



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2017

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

Indice

1. Presentazione della relazione	3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	4
2.1 Il contesto di riferimento	4
2.2 L'Azienda	6
2.3 L'assetto organizzativo	7
3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti	10
3.1 L'albero della performance	10
3.2 Obiettivi e risultati conseguiti	11
3.3 Sintesi delle performance di dipartimento	49
4. Risorse, efficienza ed economicità	51
5. Pari opportunità e bilancio di genere	54
6. Il processo di redazione della relazione sulla performance	55
6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	55
6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance	55

1. Presentazione della relazione

Il ciclo della *performance*, di cui al D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., prevede all'art. 10 che le Amministrazioni adottino entro il 30 giugno un documento denominato "Relazione sulla performance" con cui dare evidenza, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, dei risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse.

La presente relazione costituisce, quindi, lo strumento mediante il quale l'Azienda illustra a tutti gli stakeholder esterni e interni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo così il ciclo di gestione della performance avviato con l'adozione del "Piano Triennale della Performance 2017-2019" (deliberazione n. 60 del 30/01/2017).

Tale documento ha la finalità di rappresentare lo stato di realizzazione del ciclo di gestione della performance, che si svolge con cadenza annuale e si sviluppa nel medio periodo (triennio) e, si concretizza nel tradizionale processo di budgeting con il quale l'Azienda negozia, con i Direttori/Responsabili di U.O.C. e U.O.S.D. gli obiettivi da raggiungere.

La performance è il contributo che un soggetto (organizzazione, U.O., gruppi di individui, singolo individuo) apporta mediante la propria attività al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata istituita.

Quindi, il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alla modalità di rappresentazione e, come tale, si presta ad essere misurata.

La relazione è stata redatta in ossequio alle indicazioni contenute nella delibera della CIVIT n. 5/2012 "Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b) del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b) dello stesso decreto.

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

2.1 Il contesto di riferimento

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 389.169 abitanti (dati Istat al 1° gennaio 2017), per una densità abitativa media di 150 ab./km².

L'analisi della struttura demografica per età e per sesso evidenzia come oltre metà degli utenti abbia superato la soglia dei 45 anni (Tab. 2.1).

Tab. 2.1

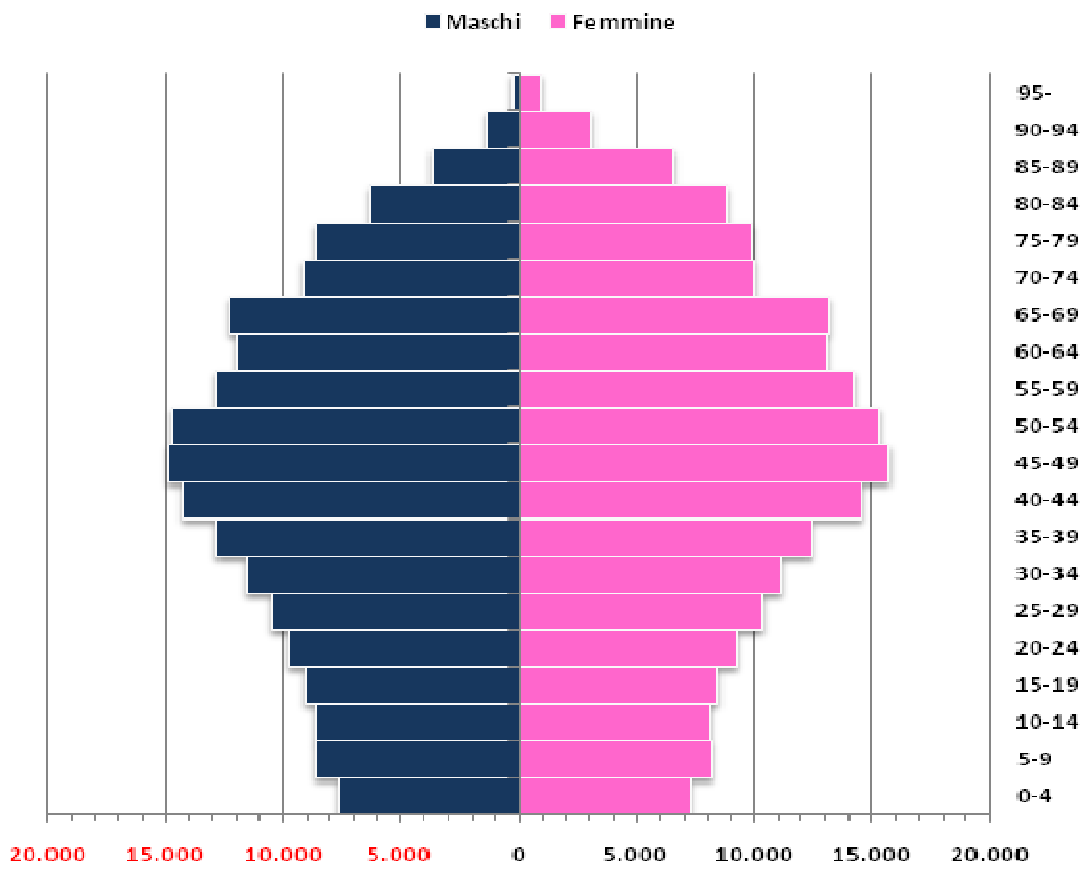
	0-12 Mesi	1-4 Anni	5-14 Anni	15-44 Anni	45-64 Anni	65-74 Anni	75 Anni e più	Totale
Femmine	1.410	5.818	16.262	65.974	58.176	23.108	29.227	199.975
% di colonna (% Femmine nella Classe di Età)	49,77%	48,31%	48,49%	49,22%	51,65%	51,85%	59,02%	51,39%
% di riga (% Classe di Età tra le Femmine)	0,71%	2,91%	8,13%	32,99%	29,09%	11,56%	14,62%	-
Maschi	1.423	6.226	17.278	68.061	54.455	21.461	20.290	189.194
% di colonna (% Maschi nella Classe di Età)	50,23%	51,69%	51,51%	50,78%	48,35%	48,15%	40,98%	48,61%
% di riga (% Classe di Età tra i Maschi)	0,75%	3,29%	9,13%	35,97%	28,78%	11,34%	10,72%	-
Totale Assistiti	2.833	12.044	33.540	134.035	112.631	44.569	49.517	389.169
% di riga (% Classe di Età nel Totale ASL)	0,73%	3,09%	8,62%	34,44%	28,94%	11,45%	12,72%	

Le dinamiche demografiche in corso possono essere colte in profondità osservando per ciascun aggregato di popolazione la relativa piramide delle età, strumento di estrema efficacia quando si siano scelte classi di ampiezza opportuna. Per gli scopi di questa analisi si è scelto di utilizzare intervalli di ampiezza quinquennale.

Nel grafico, relativo al territorio ASL nel suo complesso (Fig. 2.1), si individua facilmente l'asimmetria in corrispondenza delle classi più anziane della popolazione, nettamente più numerose rispetto a quelle più giovani ed in cui, inoltre, la quota femminile è preponderante rispetto a quella maschile.

Fig. 2.1

ASL 2 Abruzzo Lanciano-Vasto-Chieti



2.2 L'Azienda

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.

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:



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.

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	3.507
Personale del ruolo professionale	2
Personale del ruolo tecnico	666
Personale del ruolo amministrativo	402

Il dato è rilevato alla data del 31.12.2017

2.3 L'assetto organizzativo

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti è organizzata in Dipartimenti, Unità operative complesse, semplici, semplici dipartimentali e in Distretti come previsto nel modello organizzativo definito nell'atto aziendale adottato con deliberazione n. 575 del 19/5/2017, successivamente modificato e integrato con deliberazione n. 1200 del 03/11/2017, ai sensi del disposto della DGR n. 402 del 21/7/2017 e, adottato nella versione vigente con deliberazione n. 322 del 14/3/2018.

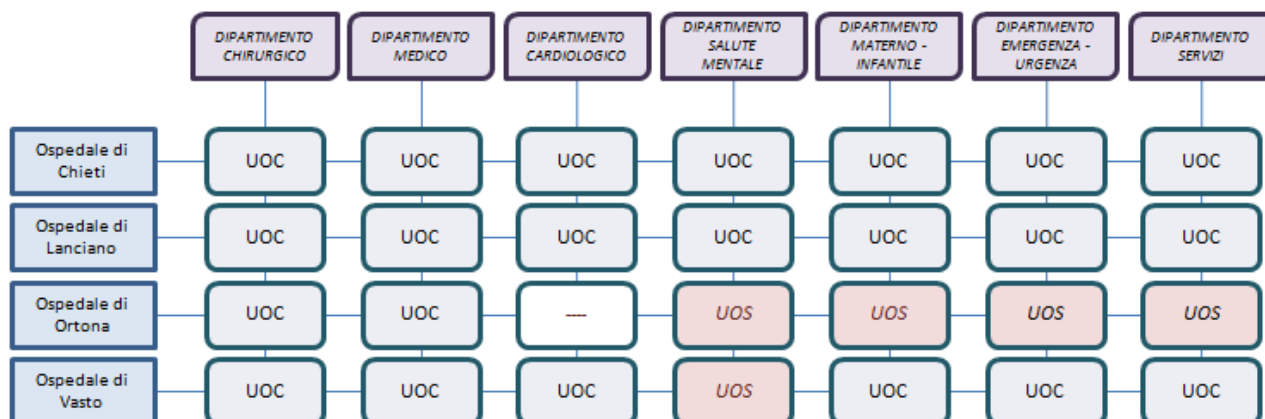
Presidi Ospedalieri

I presidi ospedalieri sono i seguenti: P.O. clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti, a cui afferisce lo Stabilimento Ospedaliero "Bernabeo" di Ortona, P.O. "F. Renzetti" di Lanciano, P.O. "San Pio" di Vasto, P.O.

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

- omogenee sotto il profilo delle attività svolte o risorse impiegate;
- interdisciplinari, semplici e/o complesse, basate sulla condivisione di procedure e percorsi terapeutici assistenziali.

I Dipartimenti ospedalieri previsti e la loro organizzazione, in termini di livello di responsabilità, è la seguente:



Attività Distrettuali

La Asl Lanciano-Vasto-Chieti si articola in tre aree distrettuali, di seguito indicate, strutturate in sette distretti con relativi punti di erogazione:

1. Area distrettuale 1:

- distretto di Chieti (comprendente la sede erogativa di Bucchianico);
- distretto di Francavilla al Mare (comprendente la sede erogativa di Miglianico e San Giovanni Teatino);
- distretto di Ortona (comprendente le sedi erogative di Orsogna e di Tollo).

2. Area distrettuale 2:

- distretto di Lanciano (comprendente la sede erogativa di Fossacesia);
- distretto di Villa Santa Maria (comprendente le sedi erogative di Lama dei Peligni e di Torricella Peligna).

3. Area distrettuale 3:

- distretto di Vasto (comprendente la sede erogativa di Casalbordino);
- distretto di San Salvo (comprendente la sede erogativa di Castiglione Messer Marino).

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.

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.

Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità è una struttura residenziale territoriale istituita all'interno del PTA, che si colloca fra l'ospedale per acuti, la RSA ad indirizzo riabilitativo ed altre possibili risposte assistenziali domiciliari (ADI) con le quali non si pone in alternativa, ma in uno stretto rapporto di collaborazione funzionale al fine di costruire una rete di servizi sanitari extra ospedalieri.

Nel territorio della Asl Lanciano Vasto Chieti tali strutture sono previste nei PTA di Casoli, Gissi e Guardiagrele con una dotazione di n. 20 posti letto ciascuno.

Ambito di Coordinamento

Gli ambiti di coordinamento aggregano funzioni omogenee al fine di gestire, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, strutturali e tecnologiche) per realizzare interventi appropriati e promuovere il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza in ambito ospedaliero e territoriale. Gli ambiti di coordinamento sono individuati dall'Azienda nelle seguenti aree:

1. Direzione Medica Ospedaliera;
2. Medicina Perioperatoria;
3. Territoriale.

I Dipartimenti dell'area tecnico-amministrativa

I Dipartimenti dell'area 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 Tecnico;
2. Dipartimento Amministrativo.

3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

3.1 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.

Nella rappresentazione grafica dell'albero, le aree strategiche sono rappresentate dalle seguenti aree di intervento:



3.2 Obiettivi e risultati conseguiti

Gli obiettivi descritti nel piano delle performance derivano dagli strumenti di programmazione nazionale, regionale e dal piano strategico aziendale e, sono articolati su base annuale ai fini della misurazione periodica, anche se sono finalizzati al perseguimento dei risultati su un arco temporale di un triennio.

La performance viene valutata sulla base delle aree strategiche, di seguito elencate, che rappresentano le aree di intervento attraverso le quali l'azienda definisce i modelli di risposta ai bisogni e alle aspettative dei diversi stakeholder:

- prevenzione;
- governo clinico, qualità e sicurezza delle cure;
- governo strategico: economico, organizzativo e performance;
- trasparenza e prevenzione della corruzione.

I principali risultati raggiunti sono descritti analiticamente rispetto agli indicatori specifici che hanno misurato il grado di raggiungimento delle numerose azioni poste in essere per soddisfare i bisogni maggiormente rilevanti.

Le azioni svolte sono state rendicontate a cura di ciascun responsabile di U.O. e/o di Area:

✓ **PREVENZIONE/SCREENING:**

(Servizio igiene della produzione, conservazione, trasformazione e trasporto degli alimenti di origine animale (SIAOA) - Servizio Sanità Animale - Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche - Servizio Citodiagnostica Aziendale - Servizio Patologia Clinica - UOSD Radiologia Senologica).

In particolare, sono illustrati nella tabella che segue gli indicatori (n. 20) che descrivono le ispezioni, i campionamenti, i prelievi, i controlli, che hanno garantito il monitoraggio del rischio di malattie infettive e diffuse trasmesse con gli alimenti.

Per quanto concerne lo screening, le azioni hanno riguardato l'estensione della popolazione eleggibile correlandolo ai dati anagrafici degli uffici comunali, per garantire l'efficacia della fase di arruolamento, anche coinvolgendo i MMG, in particolare quelli delle donne non responder.

Per lo screening del colon retto, sono state poste in essere azioni per riallineare i meccanismi informatici relativi al trattamento e custodia del flusso dei dati per singolo paziente, che hanno consentito il miglioramento dell'elaborazione della tempistica di refertazione dei test, che hanno fatto aumentare l'adesione al programma.

Per quanto riguarda lo screening mammografico, la capillarizzazione sul territorio degli inviti, hanno migliorato l'adesione al programma con riempimento delle sedute, anche mediante il recall telefonico.

Redatto a cura del Direttore f.f. del **Servizio igiene della produzione, conservazione, trasformazione e trasporto degli alimenti di origine animale (SIAOA)**

AREA PREVENZIONE				
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2017
Migliorare la sicurezza degli alimenti di origine animale	Miglioramento monitoraggi innalzamento/mantenimento ispezioni	Garantire Alimenti Sicuri nelle strutture riconosciute e registrate che producono alimenti di origine animale mediante ispezioni, verifiche prelievo campioni, monitoraggio TSE e contaminanti	n. di ispezioni programmate sulle strutture riconosciute / n. ispezioni eseguite sulle strutture riconosciute	Effettuati/Programmati 290/288 = 100,7%
			n. di verifiche mediante check-list programmate sulle strutture riconosciute /n. di verifiche mediante check-list eseguite sulle strutture riconosciute	Effettuati/Programmati n.173/173 =100%
			n. di ispezioni eseguite sulle strutture registrate /n. di ispezioni programmate sulle strutture registrate	Effettuati/Programmati n. 297/ 299 =99,7%
			n. di prelievi campioni A oA eseguiti / n. di prelievi campioni A oA programmati	Effettuati/Programmati n. 405/404=100%
			n. prelievi eseguiti monitoraggio TSE/ n. prelievi programmati monitoraggio TSE	Effettuati/Programmati Ovini n. 73/95=76,8% Caprini n. 103/60=171,7% Bovini n. 33/33=100%
			n. di prelievi programmati monitoraggio contaminanti/ n. di prelievi eseguiti monitoraggio contaminanti	Effettuati/Programmati Aflatossina B1 latte n. 14/6=233%; Nichel n. 4/4=100%

Redatto a cura del dott. Giovanni Di Paolo Direttore del **Servizio Sanità Animale**

AREA PREVENZIONE				
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2017
Garantire la sicurezza degli alimenti di origine animale .	Ridurre il rischio di malattie trasmesse con gli alimenti	Garantire il controllo delle malattie infettive e diffuse in aziende che producono alimenti di origine animale.	n. di aziende bovine controllate/ n. aziende bovine controllabili	727/706
			n. di aziende ovicaprine controllate/ n. aziende ovicaprine controllabili	1260/1260
			n. di aziende suine controllate/ n. aziende suine controllabili	58/58
			n. di aziende avicole controllate/ n. aziende avicole controllabili	5/5
			n. check-list bovine effettuate/ n. check-list previste	38/21
			n. check-list ovicaprine effettuate/ n. check-list previste	46/42
			n. check-list suine effettuate/ n. check-list previste	56/49
			n. check-list equidi effettuate/ n. check-list previste	54/53

Redatto a cura del dott. Giuseppe Torzi, Direttore del **Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche**

AREA PREVENZIONE				
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI 2017
Sanità Veterinaria e Alimenti Sicuri	Miglioramento monitoraggi innalzamento/mantenimento ispezioni	Garantire Alimenti Sicuri in aziende zootecniche che producono alimenti di origine animale, mediante ispezioni, verifiche prelievo campioni, monitoraggio TSE e contaminanti	n. controlli eseguiti piano salmonellosi zoonotiche avicole/n. controlli programmati piano salmonellosi zoonotiche avicole	Effettuati/programmati n. 14/14 (100%)
			n. di prelievi campioni mangime PNAA eseguiti / n. di prelievi campioni mangime PNAA programmati	Effettuati/programmati n. 107/103 (103,9%)
			n. ispezioni eseguite sui caseifici aziendali /n. ispezioni programmate sui caseifici aziendali	Effettuati/programmati n. 15/15 (100)%
			n. ispezioni eseguite sulle aziende produzione latte crudo bovino, ovicaprino /n. ispezioni programmate sulle aziende produzione latte crudo bovino, ovicaprino	Effettuati/programmati n. 76/76 (100)%
			n. prelievi campioni MEB zona di produzione eseguiti / n. prelievi campioni MEB zona di produzione programmati	Effettuati/programmati Allevamenti Mitili: n. 233/96 (242,7%) Banchi Naturali Vongole: n. 39/47(83%)
			n. di prelievi eseguiti i monitoraggio TSE animali morti/ n. di prelievi programmati monitoraggio TSE animali morti	Effettuati/programmati Ovini -Caprini n. 376/376 (100%);Bovini n. 58/58 (100%)

AREA PREVENZIONE: SCREENING CERVICE UTERINA			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
<p>Carenza di personale in particolare amministrativo ed informatico</p> <p>Mancata realizzazione del centro unico di coordinamento per i tre screening oncologici con rete informatica in conformità delle norme dell'ICT nel rispetto delle regole dettate dal digit p.a.</p> <p>Mancato automatismo dei flussi informativi (dati I, II, III livello screening, aderenti per MMG, codici ICD9, file C per mobilità passiva, dati cup ecc.)</p> <p>Mancata applicazione delle</p>	<p>Il potenziamento dello screening è stato realizzato con il raggiungimento nell'anno 2017 per lo Screening del cervico carcinoma della Asl 02 degli indicatori sentinella previsti nel PRP 2014-2018 Programma 5 - Screening Oncologici ed in particolare con il raggiungimento dei valori attesi di estensione ed adesione all'invito</p>	<p>L'aumento della percentuale dell'indicatore di adesione agli screening oncologici rispetto al valore atteso Regionale è stato il seguente:</p> <p>Screening cervicale (valore atteso aa 2017: 65% Valore ASL 02 aa 2017 : 69,6%)</p> <p>L'aumento della percentuale dell'indicatore di estensione agli screening oncologici rispetto al valore atteso Regionale è stato il seguente: Screening cervicale</p>	<p>Per garantire l'adeguatezza della fase di arruolamento</p> <p>1) è stata identificata per lo screening del cervico carcinoma la popolazione eleggibile sottraendo alla popolazione target le donne escluse prima dell'invito (per test opportunistico recente-dato CUP, operate per diagnosi di tumore d'organo-Cod.ICD9, in follow up oncologico, per decesso nell'anno considerato e per rifiuto) e si è passati dall'elaborazione degli indicatori grezzi a quella degli indicatori corretti.</p> <p>E' importante, in base a quanto stabilito nel Documento Data Ware House Ministeriale e nel D.C. 112/2016, calcolare gli indicatori sentinella identificando la REALE POPOLAZIONE IN ETA' TARGET ELEGGIBILE da invitare ripulita dalle ESCLUSE PRIMA DELL'INVITO.</p> <p>Questo calcolo è stato effettuato solo parzialmente (per l'annualità 2017) per mancanza di tutte le fonti informative necessarie (File C prestazioni ambulatoriali + attività intramoenia- UOSD Governo Liste d'Attesa e Sistemi di prenotazione, File C mobilità passiva intra ed extra + attività privata convenzionata esterna - UOC Informatica e Reti, file ASDO produzione + mobilità passiva intra ed extra + attività privata convenzionata esterna, codici intervento ICD9CM)</p>

<p>nuove linee guida regionali e dei diagrammi di flusso screening cervicale sul web regionale</p> <p>Carenza dei percorsi amministrativi per l'attuazione di campagne di sensibilizzazione o pubblicitarie finalizzate alla capillarizzazione della conoscenza del servizio sul territorio</p> <p>Mancato completamento rete informatica aziendale screening cervicale</p>		<p>(valore atteso aa 2017: 100% Valore ASL 02 aa 2017 : 102,00%)</p>	<p>2) per la correzione delle anagrafiche sono stati presi contatti diretti con gli Uffici Comunali afferenti alla ASL Lanciano/Vasto/Chieti per l'invio delle liste aggiornate delle donne residenti in fascia di età screening (25-64 anni) e mediante il tracciato record inviato dai MMG</p> <p>3) sono stati corretti gli indirizzi presenti sulle lettere non recapitate</p> <p>4) è stato avviato dal mese di ottobre 2017 (Delibera n. 279 del 02.03.2015 ASL 02 Abruzzo - indizione gara affidamento-; Delibera n. 476 del 28.04.2016 ASL 02 Abruzzo -affidamento del servizio di corrispondenza-), per incrementare l'estensione dello screening del cervico carcinoma, il servizio di stampa e spedizione massiva con trasmissione di un numero maggiore di inviti/mese e con ulteriore controllo delle lettere inesitate, mediante file di ritorno.</p> <p>Per riorientare la prevenzione individuale spontanea verso i programmi di screening fin dal 2016 sono state man mano escluse dall'invito le donne che avevano eseguito un test opportunistico recente così come ratificato nel DC 112/2016 recepito dalla Asl con Del. n.6 dello 09/01/2017.</p> <p>Per quanto riguarda il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nel processo di arruolamento allo screening oncologico delle donne NON RESPONDER, è stata recepita dalla ASL la delibera della Giunta Regionale n.18 del 26/01/2017.</p> <p>Nell'anno 2017 sono stati trasmessi dal Direttore Sanitario Aziendale ai Responsabili del NOD Aziendali gli elenchi delle donne NON RESPONDER eleggibili relativi al programma di Screening Oncologico. Sono stati inviati dai Responsabili dei NOD Aziendali ai MMG l'elenco dei propri assistiti NON RESPONDER ed un modulo di ritorno contenente un tracciato record per ottimizzare le informazioni compilate per singolo utente da inviare alle segreterie screening. Viene così valutata</p>
---	--	--	---

			<p>l'avvenuta attività di counseling ed inoltre l'eventuale cambio indirizzo o l'eventuale motivo di esclusione (per rifiuto/test recente/neoplasia organo d'interesse).</p> <p>Hanno aderito 157 MMG/330MMG. Sono stati definiti i meccanismi di estrazione dei report per singolo MMG.</p> <p>L'avvenuta adesione al counseling verrà calcolata entro giugno 2018.</p> <p>Per aumentare l'adesione al programma dello screening oncologico del cervico carcinoma è attivo per lo screening cervicale un numero verde dedicato.</p> <p>Per ri-orientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA va precisato che il programma di screening con test HPV primario è stato avviato nella Regione Abruzzo nel 2010 con centralizzazione dei Test HR-HPV nelle Asl di Teramo ed Avezzano-Sulmona e centralizzazione dei Pap test nella Asl Lanciano-Vasto-Chieti. Con Delibera di Giunta Regionale N. 346 del 23/05/2011 sono state ridefinite le modalità organizzative degli Screening Oncologici Regionali abolendo, per lo screening del cervico carcinoma, le ASL capofila e demandando la gestione dello screening a ciascuna Azienda del territorio.</p> <p>La ASL 02 con la Delibera n. 1656 del 27/12/2011 ha approvato il Piano Aziendale di Prevenzione Sanitaria 2010-2012 ed il relativo "Modello Aziendale dello Screening del cervico carcinoma con utilizzo del Test HR-HPV DNA come Test di Screening Primario". Successivamente, a partire dal 1° Gennaio 2015 sono state applicate le Nuove Linee Guida Regionali pubblicate con DC n.100/2013.</p> <p>Hanno partecipato a corsi di formazione e tirocini (Del. 735del</p>
--	--	--	--

			<p>20/06/2017 e Del. 756 del 27/06/2017) sia personale dirigente che tecnico ed inoltre il personale della segreteria del Centro Screening viene formato ed aggiornato costantemente con riunioni specifiche ed audit.</p> <p>E' stato pubblicato con Del. n. 6 dello 09/01/2017 il documento "Protocollo e Procedure dello Screening per la Prevenzione dei Tumori del collo dell'utero nella ASL Lanciano/Vasto/Chieti. Analisi Organizzativa" EDIZIONE 2016 . Nel 2017 il documento è stato aggiornato , implementato e pubblicato sul sito Aziendale. Sono stati adeguati e prodotti i nuovi materiali informativi (Lettera d'invito, di risposta, opuscoli, note informative per utenti, per operatori, per MMG ecc.). Anche questa documentazione è stata pubblicata sul sito Aziendale con possibilità di stampa da parte degli operatori screening interessati.</p> <p>La Rete Aziendale Screening cervicale approvata dal 2014 è stata realizzata solo parzialmente e prevede l'utilizzo del codice ID barcodato della donna, con correzione dell'eventuale errore anagrafico in tempo reale (su 25 punti prelievo sono attivi solo Francavilla e Chieti) .</p> <p>Sono state redatte I.O. incluse nella Del. n°6 dello 09/01/2017 che prevedono la riconversione delle modalità di erogazione dei test di screening all'interno dei programmi organizzati.</p> <p>Per poter realizzare negli anni 2018-2020, come previsto nel piano triennale delle Performance, gli obiettivi centrali degli screening oncologici e le azioni descritte nel Decreto 65/2016 è necessario che oltre alla rapida realizzazione di un Centro Unico di Coordinamento Aziendale con personale dedicato, venga attuato quanto richiesto e relazionato negli "Strumenti di Programmazione 2017-2019" ricompresi nella Del. 1394 del 30/11/2016.</p>
--	--	--	--

✓ **GOVERNO CLINICO, QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE**

(Qualità, Accreditamento, Risk Management e Governo Clinico);

Per garantire il miglioramento della sicurezza del paziente nel percorso dell'emergenza urgenza sono stati elaborati numerosi percorsi finalizzati al trattamento precoce dei pazienti con ictus cerebrali, dei pazienti con problema acuto IMA, della frattura del femore, delle emorragie gastriche e del trasporto materno neonatale STAM e STEM.

I risultati sono descritti analiticamente di seguito ed evidenziano un buon livello di sicurezza del paziente, raggiunto nelle nostre strutture assistenziali.

L'incident reporting adottato dall'azienda già nell'anno 2011 ha consentito di raggiungere numerose azioni di miglioramento atte a prevenire il ripetersi di eventi avversi e/o di errori assistenziali.

Nel corso dell'anno sono stati segnalati n. 200 eventi totali, di cui n. 176 eventi avversi, n. 9 eventi sentinella, n. 11 near miss.

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
SICUREZZA DEL PERCORSO DELL'EMERGENZA URGENZA	MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA URGENZA	MIGLIORARE LA GESTIONE DEL SISTEMA DI TRASPORTO (INTRAOSPEDALIERO, EXTRAOSPEDALIERO)	Il Dipartimento DEA ha elaborato una bozza di Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero e extraospedaliero del paziente.
		APPLICAZIONE PROCEDURA POLITRAUMA	L'analisi delle SDO dell'anno 2017 ha evidenziato 73 ricoveri con MDC 24 in dimissione; di questi, 28 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico, di cui il 78% entro 24 ore; il 68% dei pazienti politraumatizzati con DRG chirurgico è stato dimesso dal P.O. <i>Hub</i> (Chieti); i restanti pazienti dimessi dai P.O. <i>Spoke</i> (Lanciano e Vasto) presentavano minori criticità. La Procedura aziendale PGSQA40 "Procedura gestione paziente con politrauma" risulta rispettata.
TRATTAMENTO PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI	MIGLIORARE LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON ICTUS	APPLICAZIONE DEL PERCORSO ICTUS	Il trattamento precoce dei pazienti con ictus cerebrale ischemico permette un recupero funzionale elevato in una buona percentuale di casi. Va tuttavia considerato che non sempre è possibile effettuare la trombolisi venosa, soprattutto in presenza di comorbità o altre controindicazioni e quando sia passato troppo tempo tra l'evento ischemico e la presentazione in ospedale del paziente. Nella ASL 02 sono stati ricoverati 477 pazienti con ictus ischemico, dei quali 81 sono stati sottoposti a trombolisi endovenosa (17%). Un'analisi condotta su un campione di

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			ricoveri ha permesso di accertare che su 19 pazienti ricoverati per ictus ischemico, 7 risultavano eleggibili e venivano tutti correttamente sottoposti a trombolisi (100%); gli altri 12 risultavano invece non eleggibili per controindicazioni assolute.
	MIGLIORARE L'ACCESSIBILITA' AI PAZIENTI PER LA SOLUZIONE DEL PROBLEMA ACUTO IMA ATTRAVERSO LA PTCA	APPLICAZIONE DEL PERCORSO IMA	L'angioplastica coronarica percutanea (PTCA) permette di limitare, e in alcuni casi azzerare, le conseguenze di un infarto cardiaco acuto. Al momento i pazienti con infarto miocardico acuto vengono trattati con angioplastica coronarica entro 2 giorni in caso di N-STEMI, mentre per gli infarti STEMI la procedura aziendale prevede che l'angioplastica venga effettuata entro le 2 ore dall'accesso in DEA. Nel 2017 la percentuale di pazienti che hanno effettuato un'angioplastica coronarica per IMA entro 2 giorni è stata del 92% (205 analizzati). Da un'ulteriore analisi condotta su un campione di pazienti sottoposti ad angioplastica, tra i soggetti con IMA-STEMI il tempo medio di effettuazione dell'angioplastica coronarica è stato di 1,45h dall'arrivo in DEA.
	MIGLIORARE LA GESTIONE DEI PAZIENTI >65 aa CON FRATTURA DI FEMORE	APPLICAZIONE DEL PERCORSO FRATTURA FEMORE	L'indicatore LEA 19 "Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario" rientra nel set di indicatori utilizzati per la verifica sintetica dell'adempimento sul "mantenimento dei LEA" e valuta la presa in carico dell'organizzazione sanitaria e il tempo di risposta della stessa al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			femore. i risultati di tale indicatore, sono stati calcolati utilizzando come fonte dati il File A (SDO2017). Per l'anno 2017, il PO SS. Annunziata di Chieti mostra un risultato del 58%, il PO Renzetti di Lanciano del 49% e il PO San Pio di Vasto una percentuale del 76%. Questo stesso indicatore è riportato anche nella Griglia LEA e di seguito si riportano gli esiti per i tre Presidi secondo le classi di punteggio di valutazione dei livelli essenziali di assistenza ospedaliera: PO SS. Annunziata Chieti: 58% valore normale PO Renzetti Lanciano: 49% scostamento minimo PO San Pio Vasto: 76% valore normale.
	GESTIONE DELLE EMORRAGIE GASTRICHE SECONDO PERCORSO AZIENDALE STRUTTURATO	STRUTTURAZIONE PERCORSO	Per la gestione delle emorragie gastriche esiste a livello dipartimentale una procedura condivisa tra le UU.OO. di gastroenterologia e il Dipartimento Medico; è in fase di elaborazione la corrispondente procedura aziendale che verrà estesa alle altre UU.OO. e al DEA.
SICUREZZA NEL PERCORSO NASCITA	MIGLIORARE LA SICUREZZA NEL PERCORSO NASCITA	IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA PER TRASPORTO MATERNO E NEONATALE (STAM E STEN)	Lo STEN Aziendale, attivo dal 2015 è ad oggi a pieno regime. Nel corso del 2017 sono state effettuate 117 prestazioni così ripartite: <ul style="list-style-type: none"> - 41 trasporti primari, definiti come trasporto tra centro Spoke (Lanciano e Vasto) e centro Hub (Chieti) - 23 trasporti secondari o interterziari, definiti come trasporti tra centri Hub

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			<ul style="list-style-type: none"> - 51 trasporti per esami diagnostici, effettuati dalla TIN verso l'ITAB per esecuzione di esami RMN - 2 back-transport o trasporti di rientro. <p>Il tempo di attivazione, il tempo di attesa (tempo tra l'attivazione e l'arrivo dell'equipe STEN nel centro Spoke), il tempo di trasferimento totale (tempo tra l'attivazione e l'arrivo del neonato nel centro Hub) sono risultati negli standard previsti da procedura.</p> <p>Relativamente al Trasporto Materno (STAM) sono stati attivati 22 Trasporti da Vasto, di cui 17 verso il Centro hub di Chieti e 5 extra aziendali. Sono inoltre stati avviati 9 trasporti dal centro Spoke di Lanciano, di cui 8 indirizzati verso Chieti e 1 extra aziendale.</p>
		RIDUZIONE TAGLI CESAREI	<p>Di seguito si riportano i dati relativi alla percentuale di parti cesarei, anno 2017:</p> <p>Ostetricia e Ginecologia di Chieti: 38%</p> <p>Ostetricia e Ginecologia di Vasto: 35%</p> <p>Ostetricia e Ginecologia di Lanciano: 35%</p>
		PARTOANALGESIA	<p>Nel 2016 si sono registrati 1315 parti vaginali di cui 318 partoanalgesie (24%)</p> <p>Nel 2017 si sono registrati 1070 parti vaginali di cui 413 partoanalgesie (38%)</p>
		ATTIVAZIONE CHECK LIST DI SALA PARTO	<p>Gli eventi avversi che si verificano durante il travaglio, il parto, subito dopo la nascita e nel periodo neonatale, sono rari rispetto al totale delle nascite, tuttavia, le conseguenze fisiche, psicologiche ed economiche che ne possono derivare e l'impatto che esse hanno sul bambino, la</p>

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			<p>famiglia ed i professionisti coinvolti fanno sì che su di essi si debba porre una particolare attenzione.</p> <p>La mortalità e la morbosità materna correlate al travaglio e/o parto sono fenomeni sempre più rari nei paesi socialmente avanzati. Tuttavia, le indagini confidenziali e i comitati sulla mortalità materna, istituiti in diversi paesi europei, rilevano un'incidenza del fenomeno maggiore di quanto le notifiche volontarie riportino e stimano che circa la metà delle morti materne rilevate potrebbe essere evitata grazie a migliori standard assistenziali. La nascita è un processo complesso, con molti step, a volte difficoltosi, a volte complicati, ma necessari per fornire alla madre e al suo bambino le cure più sicure possibili. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato uno strumento (Check list) per aiutare gli operatori sanitari a ridurre il rischio di eventi avversi nella fase dell'assistenza al parto, dal momento dell'arrivo della madre nella struttura sanitaria a quello della dimissione sua e del suo bambino. La Asl Lanciano Vasto Chieti ha deciso di adottare tale strumento, procedendo alla redazione del documento nel mese di ottobre 2017 e per l'anno 2018 ha predisposto un corso di formazione con l'obiettivo generale di mettere a punto e diffondere la checklist per l'evento nascita come strumento di verifica e controllo dell'adeguatezza delle procedure cliniche a</p>

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			supporto degli operatori in coerenza con i percorsi clinico assistenziali nazionali.
TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE CURE PER I PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE MALIGNI	RIDURRE I TEMPI DI ATTESA PER TRATTAMENTO CHIRURGICO NEI CASI DI CA	Gli audit effettuati per valutare l'aderenza e il rispetto dei tempi di attesa relativamente ai percorsi oncologici aziendali evidenziano una riduzione dei tempi di attesa per quanto riguarda le pazienti da sottoporre ad intervento per carcinoma della mammella. I dati circa i tempi di attesa per le altre patologie oncologiche (polmone e colon retto) risultano di poco variati rispetto agli anni precedenti. Il percorso per il trattamento del melanoma presenta invece dei valori in linea con gli standard previsti.
		REVISIONE/IMPLEMENTAZIONE PCO ONCOLOGICI	Nel corso dell'anno 2017 è stato revisionato il seguente Percorso Clinico Organizzativo (PCO): PCO01_ Percorso clinico organizzativo per il trattamento del carcinoma mammario (Rev4 del 04/10/2017). La ASL Lanciano Vasto Chieti ha inoltre, nel corso del 2017, partecipato a diversi Tavoli di Lavoro regionali per l'attivazione di reti oncologiche regionali e per la redazione dei seguenti PDTA regionali: <ul style="list-style-type: none"> - PDTA del tumore del Polmone (Deliberato in data 5 Ottobre 2017) - PDTA del tumore della mammella (Deliberato in data 26 Giugno 2017) - PDTA Malattie Infiammatorie croniche dell'intestino (MICI) (Deliberato in data 26 Giugno

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			2017)
RIDUZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONI OSPEDALIERE E SEPSI	MIGLIORARE LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SEPSI	ATTIVAZIONE PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA IDENTIFICAZIONE PRECOCE E GESTIONE DEL PAZIENTE SETTICO	<p>La sepsi e lo shock settico sono emergenze mediche per le quali è raccomandato un trattamento medico e rianimatorio precoce. Trattandosi di patologie tempo-correlate, si impone la necessità di una collaborazione multidisciplinare che si basi su procedure finalizzate a un rapido inquadramento e a un tempestivo approccio terapeutico. In considerazione di tale necessità è necessario che in tutti gli operatori siano sensibilizzati al problema, oltre che nei reparti di degenza, all'ingresso del paziente dal Dipartimento di Emergenza/Urgenza gli Operatori Sanitari, per identificare precocemente il rischio e implementare percorsi clinici adeguati ad una diagnosi precoce di sepsi ed al suo trattamento tempestivo. Recenti stime indicano infatti che il rischio di morte per sepsi arrivi ad essere fino a 5 volte maggiore di quello dei pazienti ricoverati per ictus e fino a 10 volte maggiore dei pazienti con STEMI. La ASL Lanciano Vasto Chieti ha approvato la "Procedura generale gestione diagnostico-terapeutica della sepsi e dello shock settico" (Rev.0 del 07/12/2017) disponibile sul sito aziendale nella sezione Gestione Documenti Aziendali Qualità e Rischio clinico.</p>

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
		<p>AUMENTARE LA COMPLIANCE DA PARTE DELLE UU.OO. ALL'APPLICAZIONE DEI BUNDLE E DELLE BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI</p>	<p>L'utilizzo delle schede di bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza permette di sorvegliare l'applicazione delle buone pratiche per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Attualmente in tutte le UU.OO. è prevista l'applicazione dei bundle, sempre relativamente a quelli di competenza specifica, e un'analisi effettuata, a cura del Gruppo Operativo CIO, sull'applicazione dei bundle oggetto di obiettivo di budget in diversi reparti ha evidenziato un trend in aumento rispetto agli anni precedenti. Per quanto riguarda la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie, azione trasversale a pressoché tutte le UU.OO. aziendali, la relativa scheda di bundle è stata integrata nella documentazione sanitaria nel corso del 2017, rendendola di fatto obbligatoria in tutti i reparti di degenza. Ciò ha comportato un ulteriore trend positivo della sua applicazione.</p>
<p>SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE</p>	<p>MIGLIORARE LA GESTIONE DEL RISCHIO E DELLA QUALITA'</p>	<p>MONITORAGGIO PROCEDURE CON CUI SONO STATE IMPLEMENTATE A LIVELLO AZIENDALE LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI</p>	<p>La UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management esegue annualmente dei controlli ordinari delle cartelle cliniche delle UU.OO. aziendali attraverso cui è possibile monitorare la maggior parte delle Procedure con cui sono state implementate le Raccomandazioni ministeriali, ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			<ul style="list-style-type: none"> - Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ab0 - Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica - Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica <p>Il controllo prevede infatti un'analisi della corretta compilazione della check list operatoria, dei moduli (consenso, check list) per la somministrazione e di emocomponenti, della scheda unica di terapia e della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica.</p> <p>Per quanto riguarda la Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, la ASL ha avviato un piano di monitoraggio delle cadute della persona assistita in ospedale e di prevenzione del rischio cadute.</p> <p>Tale piano ha previsto la revisione della Procedura aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita, visite ispettive nei reparti con maggior numero di segnalazioni di evento caduta, due audit specifici con analisi dettagliata del fenomeno cadute, sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari. La procedura per la prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita è stata monitorata attraverso il controllo annuale delle cartelle cliniche con cui viene verificata la corretta compilazione della scheda di valutazione del rischio caduta.</p>

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			<p>Sono state inoltre effettuate due visite di controllo presso le Oncologie Aziendali al fini di verificare l'applicazione della procedura aziendale "Prevenzione e trattamento non chirurgico degli stravasi da farmaci antitumorali" con il supporto di apposita checklist di verifica.</p> <p>Per il monitoraggio della Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto e della Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita, è stato svolto un audit per il monitoraggio della Procedura per il trasporto in emergenza STAM e STEN.</p>
		<p>VALUTARE IL CORRETTO UTILIZZO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA</p>	<p>Nell'anno 2017 sono state analizzate le cartelle cliniche dei pazienti dimessi nell'anno 2016 dalle UU.OO. chirurgiche: sono state analizzate tutte le Unità operative chirurgiche generali e specialistiche (N°24) della ASL Lanciano Vasto Chieti. Nell'anno 2017, alla verifica periodica sulle cartelle cliniche effettuata dalla UO qualità e rischio clinico, è stata affiancata l'autovalutazione delle cartelle cliniche da parte degli operatori, ossia una valutazione effettuata dal reparto quadrimestralmente su cartelle cliniche scelte random, passaggio importante nella fase di verifica in quanto responsabilizza i professionisti coinvolgendoli direttamente nella ricerca delle criticità e nell'impostazione delle azioni di miglioramento.</p> <p>L'introduzione di questo doppio controllo permette un monitoraggio continuo sulla compilazione della checklist perioperatoria, essendo prevista nella griglia utilizzata per</p>

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			la verifica, una sezione riguardante la corretta compilazione della checklist perioperatoria. Complessivamente sono state analizzate 480 Cartelle Cliniche
		PROMUOVERE LA CULTURA NO BLAME INCENTIVANDO GLI OPERATORI ALLE SEGNALAZIONI DI EVENTI AVVERSI/NEAR MISS	L'incident reporting, adottato in azienda già dal 2011, è uno dei sistemi che ha permesso alla UOC Qualità, Accredитamento e Risk Management di raccogliere dati ed eseguire analisi su di una serie di eventi avversi e near miss per la programmazione di strategie e lo svolgimento di azioni di miglioramento atte a prevenire che gli eventi avversi registrati o i quasi - eventi possano ripetersi quantomeno con le stesse modalità. Al fine di promuovere una cultura no blame e sensibilizzare gli operatori alla segnalazione degli eventi avversi, l'SQA da diversi anni organizza corsi di formazione che nel corso del tempo hanno comportato un aumento delle segnalazioni di eventi avversi/near miss. Nel corso dell'anno 2017 sono stati segnalati 200 eventi totali di cui 176 eventi avversi, 9 eventi sentinella segnalati al SIMES e 11 near miss.
		REALIZZAZIONE AUDIT ORGANIZZATIVI E CLINICI (ANCHE DIRETTAMENTE AUTOGESTITI DALLE UOOO)	Il Risk Management aziendale, al ricevimento di una segnalazione di evento avverso/near miss, avvia immediatamente una pre-analisi confrontandosi con i referenti e gli operatori coinvolti, acquisisce, se lo ritiene necessario, la documentazione clinica agli atti e coinvolge i soggetti direttamente interessati. Se dalla pre-analisi emerge la necessità di effettuare un audit clinico, l'SQA

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			<p>predispone un audit invitando tutti gli operatori coinvolti. Gli audit, gestiti direttamente dal Risk Management nel corso del 2017 , sono stati 10.</p> <p>Sono stati effettuati, a cura della UOC Qualità, Accreditazione e Risk management, N. 5 audit per il monitoraggio dei PCO oncologici e dei PDTA aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Audit sul Percorso Clinico Organizzativo per il trattamento del carcinoma mammario eseguito in data 04/04/2017. - Audit sul Percorso clinico organizzativo per il trattamento del carcinoma del colon retto eseguito in data 17/05/2017. - Audit sul percorso clinico organizzativo per il tumore del polmone eseguito in data 04/05/2017. - Audit per il monitoraggio della Procedura per il trasporto in emergenza STAM e STEN eseguito in data 21/07/2017. - Audit per il monitoraggio del percorso per la gestione della frattura femore nel paziente anziano eseguito in data 28/11/2017. <p>Infine sono stati effettuati due audit clinici autogestiti dalla Sala Operatoria di Ortona e dal SerD di Lanciano.</p>
		<p>PREDISPOSIZIONE DI PIANI DI MIGLIORAMENTO ALLA LUCE DEGLI EVENTI SENTINELLA CHE SI SONO MAGGIORMENTE VERIFICATI</p>	<p>Per l'anno 2017 è stato predisposto il Piano di miglioramento "Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale" e sono stati individuati i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisione Procedura Aziendale "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita" (Rev. 3 13/10/2017)

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			<ul style="list-style-type: none"> - N° 3 incontri formativi dedicati alla nuova Procedura per la gestione delle cadute e relativa modulistica che è divenuta parte integrante della cartella clinica - N° 2 audit dedicati - N°239 operatori formati
		IMPLEMENTAZIONE BEST PRACTICE	<p>1) Risonanza Magnetica in pazienti portatori di Pacemaker: si può! AgeNaS - Osservatorio Buone Pratiche per la sicurezza del paziente.</p> <p>2) Checklist trasfusionale ed emocomponente: una semplice modifica aumenta la sicurezza del paziente in ambito ospedaliero e territoriale. AgeNaS - Osservatorio Buone Pratiche per la sicurezza del paziente.</p>
		ATTIVAZIONE CORSI DI FORMAZIONE INNOVATIVI	<p>I corsi organizzati, come da Piano Formativo 2017, sono stati:</p> <p>1) Sicurezza Del Paziente E Gestione Del Rischio Clinico - Corso Base</p> <p>2) Metodologie Di Analisi Per La Gestione Del Rischio Clinico - Corso Avanzato</p> <p>3) Rischio Clinico: Best Practice Per La Sicurezza Del Paziente – Corso Avanzato</p> <p>4) Technical E Non Technical Skills Per La Sicurezza Del Paziente – Corso Di Formazione Per Facilitatori Del Rischio Clinico</p> <p>5) La Gestione Della Comunicazione Tra Operatori, Negli Eventi Avversi E Nelle Situazioni Difficili Come Strumento Di Prevenzione Del Rischio Clinico</p> <p>6) Quality & Safety Day 2017</p>

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
CREARE UNA CULTURA DELL'UMANIZZAZIONE	MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN CONSIDERAZIONE DELLA SUA COMPLESSITA' 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.	Nel corso del 2017 si è svolto un incontro presso il PO di Lanciano per poter analizzare i progetti di umanizzazione legati al Progetto “Banca delle idee”. E’ stato inoltre effettuato un incontro con il Direttore del Breast Center aziendale e il Dipartimento di Scienza Dipartimento di Medicina e Scienze dell’Invecchiamento dell’Università degli studi G. D’Annunzio per definire le modalità di attivazione dell’Ambulatorio di Medicina Integrata, rivolto alle donne con carcinoma della mammella.
		IMPLEMENTAZIONE PROGETTI (EVENTI, CORSI DI FORMAZIONE, ETC)	1) Attivazione dell’Ambulatorio di medicina integrata presso il PO di Ortona con lo scopo di offrire attività specialistiche, complementari ed innovative, includendo anche interventi educativi per la promozione di corretti stili di vita, al fine di migliorare la qualità della vita delle pazienti con cancro della mammella, di favorirne il pieno recupero e di prevenire la reinsorgenza della malattia, nonché l’insorgenza di patologie croniche (i.e. osteoporosi, sindrome metabolica) quale effetto collaterale del trattamento convenzionale. 2) Attivazione di un sistema di interpretariato da remoto “Help Voice” che ricopre 100 lingue straniere, con disponibilità h24 per tutto l’anno e chiamate illimitate dalle strutture aziendali e possibilità di usufruire di traduzioni scritte e di ore mediazione culturale di

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
			persona.
TRATTAMENTO PATOLOGIE CARDIACHE	MIGLIORARE LA GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CARDIACHE	RENDERE EFFICIENTE LA GESTIONE DELLE SEDUTE OPERATORIE	Di seguito si riportano i dati di attività di sala operatoria della Clinica Cardiocirurgica: Totale interventi 2017: 495 (di cui 109 in elezione e 310 in urgenza) Totale interventi 2016: 450 (di cui 89 in elezione e 297 in urgenza)

AREA GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
TRATTAMENTO PATOLOGIE ONCOLOGICHE FEMMINILI	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE CURE PER LE DONNE AFFETTE DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE MALIGNI	ATTIVAZIONE PERCORSO PER TRATTAMENTO DI PATOLOGIE GINECOLOGICHE ONCOLOGICHE	Di seguito si riportano i dati di attività di sala operatoria della Ginecologia Oncologica Ortona: Totale interventi 2017: 697 (di cui 678 in elezione e 17 in urgenza) Totale interventi 2016: 613 (di cui 603 in elezione e 4 in urgenza)
		MANTENIMENTO CERTIFICAZIONE EUSOMA	La visita di re-audit presso il Breast Center Aziendale della ASL Lanciano Vasto Chieti si è svolta con esito positivo il 30 e 31 Ottobre 2017. Il centro ha ottenuto il Certificato di Rinnovo n. 1017/2.

✓ **GOVERNO STRATEGICO: ECONOMICO, ORGANIZZATIVO E PERFORMANCE**

(Progettazione Strategica e Sistemi di Performance – Integrazione Ospedale Territorio - Farmacia Ospedaliera - Farmacia Territoriale)

Tramite un sistema di reporting trimestrale sono stati garantiti livelli informativi a tutte le UU.OO. aziendali, per il monitoraggio dei consumi di beni sanitari e non sanitari, con evidenza delle criticità, rispetto agli obiettivi aziendali.

Il sistema di reporting, consolidato nel cruscotto aziendale, mostra nel margine operativo lordo quale indicatore che ha illustrato l'incremento della produzione, quale aumento dell'attrattività della mobilità attiva..

Il bilancio d'esercizio evidenzia il risultato della gestione aziendale, riportando i principali avvenimenti della gestione caratteristica e straordinaria.

Il Servizio farmaceutico con la partecipazione ai lavori della commissione terapeutica aziendale e al gruppo di lavoro appropriatezza e contenimento della spesa farmaceutica, ha messo in campo una serie di azioni riguardanti la stessa, sintetizzati nei prospetti.

AREA GOVERNO STRATEGICO: ECONOMICO, ORGANIZZATIVO E PERFORMANCE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
Integrazione Ospedale Territorio: Gestione dell'assistenza del paziente fragile	Potenziare la capacità di risposta dell'assistenza primaria offerta attivamente e prioritariamente alla popolazione fragile. Attivazione della presa in carico sia da parte degli MMG (dal punto di vista clinico) sia da parte degli infermieri della fragilità (dal punto di vista assistenziale)	Realizzazione di un modello clinico-organizzativo caratterizzato dalla presa in carico e dalla pianificazione del follow-up del paziente fragile da parte di una equipe multiprofessionale.	<ul style="list-style-type: none"> • In Case Management assistenziale, con contatti periodici attivi da parte dell'infermiere per presa in cura complessiva (121 casi); • Disease Management presso alcune sedi distrettuali nell'ambito della assistenza ambulatoriale specialistica ordinaria (129 casi); • Attivazione del telemonitoraggio di pazienti affetti da Diabete (142 casi); • 951 Ricoveri negli Ospedali di Comunità di Gissi (174), Casoli (630) e Guardiareale (147); • Attivazione della Dimissione programmata dai reparti di Neurologia e Medicina dell'Ospedale di Lanciano (156 casi); • inoltre 76 casi non ancora attivati, 13 decessi, 30 non presi in carico e 22 che hanno rifiutato.

<p>Integrazione Ospedale Territorio: Continuità servizi ospedalieri e territoriali</p>	<p>Miglioramento dell'assistenza clinica in seguito alla pianificazione della dimissione ospedaliera in alcune patologie definite (scompenso cardiaco, bpc, diabete). Miglioramento dell'efficienza organizzativa in termini di costi e impiego di risorse</p>	<p>Condivisione dei protocolli operativi di pianificazione della dimissione ospedaliera e integrazione territoriale, con individuazione del setting assistenziale più adatto in base alle condizioni cliniche del paziente fragile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processi infermieristici del Disease Management del Diabete di tipo 2 (PGSQA73 del 10/05/2017) • Procedura gestione integrata dei disturbi cognitivi e delle demenze (PGSQA86 del 06/07/2017) • Organizzazione assistenziale degli Ospedali di Comunità (PGSQA89 del 30/11/2017); • Istruzione Operativa Gestione Infermieristica Ospedale di Comunità (IOSQA36 del 30/11/2017); • Cartella ambulatorio infermieristico fragilità assistenziale (MRSQA89-02 del 30/11/2017) • Cartella Infermieristica Fragilità Ospedale di Comunità (MRSQA89-01 del 30/11/2017) • Disease Management dello Scompenso Cardiaco e gestione integrata dei processi infermieristici (PGSQA88 del 21/12/2017) • Procedure in fase di predisposizione relative ai “Processi infermieristici ETS di educazione terapeutica strutturata ai pazienti diabetici”
<p>Integrazione Ospedale Territorio: sistema informativo integrato</p>	<p>Ottimizzazione dell'impiego delle risorse umane e materiali per definire il livelli di fragilità assistenziale del singolo paziente</p>	<p>Implementazione di modelli organizzativi che consentano la valutazione oggettiva della complessità assistenziale in una prospettiva olistica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione di tre PDTA clinico organizzativi definiti da medici specialisti e infermieri del settore per il diabete mellito di tipo 2 (diabetologi), lo scompenso cardiaco (cardiologi e internisti), i disturbi cognitivi e la demenza (geriatri e psicologi) <p>n. 279 schede Brass compilate (71,2% dei pazienti fragili target)</p>

<p>Sistema informativo integrato (socio-sanitario)</p>	<p>Programmazione interventi pro-attivi documentati dal rischio di fragilità (REFA). Comprendere e osservare i fattori determinanti della popolazione fragile</p>	<p>Costituzione e alimentazione del Registro Epidemiologico della Fragilità in modo integrato tra operatori sociali e sanitari</p>	<p>Creazione di un prototipo di Registro Epidemiologico della Fragilità, calcolo del rischio di fragilità ed individuazione dei soggetti ad alta fragilità residenti nell'Area Interna. Data entry di 1.485 casi (34% dei pazienti fragili = n. 4.368 corrispondente al 21% della popolazione del'Area Basso Sangro Trigno = 20.758 ab.)</p>
<p>Integrazione Ospedale Territorio: sistema formativo</p>	<p>Sviluppo delle competenze di case e disease management alla luce delle procedure operative aziendali di presa in carico proattiva e dell'utilizzo del sistema informativo</p>	<p>Realizzazione di eventi formativi in aula e sul campo, finalizzati alla condivisione dei ruoli, competenze e relazioni professionali</p>	<p>Un corso sul campo di Educazione terapeutica strutturata ai pazienti diabetici (infermieri ambulatoriali) (20 ore) Un percorso formativo Nursing Frailty - Ospedale di Comunità (Infermieri dell'OdC) 40 ore Supporto formativo alla creazione della cartella infermieristica della fragilità a partire da quella dell'Ospedale di Comunità e della aderenza alla terapia (supporto informatico per integrazione registro fragilità in Epi Info) 40 ore</p>

Redatto a cura dell'U.O.C. **Progettazione Strategica e Sistemi di Performance**

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Garantire il contributo delle singole UU.OO. all'equilibrio economico	Monitoraggio periodico costo beni sanitari ad uso ospedaliero e territoriale	<p>Il Servizio ha elaborato trimestralmente ed annualmente dei report dei consumi dei beni sanitari e non sanitari evidenziando le criticità e gli scostamenti al fine di poter garantire lo svolgimento dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico.</p> <p>Nello specifico, il margine operativo lordo (MOL) è un indicatore che fornisce un'immediata valutazione dell'efficienza della gestione, in quanto si riferisce alla cosiddetta gestione caratteristica dell'azienda.</p> <p>Il contributo fornito dalle singole UU.OO. aziendali all'equilibrio economico è pari ad € 64.544.063.</p> <p>I costi riferibili ai fattori produttivi impiegati nella produzione da parte delle diverse UU.OO., sono pari ad € 130.507.457.</p> <p>Il risultato economico dell'azienda nell'anno 2017 è stato negativo, con una perdita d'esercizio pari ad € 28.845.518.</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Contenimento della spesa farmaceutica: dispositivi medici e farmaci ospedalieri	Monitoraggio costo beni sanitari: dispositivi medici e farmaci ad uso ospedaliero	<p>Con delibera n. 712 del 13.6.2017 è stata aggiornata la Commissione Terapeutica Aziendale al fine di garantire corretti approcci terapeutici. Inoltre, sono state calendarizzate le attività del “Gruppo di Lavoro Appropriatelyzza e Contenimento Spesa Farmaci Altospendenti”, istituito con delibera del Direttore Generale n. 699 del 24.6.2016: .</p> <p>In merito all’appropriatezza prescrittiva, specifiche disposizioni sono state fornite alle UU.OO competenti con note prot. n. 5161U17CH dell’08/02/2017 e prot. n. 7471U17 del 15/02/2017.</p> <p>In particolare sono state poste in essere le suddette azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - razionalizzazione dell’uso del farmaco in ospedale, con particolare riferimento alla corretta gestione delle procedure previste nei registri AIFA; - controllo della corretta prescrizione/utilizzo dei farmaci nell’ambito delle sperimentazioni cliniche e/o per uso compassionevole; - monitoraggio dell’attività prescrittiva e incentivazione della prescrizione e dell’utilizzo dei farmaci biosimilari; - monitoraggio di attività prescrittiva di farmaci ad alto costo. <p>Per quanto riguarda i dispositivi medici, le attività messe in atto nel corso dell’anno 2017 possono essere riassunte come di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - si è provveduto a rinegoziare i prezzi di prodotti a maggiore impatto di spesa (es. suture in acido poliglicolico montato su ago); - si è contribuito al capitolato tecnico di gara per i dispositivi di classe H; -per i dispositivi di classe M si è proceduto alla rinegoziazione dei prezzi ed è stata fornita la collaborazione alla fase di redazione del capitolato

			della gara regionale; - per i dispositivi medici impiantabili cardiologici si sono avuti i risultati migliori in termini di risparmio, sia per l'elevato costo medio dei D.M. che per il limitato numero di articoli annoverati nella categoria.
--	--	--	---

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017																																																		
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Contenimento della spesa farmaceutica territoriale	Monitoraggio costo beni sanitari ad uso territoriale	<p>Nell'anno 2017, ai fini del miglioramento dell'appropriatezza e del contenimento della spesa farmaceutica sono state poste in essere le seguenti azioni:</p> <p>1) monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG e PLS e definizione di linee guida terapeutiche per categorie di farmaci "alto spendenti" nell'ambito della medicina generale e in ambito specialistico;</p> <p>2) monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei farmaci equivalenti.</p>					<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1093 630 1171 659"></th> <th data-bbox="1171 630 1413 659">Tipo farmaco</th> <th data-bbox="1413 630 1525 659">lordo</th> <th data-bbox="1525 630 1659 659">netto</th> <th data-bbox="1659 630 1809 659">pezzi</th> <th data-bbox="1809 630 1966 659">DDD</th> <th data-bbox="1966 630 2123 659">% DDD sul totale</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1093 659 1171 687">anno</th> <th data-bbox="1171 659 1413 687"></th> <th data-bbox="1413 659 1525 687"></th> <th data-bbox="1525 659 1659 687"></th> <th data-bbox="1659 659 1809 687"></th> <th data-bbox="1809 659 1966 687">DDD</th> <th data-bbox="1966 659 2123 687">totale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1093 687 1171 1305" rowspan="4">Gennaio Dicembre 2016</td> <td data-bbox="1171 687 1413 762">GENERICICO registrato</td> <td data-bbox="1413 687 1525 762">14.278.176</td> <td data-bbox="1525 687 1659 762">13.830.376</td> <td data-bbox="1659 687 1809 762">1.770.386</td> <td data-bbox="1809 687 1966 762">30.738.370</td> <td data-bbox="1966 687 2123 762">20,7%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1171 762 1413 1002">Genericabili: principi attivi con brevetto scaduto e prezzo di riferimento; farmaci branded</td> <td data-bbox="1413 762 1525 1002">33.438.930</td> <td data-bbox="1525 762 1659 1002">22.879.003</td> <td data-bbox="1659 762 1809 1002">4.340.015</td> <td data-bbox="1809 762 1966 1002">80.101.751</td> <td data-bbox="1966 762 2123 1002">54,1%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1171 1002 1413 1077">SUBTOTALE EQUIVALENTI</td> <td data-bbox="1413 1002 1525 1077">47.717.106</td> <td data-bbox="1525 1002 1659 1077">36.709.378</td> <td data-bbox="1659 1002 1809 1077">6.110.401</td> <td data-bbox="1809 1002 1966 1077">110.840.121</td> <td data-bbox="1966 1002 2123 1077">74,8%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1171 1077 1413 1265">Non equiv. Molecole con brevetto non presenti in lista di trasparenza e senza prezzo riferimento</td> <td data-bbox="1413 1077 1525 1265">38.053.914</td> <td data-bbox="1525 1077 1659 1265">33.275.309</td> <td data-bbox="1659 1077 1809 1265">1.814.650</td> <td data-bbox="1809 1077 1966 1265">37.299.798</td> <td data-bbox="1966 1077 2123 1265">25,2%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1171 1265 1413 1305">Totali</td> <td data-bbox="1413 1265 1525 1305">85.771.020</td> <td data-bbox="1525 1265 1659 1305">69.984.687</td> <td data-bbox="1659 1265 1809 1305">7.925.051</td> <td data-bbox="1809 1265 1966 1305">148.139.918</td> <td data-bbox="1966 1265 2123 1305">100,0%</td> </tr> </tbody> </table>		Tipo farmaco	lordo	netto	pezzi	DDD	% DDD sul totale	anno					DDD	totale	Gennaio Dicembre 2016	GENERICICO registrato	14.278.176	13.830.376	1.770.386	30.738.370	20,7%	Genericabili: principi attivi con brevetto scaduto e prezzo di riferimento; farmaci branded	33.438.930	22.879.003	4.340.015	80.101.751	54,1%	SUBTOTALE EQUIVALENTI	47.717.106	36.709.378	6.110.401	110.840.121	74,8%	Non equiv. Molecole con brevetto non presenti in lista di trasparenza e senza prezzo riferimento	38.053.914	33.275.309	1.814.650	37.299.798	25,2%	Totali	85.771.020	69.984.687	7.925.051	148.139.918	100,0%
				Tipo farmaco	lordo	netto	pezzi		DDD	% DDD sul totale																																											
			anno						DDD	totale																																											
			Gennaio Dicembre 2016	GENERICICO registrato	14.278.176	13.830.376	1.770.386		30.738.370	20,7%																																											
				Genericabili: principi attivi con brevetto scaduto e prezzo di riferimento; farmaci branded	33.438.930	22.879.003	4.340.015		80.101.751	54,1%																																											
SUBTOTALE EQUIVALENTI	47.717.106	36.709.378		6.110.401	110.840.121	74,8%																																															
Non equiv. Molecole con brevetto non presenti in lista di trasparenza e senza prezzo riferimento	38.053.914	33.275.309		1.814.650	37.299.798	25,2%																																															
Totali	85.771.020	69.984.687	7.925.051	148.139.918	100,0%																																																

			Gennaio Dicembre 2017				
anno	Tipo farmaco	lordo	netto	pezzi	DDD	% DDD sul totale	
Gennaio Dicembre 2017	GENERICICO registrato	15.000.788	14.533.143	1.825.202	32.069.138	21,8%	
	Genericabili: principi attivi con brevetto scaduto e prezzo di riferimento; farmaci branded	35.133.290	24.219.742	4.423.900	83.080.209	56,3%	
	SUBTOTALE EQUIVALENTI	50.134.077	38.752.885	6.249.102	115.149.348	78,1%	
	Non equiv.	Molecole con brevetto non presenti in lista di trasparenza e senza prezzo riferimento	33.681.765	29.414.088	1.609.628	32.287.249	21,9%
	Totali		83.815.842	68.166.973	7.858.730	147.436.597	100,0%

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
PROVENIENZA DEI PAZIENTI E MOBILITA'	Garantire e monitorare il livello di attrattività nel rispetto del progetto di sviluppo aziendale	Negoziazione di obiettivi specifici con le UU.OO. di competenza e relativo monitoraggio	Specifici impegni di budget sull'incremento della produttività e del margine operativo lordo (MOL) hanno condotto ad un incremento della mobilità attiva extra-regionale, iscritta nel bilancio d'esercizio 2017 per un valore pari ad € 20.922.655, con una leggera diminuzione rispetto all'anno 2016 di un importo pari ad € 160.575. La mobilità attiva intra-regionale, iscritta nel bilancio d'esercizio 2017 per un importo pari ad € 50.525.458, invece ha subito un incremento rispetto all'anno 2016 pari ad € 900.000.
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
ASSORBIMENTO E UTILIZZO DELLE RISORSE	Appropriatezza farmaceutica: monitorare la quantità media di risorse impiegate per il trattamento del singolo paziente ponderato per il grado di complessità	Negoziazione di obiettivi specifici con le UU.OO. di competenza e relativo monitoraggio	Con riferimento agli obiettivi assegnati e ai monitoraggi posti in essere, l'indicatore di efficienza farmaci/punto DRG, a livello aziendale, per la produzione propria e con riferimento ai farmaci di consumo ospedaliero è pari a 1.466,22. Seppur con una produzione DRG più qualificata e, quindi, di maggior peso ponderato, il consumo di farmaci è cresciuto rispetto all'anno precedente.

	Appropriatezza dei dispositivi: monitorare la quantità media di risorse impiegate per il trattamento del singolo paziente ponderato per il grado di complessità		Con riferimento agli obiettivi assegnati e ai monitoraggi posti in essere, l'indicatore di efficienza dispositivi/punto DRG, a livello aziendale, per la produzione propria e con riferimento ai dispositivi medici di consumo ospedaliero è pari a 943,05. Nonostante una produzione DRG più qualificata e, quindi, di maggior peso ponderato, il consumo di dispositivi a livello ospedaliero è aumentato rispetto all'anno precedente.
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
EFFICACIA,, EFFICIENZA, ECONOMICITA' DEL SISTEMA EMERGENZA URGENZA	% codici bianchi e verdi in entrata sugli accessi totali	Attivazione di percorsi integrati e condivisi con il territorio	La percentuale di codici bianchi e verdi in entrata sugli accessi totali è pari al 42,45% ed è in diminuzione rispetto al 43,83% dell'anno 2016.

✓ **TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

(Anticorruzione e Trasparenza).

L'importanza dell'espletamento delle attività correlate all'anticorruzione e alla trasparenza, ha determinato l'azienda nella volontà di collegare al budget la performance dell'U.O., assegnando l'obiettivo specifico della compilazione delle schede anticorruzione.

Ciò ha comportato una corretta ed aggiornata valutazione dei potenziali eventi corruttivi.

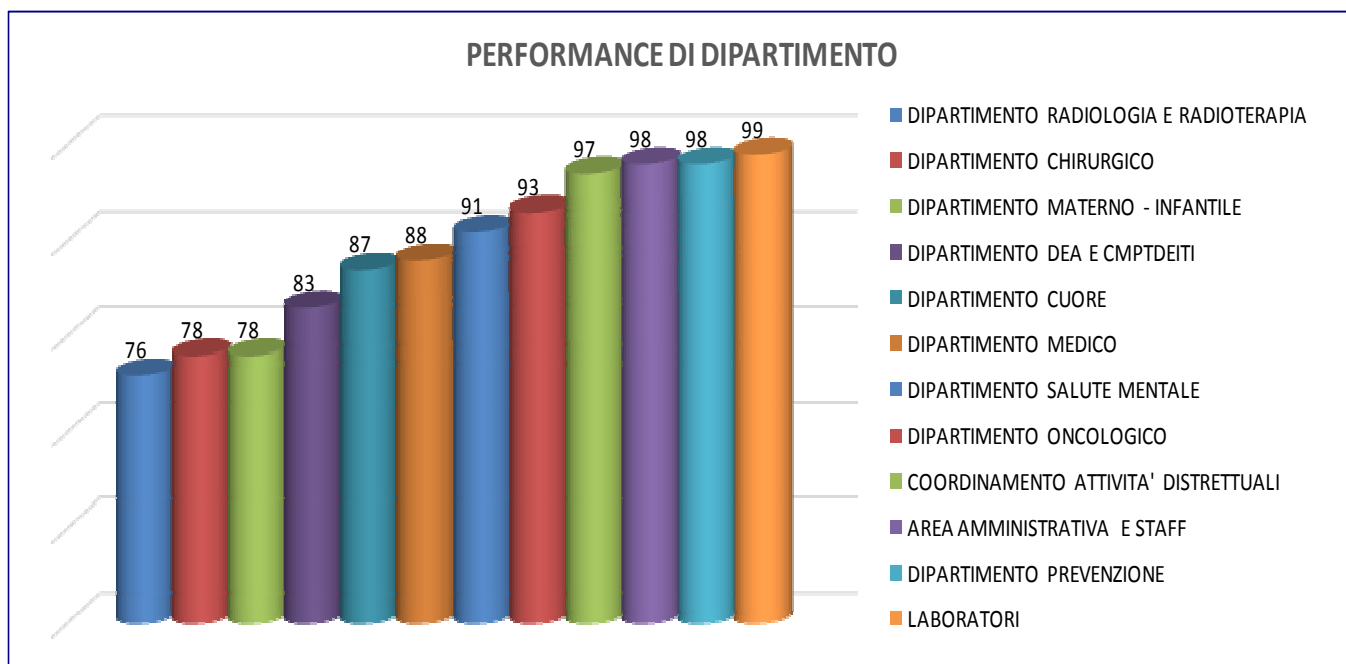
AREA TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVATI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2017
Misure di prevenzione della corruzione	Corretta e aggiornata valutazione degli eventi corruttivi già monitorati e valutazioni di eventi associati ad attività precedentemente non valutate	Revisione della valutazione dell'evento corruttivo già valutato	Nel corso del 2017 è continuato il lavoro di coinvolgimento e sensibilizzazione sia dei Referenti che dei Dirigenti, per renderli sempre più partecipi e consapevoli dell'importanza dell'espletamento delle attività inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza all'interno della ASL.L'individuazione delle strutture aziendali interessate nella gestione del rischio è stata fatta con riferimento alle varie e complesse Strutture, Dipartimenti e UU.OO. di cui è costituita l'organizzazione dell'azienda e alle procedure generali o specifiche di processo adottate e ad essi afferenti, già precedentemente implementate ed ulteriormente esaminate e approfondite nel 2017, individuando le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione e le relative misure preventive, con l'obiettivo di contrastare in maniera sempre più efficace i comportamenti corruttivi. Per la mappatura dei processi, l'analisi dei rischi, il piano di azione per il trattamento del rischio, si è tenuto conto sia delle aree a rischio definite dalla Legge 190/2012, che di altre aree individuate sulla base della specificità aziendale, già implementate gradualmente nei precedenti aggiornamenti dei Piani, in considerazione della complessità organizzativa aziendale. Sono state analizzate la maggior parte delle attività che si espletano nella ASL, attraverso la valutazione di numerosi processi, come si evince dal catalogo dei processi mappati con relative misure, allegato n°1 del Piano stesso. Per ogni processo, sottoprocesso o fase di processo trattato è stata compilata, a cura della UO, una scheda di un potenziale evento corruttivo contenente tutte le informazioni necessarie per la gestione del rischio relativo al processo trattato. Tenuto conto delle notevoli dimensioni e della complessità organizzativa aziendale e dei numerosi processi in cui si articola l'attività svolta, è proseguita con attenzione e accuratezza l'attività di analisi dei processi e relativi rischi, in particolare mappando il maggior numero di essi. Infatti, al fine di migliorare la strategia di prevenzione, è stato ulteriormente esteso l'ambito di rilevazione al settore più strettamente sanitario, con il coinvolgimento dei Dipartimenti sanitari di cui è costituita l'Azienda, ma anche di alcune UO non ancora mappate, in modo da raggiungere un ottimo livello di approfondimento della mappatura.
		Valutazione dell'evento corruttivo relativa all'attività non valutata	

3.3 Sintesi delle performance di dipartimento

Sulla base delle risultanze del processo di verifica, svolto dall'Organismo Indipendente di Valutazione con il supporto della Struttura Tecnica Permanente che ha predisposto l'istruttoria, sono state definite le performance dei singoli centri di responsabilità, di cui è stata calcolata la media per singolo dipartimento di appartenenza.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO	Punteggio
media	78
DIPARTIMENTO MEDICO	Punteggio
media	88
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Punteggio
media	91
DIPARTIMENTO CUORE	Punteggio
media	87
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	Punteggio
media	78
DIPARTIMENTO RADIOLOGIA E RADIOTERAPIA	Punteggio
media	76
LABORATORI	Punteggio
media	99
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Punteggio
media	98
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	Punteggio
media	93
COORDINAMENTO ATTIVITA' DISTRETTUALI	Punteggio
media	97
DIPARTIMENTO DEA E CMPTDEITI	Punteggio
media	83
AREA AMMINISTRATIVA E STAFF	Punteggio
media	98

I risultati raggiunti, da ogni singolo dipartimento, sono stati rappresentati di seguito anche graficamente.



4. Risorse, efficienza ed economicità

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.

Infatti, 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.

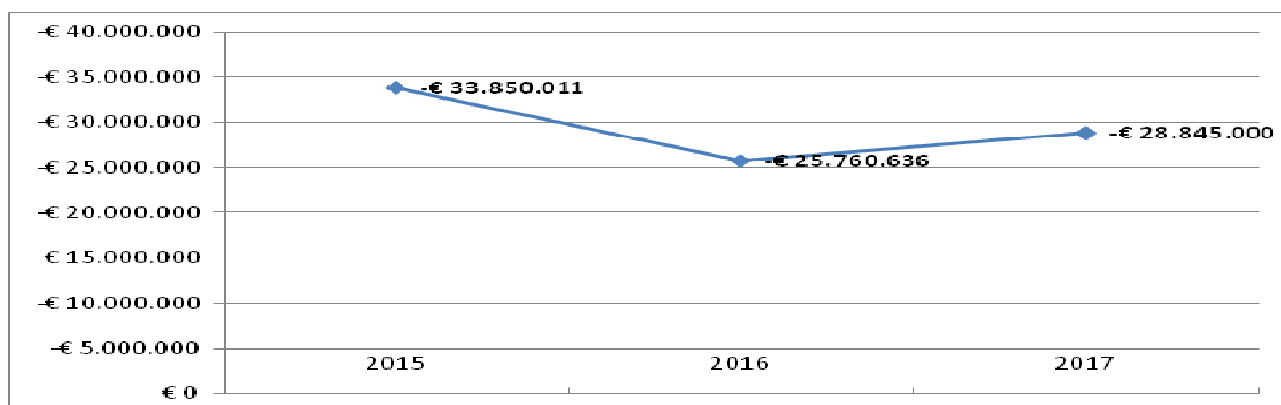
Di seguito si rappresenta l'andamento della gestione rispetto alla destinazione delle risorse per l'anno 2017 confrontato con il precedente anno 2016.

CONTO ECONOMICO					
SCHEMA DI BILANCIO	Consuntivo 2017	Consuntivo 2016	VARIAZIONE 2017/2016		
			Importo	%	
A) VALORE DELLA PRODUZIONE					
1) Contributi in c/esercizio	704.513.811	688.369.561	16.144.250	2,29%	
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	704.152.459	687.819.016	16.333.443	2,32%	
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	361.353	526.545	-165.193	-45,72%	
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - ricolati	165.800	274.899	-109.099	-65,80%	
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-	-	-	-	
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	-	-	-	-	
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-	-	-	-	
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	-	230.479	-230.479	-	
6) Contributi da altri soggetti pubblici	195.553	21.167	174.386	89,18%	
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-	24.000	-24.000	-	
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-	
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-	
3) da Regione e altri soggetti pubblici	-	-	-	-	
4) da privati	-	24.000	-24.000	-	
d) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-	-	-	
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-3.219.336	-11.773.540	8.554.204	-265,71%	
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	6.968.417	6.231.750	736.666	10,57%	
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	81.255.918	80.476.675	779.243	0,96%	
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	73.264.791	72.557.834	706.957	0,96%	
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	3.711.296	3.937.563	-226.268	-6,10%	
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	4.279.831	3.981.277	298.554	6,98%	
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	7.379.511	6.051.033	1.328.478	18,00%	
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	10.178.192	10.151.122	27.070	0,27%	
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	14.681.748	14.103.307	578.442	3,94%	
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	
9) Altri ricavi e proventi	1.628.294	2.092.501	-464.207	-28,51%	
Totale A)	823.386.554	795.702.408	27.684.146	3,36%	

CONTO ECONOMICO				
SCHEMA DI BILANCIO	Consuntivo 2017	Consuntivo 2016	VARIAZIONE 2017/2016	
			Importo	%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	129.556.084	127.592.970	1.963.113	1,54%
a) Acquisti di beni sanitari	128.364.543	125.257.619	3.106.925	2,48%
b) Acquisti di beni non sanitari	1.191.540	2.335.352	-1.143.811	-48,98%
2) Acquisti di servizi sanitari	342.917.818	335.534.332	7.383.486	2,20%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	46.617.647	46.515.624	102.023	0,22%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	71.846.053	73.312.438	-1.466.384	-2,00%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	25.756.366	26.756.723	-1.000.357	-3,74%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	25.806.646	27.466.359	-1.659.713	-6,04%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	6.700	262.347	-255.647	-97,45%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	10.303.666	9.803.024	500.642	5,11%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	94.821.882	92.704.859	2.117.023	2,28%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	11.610.719	11.434.513	176.206	1,54%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	10.786.751	9.328.630	1.458.121	15,63%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.047.001	1.352.053	-305.052	-22,56%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	4.221.767	4.153.892	67.876	1,63%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	24.059.566	23.010.473	1.049.093	4,56%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	3.114.121	3.355.221	-241.099	-7,19%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	588.256	645.616	-57.359	-8,88%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	12.132.952	5.222.641	6.910.311	132,31%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	197.723	209.919	-12.197	-5,81%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	
3) Acquisti di servizi non sanitari	55.294.820	57.083.564	-1.788.744	-3,13%
a) Servizi non sanitari	51.535.927	51.344.271	191.656	0,37%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	2.281.892	4.929.401	-2.647.509	-53,71%
c) Formazione	1.477.001	809.892	667.109	82,37%
4) Manutenzione e riparazione	20.308.376	17.436.132	2.872.244	16,47%
5) Godimento di beni di terzi	5.302.802	5.709.325	-406.523	-7,12%
6) Costi del personale	230.354.195	233.576.556	-3.222.360	-1,38%
a) Personale dirigente medico	94.511.025	95.922.215	-1.411.190	-1,47%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	6.525.320	6.612.238	-86.918	-1,31%
c) Personale comparto ruolo sanitario	94.977.925	95.859.248	-881.323	-0,92%
d) Personale dirigente altri ruoli	1.753.103	2.013.936	-260.834	-12,95%
e) Personale comparto altri ruoli	32.586.823	33.168.919	-582.096	-1,75%
7) Oneri diversi di gestione	2.091.151	2.283.543	-192.392	-8,43%
8) Ammortamenti	15.478.214	15.568.450	-90.236	-0,58%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	33.153	28.411	4.742	16,69%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	8.366.821	8.152.705	214.116	2,63%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	7.078.240	7.387.334	-309.094	-4,18%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	
10) Variazione delle rimanenze	1.109.799	1.009.237	100.562	9,96%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	900.690	809.186	91.504	11,31%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	209.109	200.051	9.058	4,53%
11) Accantonamenti	34.815.101	19.354.689	15.460.413	79,88%
a) Accantonamenti per rischi	18.116.296	9.905.785	8.210.510	82,89%
b) Accantonamenti per premio operosità	313.000	303.000	10.000	3,30%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	8.521.898	5.294.793	3.227.105	60,95%
d) Altri accantonamenti	7.863.907	3.851.110	4.012.797	104,20%
Totale B)	837.228.361	815.148.798	22.079.563	2,71%

CONTO ECONOMICO				
SCHEMA DI BILANCIO			VARIAZIONE 2017/2016	
	Consuntivo 2017	Consuntivo 2016	Importo	%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	-13.841.807	-19.446.389	5.604.583	-28,82%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	1	28.232	-28.231	-100,00%
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	527.076	556.473	-29.396	-5,28%
Totale C)	-527.075	-528.241	1.165	-0,22%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni	-	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-	-
Totale D)	-	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	14.497.094	46.039.760	-31.542.666	-68,51%
a) Plusvalenze	-	-	-	-
b) Altri proventi straordinari	14.497.094	46.039.760	-31.542.666	-68,51%
2) Oneri straordinari	11.461.425	34.426.310	-22.964.885	-66,71%
a) Minusvalenze	-	-	-	-
b) Altri oneri straordinari	11.461.425	34.426.310	-22.964.885	-66,71%
Totale E)	3.035.669	11.613.450	-8.577.781	-73,86%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	-11.333.213	-8.361.180	-2.972.033	35,55%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	17.123.514	17.010.607	112.906	0,66%
a) IRAP relativa a personale dipendente	15.564.736	15.679.418	-114.682	-0,73%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	1.324.006	1.092.551	231.455	21,18%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoecnia)	234.772	238.639	-3.867	-1,62%
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-
2) IRES	388.791	388.849	-58	-0,01%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-
Totale Y)	17.512.305	17.399.456	112.848	0,65%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-28.845.518	-25.760.636	-3.084.882	11,98%

Comunque, come evidenzia il grafico che segue, va segnalata la riduzione progressiva della perdita aziendale, nel triennio 2015-2017.



5. Pari opportunità e bilancio di genere

La Legge 183/2010 stabilisce che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Esso sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Con deliberazione n. 551 del 18/5/2016 è stato costituito il CUG aziendale, il cui funzionamento è stato regolamentato con deliberazione n. 997 del 18/8/2016 ed, integrato successivamente con deliberazione n. 438 del 19/4/2017.

Di seguito si riporta un'analisi di genere, con i rispettivi indicatori, relativa al personale in servizio al 31/12/2017.

Indicatori	2017
% donne rispetto al totale del personale	63%
% dirigenti donne sul totale dei dirigenti	50%
% dirigenti donne con incarico di UOC/totale di UOC	24%
% dirigenti donne con incarico di UOSD/totale di UOSD	20%
% di personale donne assunto a t.i.	63%
Età media del personale femminile dirigente	53 anni
Età media del personale femminile comparto	53 anni

6. Il processo di redazione della relazione sulla performance

6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

La relazione annuale sulla performance è il documento di consuntivazione della performance che evidenzia a posteriori i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse utilizzate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La misurazione e la valutazione rappresentano, per tutti gli ambiti di misurazione, la sintesi complessiva dell'intero sistema aziendale composto dal raggiungimento dei seguenti elementi:

- outcome;
- output;
- customer satisfaction;
- efficienza, efficacia ed economicità;
- sostenibilità;
- equità.

Nella fase di misurazione vengono quantificati i risultati raggiunti dall'azienda nel suo complesso e, i contributi forniti e verificati da parte di ciascun centro di responsabilità.

Il processo di misurazione è propedeutico all'attivazione della valutazione finale, attraverso il confronto tra i risultati conseguiti e quelli attesi, fino al raggiungimento dell'attribuzione di un giudizio finale, comunicato mediante il punteggio scaturito.

Gli eventuali scostamenti rilevati alla conclusione del processo di valutazione, oltre a rilevare ai fini del sistema premiante, costituiscono elementi di riflessione sulle cause dei gap prestazionali, oltre che elementi per l'elaborazione di futuri piani di miglioramento della gestione.

6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

Il ciclo di gestione della performance necessita di essere pienamente integrato con gli strumenti ed i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, alla integrità e, in generale alla prevenzione della corruzione.

Costituendo uno strumento di governo e di responsabilizzazione, rappresenta una modalità per il miglioramento continuo della gestione.

Inoltre, grazie alle dimensioni economiche correlate agli strumenti di programmazione, consente il monitoraggio continuo di tutta la articolazione aziendale.

Infatti , anche la rete territoriale è stata inserita nel sistema degli obiettivi per favorire l'integrazione ospedale-territorio, in un'ottica di totale presa in carico del paziente.

Va sottolineato che l'azienda risente, comunque, dei vincoli imposti dalla normativa nazionale e regionale che limitano l'autonomia decisionale

L'armonizzazione di tutti i processi di pianificazione, programmazione, svolgimento dell'attività, controllo e valutazione declinano gli elementi di una metodologia complessiva che favorisce il riorientamento della gestione.

