito aggregando le attività per "famiglie di prodotto".

Sono attivate trasversalmente alle strutture produttive specialistiche, costituendo complessi di attività che assicurano una pianificazione unitaria, una organizzazione e valutazione di processi organizzativi e/o percorsi clinico-assistenziali con riferimento ad aree di intervento sanitario che richiedono una risposta integrata e competenze specifiche appartenenti a unità operative diverse.

I Dipartimenti dell'area professionale e tecnico-amministrativa

I Dipartimenti dell'area professionale e tecnico-amministrativa forniscono all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di produzione, esercitando le funzioni attribuite nel rispetto della logica del "cliente interno" e ricercando la massima integrazione con tutte le altre attività aziendali, favorendo l'efficienza e assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura tecnica ed amministrativa. Essi sono distinti in:

1. Dipartimento Amministrativo;
2. Dipartimento Logistico.

5. Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici ricevuti dalla Direzione Aziendale dai diversi livelli di programmazione e gli orientamenti strategici che la stessa intende perseguire nei prossimi tre anni, sono descritti di seguito.

Le fonti degli obiettivi sono:

- Obiettivi del Direttore Generale (delibera di Giunta Regionale d’Abruzzo n. 1023 del 10/12/2015);
- Programmazione Nazionale (DM 70/2015);
- Linee di indirizzo di pianificazione: Patto della Salute, DCA n. 55/2016 del 10 giugno 2016 (“Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2016-2018), DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 (documento tecnico di “Riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo”) e DGR n. 741/2016 del 15 novembre 2016 (indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione 2017-2019);
- Piano Strategico aziendale (delibera n. 1394 del 30/11/2016);

A questi, si aggiungono gli orientamenti strategici della Direzione finalizzati ad offrire nel loro complesso innovazione nelle modalità di interazione con la collettività e nella presa in carico dei cittadini e dei loro bisogni.

Per quanto riguarda gli obiettivi assegnati al Direttore Generale, nel quadro della complessiva programmazione regionale sono stati individuati una serie di obiettivi prioritari, distinti in obiettivi di carattere economico-finanziario e strumentali e obiettivi di salute.

Gli obiettivi di carattere economico-finanziari e strumentali riguardano:

- a. l’attuazione di interventi connessi alla razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera;
- b. la spesa del personale;
- c. la spesa farmaceutica;
- d. la spesa per acquisizione di beni e servizi;
- e. i flussi informativi;
- f. la sanità elettronica e le procedure informatiche;
- g. l’adozione degli strumenti di programmazione entro i termini previsti dalla Regione;
- h. il rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi;
- i. gli investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie;

j. l'attività libero-professionale intramuraria;

Gli obiettivi di salute concernono:

- a. i controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie;
- b. la mobilità sanitaria;
- c. il contenimento delle liste di attesa;
- d. la sicurezza e rischio clinico;
- e. la realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione;
- f. l'attuazione dei provvedimenti regionali di riordino dell'assistenza territoriale convenzionata;
- g. il rispetto delle percentuali di prescrizione di farmaco generico e biosimilare;
- h. l'incremento delle cure domiciliari;
- i. l'attività di profilassi e prevenzione sugli animali, di controllo sul randagismo, sulla nutrizione, sulla sicurezza alimentare con l'inserimento dei dati sul sistema informativo informatizzato della medicina veterinaria e sicurezza alimentare SIVRA-BDR.

5.1 Gli obiettivi di programmazione regionale

Gli obiettivi, declinati nella DGR 741/2016 "Indirizzi per la programmazione triennale 2017-2019 delle Aziende Sanitarie Regionali", si riferiscono ai seguenti punti:

1. innovazione e investimenti, patrimonio, tecnologie sanitarie HTA;
2. assistenza farmaceutica, attività trasfusionale e trapianti, innovazione e appropriatezza;
3. risorse umane e assetti istituzionali;
4. contratti erogatori privati e sistema di remunerazione delle prestazioni, rete territoriale e ospedaliera;
5. ispettivo e controllo qualità;
6. programmazione socio-sanitaria;
7. prevenzione e tutela sanitaria;
8. sanità veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti;
9. programmazione economico finanziaria e finanziamento SSR;
10. assistenza distrettuale territoriale, medicina convenzionata e penitenziaria;
11. governo dei dati, flussi informativi e mobilità sanitaria;
12. emergenza sanitaria e sanità digitale ICT.

6. Il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle Performance

6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il processo di redazione del Piano delle performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e di programmazione dell'Azienda.

La Direzione Generale, in conformità agli atti di programmazione sanitaria regionale e in relazione alle strategie formulate, definisce il Piano delle performance integrato ed aggiornato annualmente.

La stesura del piano si articola nelle seguenti fasi:

- definizione degli strumenti di programmazione triennale;
- esplicitazione e assegnazione degli obiettivi, con i relativi indicatori e valori attesi, ai Direttori/Responsabili delle diverse unità operative aziendali mediante il processo di negoziazione di budget;
- monitoraggio periodico ed individuazione di eventuali azioni correttive;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati alla direzione strategica e ai diversi stakeholder interessati.

6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1, e dall'art. 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs. 150/2009, come ribadito dalla delibera n. 6 del 17/01/2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.), la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano delle performance deve realizzarsi in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio di previsione.

Tali previsioni sono fondamentali, in quanto un sistema di obiettivi è concretamente sostenibile solo se è assicurata la coerenza tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da mettere in atto per conseguire gli obiettivi fissati.

Nella realtà, il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio di previsione avviene mediante:

- un coordinato e consequenziale percorso annuale con cui si svolgono i due processi;

- una partecipazione diffusa di tutti gli attori coinvolti nei due processi;
- l'integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a sostegno dei due processi.

6.3 L'albero della performance

L'albero della *performance* è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Evidenzia come gli obiettivi si conciliano, a vari livelli, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'Azienda.

Il processo, attraverso il quale è stato realizzato l'albero della *performance*, si è articolato nelle seguenti fasi:

- a. individuazione delle aree di bisogno e di domanda di servizio attraverso l'analisi di:
 - obiettivi assegnati dai documenti di programmazione nazionale, regionale ed aziendale;
 - dati relativi agli eventi avversi;
 - dati relativi ai reclami;
 - flussi SDO;
 - dati AGENAS.
- b. individuazione, grazie al confronto con alcuni professionisti delle discipline di seguito elencate, degli obiettivi di *performance* sanitaria da raggiungere nel triennio:
 - Ortopedia;
 - Pneumologia;
 - Nefrologia;
 - Chirurgia;
 - Oncologia;
 - Odontoiatria;
 - Cardiologia;
 - Rianimazione;
 - Prevenzione;
 - Medicina;

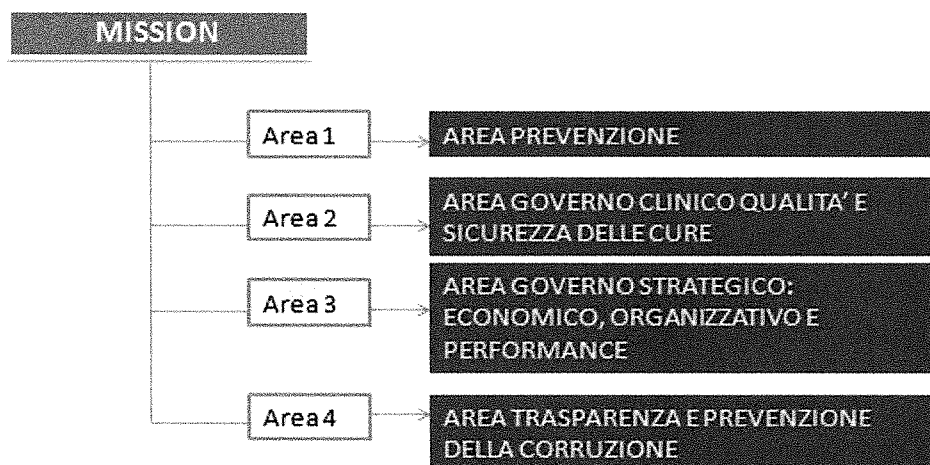
- Ginecologia;
- Neonatologia;
- Psichiatria;
- Radiologia;
- Terapia del Dolore;
- Pronto Soccorso.

c. individuazione delle azioni e dei responsabili per raggiungere gli obiettivi prefissati e degli indicatori per monitorare il raggiungimento degli stessi.

Il piano verrà utilizzato per la declinazione degli obiettivi individuati e per l'assegnazione degli stessi a tutte le UU.OO. aziendali interessate.

Le dimensioni presidiate sono le seguenti:

- appropriatezza clinica;
- appropriatezza organizzativa;
- efficienza dei processi.

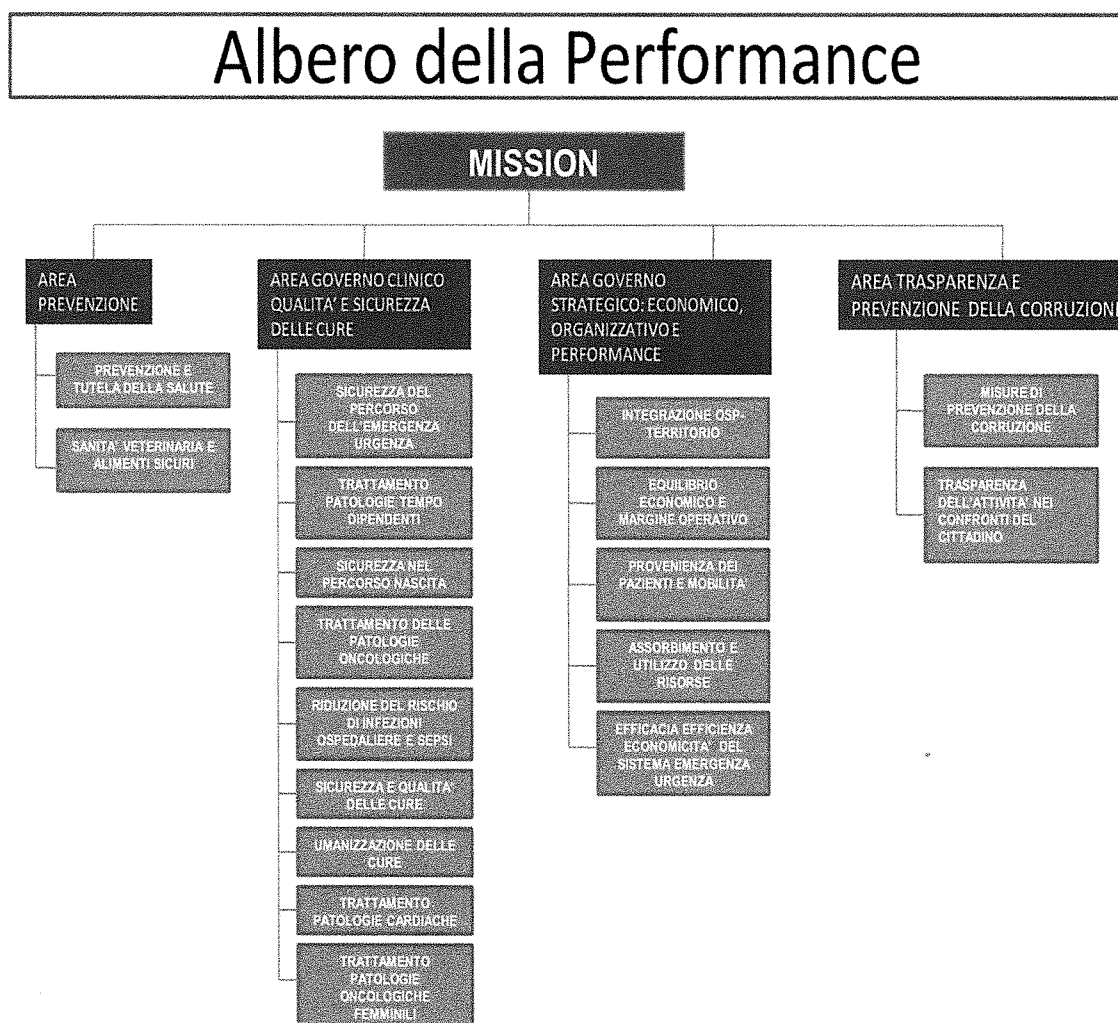


Per ciascuna delle dimensioni sopra riportate, si individuano quali *driver* principali di cambiamento:

- ❖ interventi sulla struttura organizzativa e sull'assetto funzionale dei servizi, a loro volta declinati in progetti specifici;
- ❖ interventi tesi ad un recupero di fiducia dell'utenza, a loro volta declinati in interventi tesi al miglioramento della qualità dei servizi;

- ❖ interventi volti a realizzare la massima integrazione possibile tra ospedale e territorio, a loro volta orientati verso modelli assistenziali di presa in carico globale dell'utenza e allo sviluppo di una rete integrata di risposte ai bisogni della popolazione;
- ❖ interventi di integrazione sociosanitaria.

Nella rappresentazione grafica dell'albero, le aree strategiche sono rappresentate da aree di intervento che tendono a superare le criticità con meccanismi di sviluppo della qualità e dell'integrazione e, sono articolate secondo il criterio dell'*outcome* attesi, al fine di rendere immediatamente intellegibile agli *stakeholder* la finalizzazione delle attività dell'Azienda rispetto ai loro bisogni e aspettative.



Le schede tecniche relative alle singole aree, sono in allegato al presente Piano.

6.4 Coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla trasparenza, all'integrità e all'anticorruzione

Come previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione “*l’efficacia del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell’amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell’amministrazione*”.

Alla luce di ciò, l’Azienda mira a coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza, all’integrità e al contrasto della corruzione, al fine di stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance.

Particolare attenzione, quindi, deve essere posta alla coerenza tra il PTPC e il Piano delle performance, sia perché le politiche sulla performance concorrono alla creazione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, sia perché le misure di prevenzione della corruzione devono trovare riscontro negli obiettivi organizzativi e individuali assegnati.

Di conseguenza, la prevenzione ed il contrasto della corruzione, di cui alla L. 190/2012 e s.m.i., e la promozione della trasparenza e dell’integrità, di cui al D. Lgs. 33/2013, costituiscono obiettivi strategici dell’Azienda che annualmente individua, su input del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed anche sulla base delle criticità emerse dal monitoraggio degli obiettivi già assegnati in precedenza, specifici obiettivi e indicatori inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza da contemplare nel Piano delle performance.

Esplicitando in maniera chiara gli obiettivi da perseguire, si rende trasparente e verificabile l’intero processo in quanto, la trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, assicurando l’effettiva accountability dell’Azienda in termini di obiettivi e risultati dell’azione amministrativa.

6.5 Azioni per il miglioramento del Ciclo della Performance

Il Piano della performance verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un’ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi. Lo stesso verrà, inoltre, revisionato nel corso dell’anno in funzione dell’assegnazione di ulteriori obiettivi regionali, derivanti dall’approvazione di atti di programmazione regionale, di eventuali disposizioni riguardanti l’assetto organizzativo delle aziende sanitarie regionali e, nel caso in cui dovessero emergere altri obiettivi a seguito del confronto con tutti gli stakeholder.

7. Misurazione e valutazione della Performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle aziende sanitarie si articola su due livelli:

- performance complessiva aziendale;
- performance organizzativa ed individuale interna.

Il livello di misurazione e valutazione delle performance complessiva aziendale si esprime mediante una programmazione triennale (formalizzata mediante questo documento) e una rendicontazione annuale (formalizzata dalla relazione della performance), secondo dimensioni della performance e indicatori di risultato.

Il livello di valutazione aziendale interno, viene integrato con ulteriori dimensioni di misurazione e si traduce in una serie di strumenti già attivi, ovvero:

- il budget annuale;
- il sistema di reporting interno aziendale (dal cruscotto direzionale ai report operativi);
- il sistema di valutazione delle prestazioni.

La prospettiva prevalente in questo ambito, è tipicamente annuale ed interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi e azioni da attuare nel corso dell'anno, ma in coerenza con le strategie pluriennali indicate nel piano della performance aziendale ed in attuazione degli obiettivi di programmazione pluriennali e annuali regionali.

7.1 L'impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dipendenti

Il ciclo della Performance deve prevedere uno stretto legame tra gli obiettivi dell'organizzazione e quelli del personale. Qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell'Azienda non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

L'art. 9 del D. Lgs. 150/09 definisce gli elementi cui collegare la valutazione della *performance* del personale. In particolare, il comma 1 stabilisce che la valutazione della *performance* dei dirigenti e del personale responsabile di un'unità organizzativa sia collegata ai seguenti elementi:

- indicatori di *performance*;
- raggiungimento di specifici obiettivi individuali;

- qualità del contributo assicurato alla *performance* della struttura;
- competenze professionali e manageriali dimostrate;
- capacità di valutazione dei propri collaboratori.

Il comma 2 stabilisce che la valutazione della *performance* per il resto del personale sia collegata ai seguenti elementi:

- raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo e individuali;
- qualità del contributo apportato all'unità organizzativa di appartenenza;
- competenze dimostrate.

In relazione a quanto sopra evidenziato l'Azienda ritiene che la valutazione delle *performance* individuali debba considerare una pluralità di aspetti, tra cui, senz'altro, i seguenti:

- obiettivi di innovazione/crescita;
- obiettivi di efficienza economico-finanziaria;
- obiettivi di impatto sugli *stakeholder* (efficacia percepita, soddisfazione, ecc.);
- obiettivi di miglioramento dei processi (efficacia oggettiva, livelli di servizio, ecc.);
- competenze professionali;
- comportamenti organizzativi (tra cui, obbligatorio ex D. Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori).

La valutazione delle prestazioni deve portare ad un aumento di motivazione e di responsabilizzazione che consenta la valorizzazione delle potenzialità e si traduca in tensione verso un'efficace ed efficiente erogazione dei servizi.

7.2 Il sistema di valutazione del personale

Il sistema di valutazione del personale è di fatto il terminale di altri meccanismi operativi, quali ad esempio, il processo di budget, il governo clinico e l'audit clinico. È indispensabile, pertanto, una costante manutenzione dei meccanismi a monte del processo di valutazione, affinché il sistema di valutazione possa svolgere la funzione di orientamento e motivazione delle risorse umane, nonché la funzione di stimolo al miglioramento continuo.

La valutazione, deve basarsi su informazioni quanto più possibili oggettive e messe a disposizione dagli staff aziendali allo scopo di:

- creare consapevolezza;
- coinvolgere i professionisti;
- affidare a ciascuno un ruolo preciso;

- definire un piano di miglioramento continuo.

La valutazione dei risultati gestionali conseguiti è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, al fine di comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza. Alla valutazione dei risultati di gestione ed alla valutazione della performance individuale sono collegati il sistema premiante aziendale, con le modalità e sulla base dei principi generali ed i criteri definiti dalla normativa vigente, dai CCNL e dagli accordi aziendali, nonché il sistema degli incarichi dirigenziali.

Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto si basa su un modello definito e formalizzato, a seguito di accordo con le rappresentanze dei lavoratori, in modo coerente con quanto definito dal D. Lgs. n. 150/2009.

Inoltre, per il triennio 2017-2019, in linea con gli incarichi professionali contrattualmente già assegnati al personale delle singole UU.OO., l'Azienda sta perfezionando meccanismi di valutazione della performance basati su specifici indicatori relativi alle quantità di prestazioni erogate, oltre che agli esiti delle cure, e al livello di soddisfazione dei pazienti, rilevato attraverso apposite indagini di customer realizzate ed inserite quali obiettivi di budget.

Strettamente collegata al sistema di valutazione aziendale è la formazione del personale, che è finalizzata a promuovere la valorizzazione, la crescita e l'effettivo sviluppo delle competenze.

L'Azienda, infatti, intende orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc che mirano all'acquisizione di nuove tecniche, metodiche e manualità che siano coerenti con il profilo atteso definito nel disegno organizzativo di ciascuna U.O.C.

L'attività di aggiornamento e formazione non si esaurisce però, in una sequenza anche organizzata, di momenti puntuali di acquisizione di conoscenze o competenze ma, piuttosto, è da intendere come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa.

8. Indicatori di esito



L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS) ha implementato il Piano Nazionale Esiti (PNE), che sviluppa nel servizio sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari.

Gli obiettivi principali del PNE sono:

- valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (efficacy) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT);
- valutazione osservazionale dell'efficacia "operativa" (effectiveness) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia;
- valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti;
- valutazione comparativa tra gruppi di popolazione;
- individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano determinati casi;
- auditing interno ed esterno.

Gli indicatori utilizzati nel PNE sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio; quando non sono disponibili o misurabili il PNE utilizza esiti intermedi o surrogati che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi.

Per quanto riguarda gli indicatori di esito delle cure, le valutazioni del PNE riguardano:

- le funzioni di produzione, attribuendo i pazienti/trattamenti all'ospedale o servizio di cura, definito con criteri specifici per ciascun indicatore;
- le funzioni di tutela e committenza attribuendo i pazienti/trattamenti all'area di residenza.

I risultati del PNE sono organizzati in 5 sezioni:

- 1) strutture ospedaliera/ASL, dove sono visualizzabili i risultati di tutte le strutture confrontabili con la media tra due ospedali, con un benchmark e con l'anno precedente;
- 2) strumenti per audit per le voci:
 - audit qualità dei dati PNE 2016;
 - risultati Audit PNE 2015;
 - rischio clinico e monitoraggio dei dati.
- 3) sintesi per struttura/ASL, con i risultati di tutti gli indicatori PNE per struttura e ASL di residenza;
- 4) sistema informativo emergenza/urgenza, con i dati del monitoraggio dell'assistenza in emergenza e urgenza;
- 5) sperimentazioni regionali, con i risultati delle sperimentazioni regionali di nuovi indicatori.

Il PNE analizza 165 indicatori (66 di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione) suddivisi nelle seguenti aree:

- Area Cardiovascolare;
- Area Cerebrovascolare;
- Area Digerente;
- Area Malattie Infettive;
- Area Muscolo Scheletrico;
- Area Pediatria;
- Area Perinatale;
- Area Apparato Respiratorio;
- Area Urogenitale;
- Procedure;
- Ospedalizzazioni.

L'Azienda ha considerato tali indicatori, integrandoli con gli obiettivi previsti nell'area strategica del "Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure" dell'albero della performance.



**ALLEGATO:
SCHEDE PIANO
DELLE PERFORMANCE
2017-2019**

A cura della
U.O.C. Progettazione Strategica e Sistemi di Performance

AREA PREVENZIONE							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI E OBIETTIVI-INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI 2017-2019							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	DATI AZIENDALI	VALUTAZIONE CRITICA	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	INDICATORI	TARGET	UO COINVOLTE
PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE	Dati coperture vaccinali, screening, ispezioni, ect.	necessità del miglioramento e del potenziamento delle azioni specifiche e di monitoraggio	innalzamento/mantenimento coperture vaccinali e screening, incremento sicurezza del lavoro, degli alimenti ect.	Negoziante di obiettivi specifici con le UUOO di competenza e relativo monitoraggio	specifici per programmi e linee di attività	rispetto degli obiettivi, standard e coperture previste dagli strumenti di programmazione	UU.OO. interessate del Dipartimento Prevenzione, Screening aziendali
SANITA' VETERINARIA E ALIMENTI SICURI	Dati profilassi, controlli, ispezioni, ect.	necessità del miglioramento e del potenziamento delle azioni specifiche e di monitoraggio	miglioramento monitoraggio innalzamento/mantenimento ispezioni, dati profilassi ect.	Negoziante di obiettivi specifici con le UUOO di competenza e relativo monitoraggio	specifici per programmi e linee di attività	rispetto degli obiettivi, standard e coperture previste dagli strumenti di programmazione	UU.OO. interessate del Dipartimento Prevenzione

AREA GOVERNO CLINICO QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI E OBIETTIVI-INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI 2017-2019							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	DATI AZIENDALI	VALUTAZIONE CRITICA	OBBIETTIVO DI PERFORMANCE SANITARIA (ESITO)	AZIONI	INDICATORI	TARGET	UO COINVOLTE
SICUREZZA DEL PERCORSO DELL'EMERGENZA URGENZA	IN RIFERIMENTO ALLA RETE PER PAZIENTI CON ICTUS RISULTANO ATTIVE LE STROKE UNIT PRESSO I PO DI CHIETI, LANCIANO E VASTO; E' ATTIVA LA PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL POLITRAUMA; RISULTANO CONDIVISI TRA LE RADIOLOGIE E PRONTO SOCCORSO I PROTOCOLLI DI URGENZA PER LE PRINCIPALI PATOLOGIE	E' NECESSARIO AL FINE DI TUTELARE IL PAZIENTE ED ASSICURARE A TUTTI LO STESSO TRATTAMENTO, MIGLIORARE L'ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA URGENZA PER FAVORIRE L'APPROPRIATEZZA NELL'USO DELLE STRUTTURE ED UN'ASSISTENZA CONTINUA E PERSONALIZZATA	MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA URGENZA	APPLICAZIONE PROCEDURA POLITRAUMA	N. PAZIENTI TRATTATI SECONDO PERCORSO /N. PAZIENTI CON POLITRAUMA	≥ 80%	UU.OO. AZIENDALI, DEA
			MIGLIORARE LA GESTIONE DEL SISTEMA DI TRASPORTO (INTRAOSPEDALIERO, EXTRAOSPEDALIERO)	REDAZIONE PROCEDURA AZIENDALE	COMPLETATO ENTRO 31/12/2017	DIPARTIMENTO DEA, DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO	
TRATTAMENTO PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI	SONO ATTIVI I PERCORSI PER IL TRATTAMENTO DI PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI QUALI IMA, ICTUS, FRATTURA FEMORE. E' STATO ATTIVATO IL PROTOCOLLO PER DEFINIRE I CRITERI DI ACCESSO ALL'UTIC E SONO STATE DEFINITE LE MODALITA' OPERATIVE PER IL TRASPORTO DEI PAZIENTI DAI CENTRI SPOKE AL CENTRO HUB.		MIGLIORARE LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON ICTUS	APPLICAZIONE DEL PERCORSO ICTUS	N. PAZIENTI TRATTATI SECONDO PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO /N. PAZIENTI CON ICTUS	≥ 80%	NEUROLOGIA, RIABILITAZIONE, DMP, DG
			MIGLIORARE L'ACCESSIBILITA' AI PAZIENTI PER LA SOLUZIONE DEL PROBLEMA ACUTO IMA-ATTRAVERSO LA PTCA	APPLICAZIONE DEL PERCORSO IMA	N. PAZIENTI TRATTATI SECONDO PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO /N. PAZIENTI DA SOTTOPORRE A PTCA	> 80%	UU.OO. CARDIOLOGICHE, UTIC, EMODINAMICA, DMP, DG
			MIGLIORARE LA GESTIONE DEI PAZIENTI >65 aa CON FRATTURA DI FEMORE	APPLICAZIONE DEL PERCORSO FRATTURA FEMORE	N. PAZIENTI >65aa CON FRATTURA FEMORE OPERATI ENTRO 48H /N. PAZIENTI >65aa CON FRATTURA FEMORE	> 60% (come da PNE)	PS, RADIOLOGIA, RADIOLOGIA, LABORATORIO, GERIATRIA, ORTOPEDIA, BLOCCO OPERATORIO, ANESTESIA E RIANIMAZIONE
			GESTIONE DELLE EMORRAGIE GASTRICHE SECONDO PERCORSO AZIENDALE STRUTTURATO	STRUTTURAZIONE PERCORSO	REDAZIONE PCO	COMPLETATO ENTRO 31/12/17	UO/SERVIZI GASTROENTEROLOGIA, RADIOLOGIA, DEA, CHIRURGIA, UU.OO. COINVOLTE

AREA GOVERNO CLINICO QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI E OBIETTIVI/INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI 2017-2019							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	DATI AZIENDALI	VALUTAZIONE CRITICA	OBIETTIVO DI PERFORMANCE SANITARIA (ESITO)	AZIONI	INDICATORI	TARGET	UO COINVOLTE
SICUREZZA NEL PERCORSO NASCITA	ATTIVI CORSI PRE-PARTO E PARTOANALGESIA; RIDUZIONE TAGLI CESAREI; ATTIVO TRASPORTO ASSISTITO MATERNO NEONATALE; ATTIVO PROTOCOLLO PREVENZIONE EMORRAGIA POST PARTUM.	NECESSITA' DI VALUTARE LA CORRETTA APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA STAM E STEN; MIGLIORARE LA SICUREZZA IN SALA PARTO	MIGLIORARE LA SICUREZZA NEL PERCORSO NASCITA	IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA PER TRASPORTO MATERNO E NEONATALE (STAM E STEN)	N. PAZIENTI TRATTATI SECONDO PROCEDURA	>80%	DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE E DEA
				RIDUZIONE TAGLI CESAREI	N. TAGLI CESAREI/ANNO /N. PARTI	TREND IN DIMINUZIONE	OSTETRICA E GINECOLOGICA
				PARTOANALGESIA	N. PARTORIENI SOTTOPOSTE A PARTOANALGESIA/N. TOTALE PARTI SPONTANEI	TREND IN CRESCITA	OSTETRICA E GINECOLOGICA
TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE	TEMPI DI ATTESA OLTRE SOGLIA PER TRATTAMENTO CHIRURGICO SONO ATTIVI PERCORSI CLINICO ORGANIZZATIVI PER IL TRATTAMENTO DEL CA MAMMELLA, COLON-RETTO, PROSTATA, POLMONE	CARENZA DI DISPONIBILITÀ DI SALE OPERATORIE NECESSITA' DI ATTUARE UN MIGLIORAMENTO CONTINUO NELLA PRESA IN CARICO E TRATTAMENTO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE PER I PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE MALIGNHE	ATTIVAZIONE CHECK LIST DI SALA PARTO	PREDISPOSIZIONE DOCUMENTO	COMPLETATO ENTRO 31/12/2017	OSTETRICA E GINECOLOGIA
				RIDURRE I TEMPI DI ATTESA PER TRATTAMENTO CHIRURGICO NEI CASI DI CA	RIDUZIONE TEMPI DI ATTESA SECONDO INDICATORI SPECIFICI PER CIASCUN PERCORSO ONCOLOGICO	TREND IN DIMINUZIONE	UU.OO. CHIRURGICHE, ANESTESIA E RIANIMAZIONE, BLOCCO OPERATORIO, DMP
				REVISIONE/IMPLEMENTAZIONE PCO ONCOLOGICI	N. PROCEDURE REVISIONATE O IMPLEMENTATE	ALMENO 1/ANNO	UU.OO. AZIENDALI
RIDUZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONI OSPEDALIERE E SEPSI	SONO STATE DIFFUSE PRATICHE PER IL CONTROLLO DELLE ICA/JSC E IMPLEMENTATI VARI BUNDLE	MANCANZA PERCORSO STRUTTURATO PER SEPSI, NECESSITA' DI AUMENTARE LA COMPLIANCE DEGLI OPERATORI ALL'APPLICAZIONE DEI BUNDLE	MIGLIORARE LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SEPSI	ATTIVAZIONE PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA IDENTIFICAZIONE PRECOCE E GESTIONE DEL PAZIENTE SETTICO	REDAZIONE PROTOCOLLO ENTRO IL PRIMO ANNO	COMPLETATO ENTRO 31/12/2017	CIO, MALATTIE INFETTIVE, ANESTESIA E RIANIMAZIONE, LABORATORIO ANALISI E UU.OO OSPEDALIERE
				AUMENTARE LA COMPLIANCE DA PARTE DELLE UU.OO. ALL'APPLICAZIONE DEI BUNDLE E DELLE BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI	APPLICAZIONE BUNDLE	TREND IN AUMENTO	CIO, UU.OO. AZIENDALI

AREA GOVERNO CLINICO QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE								
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI E OBIETTIVI-INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI 2017-2019								
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	DATI AZIENDALI	VALUTAZIONE CRITICA	OBBIETTIVO DI PERFORMANCE SANITARIA (ESTO)	AZIONI	INDICATORI	TARGET	UO COINVOLTE	
SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE	SONO STATE IMPLEMENTATE TUTTE LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	RAFFORZARE L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI SULLA QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE SUL TERRITORIO AZIENDALE	MIGLIORARE LA GESTIONE DEL SISTEMA DOCUMENTALE (CARTELLA CLINICA)	MONITORAGGIO PROCEDURE CON CUI SONO STATE IMPLEMENTATE A LIVELLO AZIENDALE LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	N. AUDIT E/O INCONTRI FORMATIVI PER MONITORAGGIO PROCEDURE	ALMENO 2/ANNO	UU.OO. AZIENDALI, SOA	
	VENGONO EFFETTUATI CONTROLLI DI QUALITA' SULLA PRODUZIONE DOCUMENTALE AZIENDALE, IL CONTROLLO DIRETTO DELL'SOA È STATO IMPLEMENTATO ANCHE CON UN'ATTIVITÀ DI AUTOVALUTAZIONE, CONDOTTA DAGLI STESSI PROFESSIONISTI CHE, ADEGUATAMENTE FORMATI, EFFETTUANO LE VALUTAZIONI SULLE CARTELLE CLINICHE DELLA PROPRIA U.O.	MIGLIORARE LA GESTIONE DEL SISTEMA DOCUMENTALE (CARTELLA CLINICA)	VALUTARE IL CORRETTO UTILIZZO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA	VALUTARE IL CORRETTO UTILIZZO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA	N. DI CARTELLE CLINICHE CONTROLLATE	DEFINITO SU BASE ANNUA		UU.OO. AZIENDALI, SOA
			MIGLIORARE LA GESTIONE DEL RISCHIO E DELLA QUALITA'	PROMUOVERE LA CULTURA NO BLAME INCENTIVANDO GLI OPERATORI ALLE SEGNALAZIONI DI EVENTI AVVERSI/NEAR MISS	N. DI SEGNALAZIONI	TREND IN AUMENTO		UU.OO. AZIENDALI, SOA
	VENGONO SVOLTI REGOLARMENTE AUDIT ORGANIZZATIVI E CLINICI SIA A SEGUITO DI SEGNALAZIONE DI INCIDENTI O MANCATI INCIDENTI CHE SU PCO	RAFFORZARE LA CULTURA DELLA SEGNALAZIONE NELLE VARIE UO/O AZIENDALI		REALIZZAZIONE AUDIT ORGANIZZATIVI E CLINICI (ANCHE DIRETTAMENTE AUTOGESTITI DALLE UO/O)	N. AUDIT ORGANIZZATIVI E CLINICI ORGANIZZATI	ALMENO 10 AUDIT /ANNO		UU.OO. AZIENDALI, SOA
				PREDISPOSIZIONE DI PIANI DI MIGLIORAMENTO ALLA LUCE DEGLI EVENTI SENTINELLA CHE SI SONO MAGGIORMENTE VERIFICATI	N. PIANI DI MIGLIORAMENTO	ALMENO 1/ANNO		UU.OO. AZIENDALI, SOA
				IMPLEMENTAZIONE BEST PRACTICE	N. BEST PRACTICE IMPLEMENTATE	ALMENO 1/ANNO		UU.OO. AZIENDALI, SOA
				NECESSITA' DI COSTRUIRE STRUMENTI UTILI ALLA GESTIONE DELLE CRISI IN AMBIENTE COMPLESSO E MIGLIORARE IL LAVORO IN TEAM CON CRM; NECESSITA' DI MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE TRA OPERATORI E TRA OPERATORE-PAZIENTE	ATTIVAZIONE CORSI DI FORMAZIONE INNOVATIVI	N. CORSI DI FORMAZIONE ATTIVATI	ALMENO 1/ANNO	SOA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE, UFFICIO FORMAZIONE

AREA GOVERNO CLINICO QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI E OBIETTIVI/INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI 2017-2019							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	DATI AZIENDALI	VALUTAZIONE CRITICA	OBBIETTIVO DI PERFORMANCE SANITARIA (ESITO)	AZIONI	INDICATORI	TARGET	UO COINVOLTE
CREARE UNA CULTURA DELL'UMANIZZAZIONE	N.D.	CARENZA DI UMANIZZAZIONE, NECESSITÀ DI MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE TRA OPERATORI E TRA OPERATORE-PAZIENTE, RENDERE I LUOGHI DI ASSISTENZA E I PROGRAMMI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ORIENTATI QUANTO PIÙ POSSIBILE ALLA PERSONA	MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN CONSIDERAZIONE DELLA SUA COMPLESSITÀ CLINICA E DEI BISOGNI ASSISTENZIALI	ATTIVAZIONE INCONTRI CON I GRUPPI DI LAVORO MULTIDISCIPLINARI PER LA PROGETTAZIONE E SVILUPPO DI AZIONI DI MIGLIORAMENTO DELL'UMANIZZAZIONE DEI Percorsi ASSISTENZIALI. IMPLEMENTAZIONE PROGETTI (EVENTI, CORSI DI FORMAZIONE, ETC)	N. INCONTRI EFFETTUATI N. PROGETTI REALIZZATI	ALMENO 10 NELL'ARCO DEL TRIENNIO ALMENO 3 NELL'ARCO DEL TRIENNIO	SOA, SAPS, UU.OO. AZIENDALI, Audit civico e Marketing sociale, STAFF DG
TRATTAMENTO PATOLOGIE CARDIACHE	ATTIVATO IL NUOVO POLO CARDIOLOGICO (Palazzina M)	NON COMPLETA OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE INVESTITE	MIGLIORARE LA GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CARDIACHE	RENDERE EFFICIENTE LA GESTIONE DELLE SEDUTE OPERATORIE	N. INTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA EFFETTUATI/ANNO	TREND IN AUMENTO	CL. CARDIOCHIRURGICA-TIC
TRATTAMENTO PATOLOGIE ONCOLOGICHE FEMMINILI	ATTIVATO IL REPARTO DI GINECOLOGIA ONCOLOGICA E OTTENUTA LA CERTIFICAZIONE EUROMA DEL CENTRO SENOLOGICO PRESSO IL PO DI ORTONA	MANCANZA PERCORSO STRUTTURATO PER TRATTAMENTO PATOLOGIE GINECOLOGICHE ONCOLOGICHE	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE PER LE DONNE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE MALIGNI	ATTIVAZIONE PERCORSO PER TRATTAMENTO DI PATOLOGIE GINECOLOGICHE ONCOLOGICHE	ATTIVITÀ DI UNITÀ OPERATIVA	TREND IN AUMENTO	UO GINECOLOGIA ONCOLOGICA, RADIOTERAPIA, ANATOMIA PATOLOGICA, RADIOLOGIA ETC
				MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE EUROMA	MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE EUROMA	REPORT AUDIT	UU.OO. COINVOLTE NEL PERCORSO CA MAMMELLA

AREA GOVERNO STRATEGICO - ECONOMICO, ORGANIZZATIVO E PERFORMANCE							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI E OBIETTIVI-INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI 2017-2019							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	DATI AZIENDALI	VALUTAZIONE CRITICA	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	INDICATORI	TARGET	UO COINVOLTE
<p>INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO: GESTIONE PAZIENTE FRAGILE</p>	<p>Invecchiamento progressivo della popolazione e aumento del n. di soggetti fragili (pazienti anziani con vulnerabilità assistenziale che hanno il tasso più alto di consultazione in medicina generale e costituiscono la maggior parte dei ricoveri ospedalieri per acuti)</p>	<p>Stratificazione del rischio dei pazienti con patologie cronico-degenerative al fine di attivare una diversa modalità di presa in carico assistenziale in funzione del grado di fragilità</p>	<p>Potenziare la capacità di risposta dell'assistenza primaria offerta attivamente e prioritariamente alla popolazione fragile Attivazione della presa in carico sia da parte dei Mmg (dal punto di vista clinico) sia da parte degli infermieri della fragilità (dal punto di vista assistenziale)</p>	<p>Realizzazione di un modello clinico-organizzativo (UCCP) caratterizzato sia dalla presa in carico e dalla pianificazione del follow-up del paziente da parte di gruppi multi professionali (medico di medicina generale, infermiere della fragilità e specialisti territoriali/ospedalieri, farmacisti)</p>	<p>N. soggetti presi in carico (distinti in Case Management, Disease Management e Telemedicina) dall'Amb. Inf. della fragilità' N. N.pz presi in carico (distinti per diabete, BPCO, scompenso e demenza) dall'Amb. Mmg/Mca h24 Attivazione dell'Amb. Mmg/Mca h 24 a Villa Santa Maria, Lama Dei Pelicci, Torricella P., Casoli, Gissi, Guardagrele, Francavilla al Mare, Ortona, Chieti, Lanciano, Vasto, San Salvo Revisione protocollo dell'Amb. Inf. della fragilità'</p>	<p>60%</p>	<p>SAPS DSB ALTO VASTESE, SANGRO AVENTINO E GUARDIAGRELE INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p>
<p>INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO: CONTINUITA' SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI</p>	<p>Esigenza di continuità degli interventi di assistenza e di integrazione delle attività di operatori e servizi tra il setting di cure ospedaliere e territoriali 30% dei ritardi di dimissione è dovuto a cause non mediche e dal 30% al 50% degli anziani sviluppano un aggravamento della loro autonomia durante il ricovero a causa del ritardo di dimissione Difficoltà nel dimettere il paziente che dalle uo.co. di medicina e geriatria</p>	<p>Ritardo di dimissione ospedaliera nelle persone anziane e fragili per difficoltà di presa in carico da parte dei servizi territoriali, cattiva gestione ospedaliera e carente comunicazione fra i servizi sanitari e i servizi sociali Rientro al domicilio dopo un ricovero ospedaliero può essere per molti fonte di gravi disagi e difficoltà Riduzione dell'efficienza organizzativa e della produttività</p>	<p>Miglioramento dell'assistenza clinica del paziente in seguito alla pianificazione della dimissione nella fase di ammissione in alcune patologie definite (scompenso cardiaco, bpcO e diabete) Miglioramento dell'efficienza organizzativa in termini di riduzione di costi e di risorse (riduzione delle giornate di degenza, miglioramento delle performance degli operatori)</p>	<p>Condivisione di un protocollo operativo aziendale di pianificazione delle dimissioni ospedaliere ed integrazione territoriale setting assistenziale territoriale e contatto informativo con Mmg un piano assistenziale medico - infermieristico post dimissioni Attivazione sms automatico in occasione di ricovero dei pazienti fragili da sanità' amica ai PUA di residenza</p>	<p>Produzione di un protocollo operativo della dimissione programmata Produzione di un protocollo operativo per il trasferimento in cura dal ps alla Uccp N. pz presi in carico dopo dimissione programmata (compresi i ricoveri in ospedale di comunità);</p>	<p>60%</p>	<p>DSB VASTO, ALTO VASTESE, SANGRO AVENTINO E GUARDIAGRELE DIPARTIMENTO MEDICO DEA</p>

AREA GOVERNO STRATEGICO : ECONOMICO, ORGANIZZATIVO E PERFORMANCE							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI E OBIETTIVI/INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI 2017-2019							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	DATI AZIENDALI	VALUTAZIONE CRITICA	OBBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	INDICATORI	TARGET	UD COINVOLTE
	OSPEDALE: Esigenza di valutare la complessità del paziente nelle U.O. dell'assistenza ospedaliera, tramite strumenti validati che consentano di dare risposte personalizzate al percorso assistenziale	Tra gli strumenti per valutare la complessità assistenziale del paziente sono maggiormente utilizzate e validate le seguenti scale di misura: IDA, MEVS, ICA e BRASS	Ottimizzare l'impiego delle risorse umane e materiali e definire il livello di fragilità complessivo del paziente	Implementazione dei modelli organizzativi che consentano una valutazione oggettiva della complessità assistenziale dei pazienti	% di compilazione delle schede brass ospedaliere % compilazione delle schede Ica/Ida e mews;	60%	DIPARTIMENTO MEDICO PUA DEI DSS DI ALTO VASTESE, SANGRO AVENTINO E GUARDIAGRELE SAPS INTEGRAZIONE OSPEDALE- TERRITORIO UOC INFORMATICA E RETI
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO: SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO	SERVIZI SANITARI E SOCIALI: Si rileva la necessità di un sistema informativo integrato che permetta l'estrapolazione di report per il monitoraggio dei risultati dei pazienti su base periodica, nonché tutte le attività e i contatti dei pazienti con i servizi sanitari e sociali	La pianificazione locale degli interventi richiede la definizione e la misurazione delle attività sociali e sanitarie svolte sul territorio (in termini di persone, minuti e ore)	Programmazione degli interventi pro-attivi individuali documentati dal rischio di fragilità desunto dal REFA Definire una lista di variabili essenziali che descrivono/misurano la popolazione, orientativamente legato a: dati anagrafici, condizioni sanitarie, condizioni sociali e attività offerte al paziente	Costituzione piattaforma informativa interattiva costituita dal Registro epidemiologico della fragilità assistenziale capace di connettere in rete tutti gli attori dell'UCCreazione di un'unica banca dati socio-sanitaria. (con dati sociali e dati sanitari-PUA/UVVM) collegati con il Registro Epidemiologico della Fragilità.Creazione di un'unica banca dati socio-sanitaria. (con dati sociali e dati sanitari-PUA/UVVM) collegati con il Registro Epidemiologico della Fragilità.	Alimentazione del database comune socio-sanitario per il cup di il livello- amb, infermieristico; compilazione registro epidemiologico della fragilità; acquisizione n. 2 computer da tavolo e n. 2 portatili;	60%	SAPSUA DEI DSS DI ALTO VASTESE, SANGRO AVENTINO E GUARDIAGRELE INTEGRAZIONE OSPEDALE- TERRITORIO UOC INFORMATICA E RETI

AREA GOVERNO STRATEGICO : ECONOMICO, ORGANIZZATIVO E PERFORMANCE							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI E OBIETTIVI-INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI 2017-2019							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	DATI AZIENDALI	VALUTAZIONE CRITICA	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	INDICATORI	TARGET	UO COINVOLTE
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO: SISTEMA FORMATIVO	L'attuazione di questa progettualità richiede competenze diversificate, che vanno formate e riqulificate in una struttura funzionale multi professionale e multidisciplinare con un percorso formativo a sostegno di questo obiettivo.	Acquisire le capacità di progettazione, costruzione, organizzazione e gestione di una UCCP sviluppare le competenze per creare un sistema locale integrato di cure primarie	Sviluppo di competenze di Case e Disease Management infermieristico e delle procedure operative assistenziali della presa in carico pro-attiva Utilizzo del sistema epidemiologico-informativo Condivisione dei nuovi ruoli, competenze e relazioni professionali	Realizzazione di eventi formativi di aula e di ore di attivit� di formazione sul campo su: 'fragilit� case e disease management, chronic care model, componenti organizzative e relazionali	N. eventi formativi N. infermieri formati istituzione borse di studio per infermieri a supporto dell'ambulatorio della fragilit� ;	60%	SAPS INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO UCC SVILUPPO E RISORSE UMANE
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Cruscotto delle Performance, Bilancio d'esercizio, Schema CE POA regionale DGR 741/2016	Parziale rispetto dei tetti, incremento consumi di farmaci e dispositivi, ect	Garantire il contributo delle singole UUDO all'equilibrio economico, Contenimento della spesa farmaci e dispositivi e della spesa farmaceutica territoriale	Monitoraggio periodico costo beni sanitari ad uso ospedaliero e territoriale	Margine Operativo Lordo, Risultato d'esercizio, spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, costo dei beni sanitari	rispetto tetti spesa regionali e aziendali, dei livelli di margine operativo lordo, ect.	Tutte le UU.OO.
PROVENIENZA DEI PAZIENTI E MOBILITA'	Cruscotto delle Performance e dati regionali	attrattivit� migliorabile	Garantire e monitorare il livello di attrattivit�	Negoziare di obiettivi specifici con le UUDO di competenza e relativo monitoraggio	Ricoveri erogati in mobilit� Intra ed extra regionale	rispetto degli obiettivi da negoziazione di budget	Tutte le UU.OO. interessate x tipologia di DRG
ASSORBIMENTO E UTILIZZO DELLE RISORSE	Cruscotto delle Performance e dati regionali	Appropriatezza migliorabile	Appropriatezza dell'uso dei dispositivi e dei farmaci utilizzati mediante monitoraggio Monitorare il prodotto dei ricoveri pesati per complessit� medio per ciascun medico o infermiere	Negoziare di obiettivi specifici con le UUDO di competenza	Costo dispositivi per punto DRG, Costo farmaci per punto DRG Punti DRG per unit� di personale medico/ comparto	rispetto degli obiettivi da negoziazione di budget	Tutte le UU.OO. con degenza
EFFICACIA EFFICIENZA ECONOMICITA' DEL SISTEMA EMERGENZA URGENZA	Cruscotto delle Performance	Eccessivo ricorso al pronto Soccorso	Miglioramento appropriatezza accessi al Pronto Soccorso	Attivazione di percorsi integrati e condivisi con il territorio	% DRG LEA ad alto rischio di in appropriatezza da Pronto Soccorso % codici bianchi e verdi in entrata sugli accessi totali	Trend in diminuzione Trend in diminuzione	UU.OO. Dipartimento Emergenza Urgenza, UU.OO. Con elevata % DRG LEA ad alto rischio di in appropriatezza da PS NOD

AREA TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI E OBIETTIVI-INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI 2017-2019							
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	DATI AZIENDALI	VALUTAZIONE CRITICA	OBIETTIVI DI PERFORMANCE	AZIONI	INDICATORI	TARGET	UO COINVOLTE
MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Piano triennale della Prevenzione e Corruzione 2017-2019	Impossibilità di stabilire a priori la totalità dei possibili eventi corruttivi	Corretta e aggiornata valutazione degli eventi corruttivi già monitorati e valutazioni di eventi associati ad attività precedentemente non valutate	Revisione della valutazione dell'evento corruttivo già valutato	% svolgimento delle revisioni	100%	Tutte le UU.OO. e i Dipartimenti
				Valutazione dell'evento corruttivo relativa all'attività non valutata	% valutazioni eventi collegati ad attività non valutate	100%	
TRASPARENZA DELL'ATTIVITA' NEI CONFRONTI DEL CITTADINO	Piano triennale della Trasparenza ed Integrità 2017-2019	Aggiornamento sistematico delle sezioni dedicate non pienamente a regime	Rispetto D. Lgs n. 33/2013 e D. Lgs n. 97/2016	Azioni di carattere sia generale che specifico previste nel Piano triennale della Trasparenza ed Integrità anni 2017-2019	Indicatori specifici per UU.OO.	100% rispetto adempimenti previsti	Tutte le UU.OO.

