



ASL LANCIANO VASTO CHIETI

RELAZIONE CONSUNTIVA PIANO DELLE PERFORMANCE

ANNO 2016

Coordinamento a cura

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

RELAZIONE CONSUNTIVA PIANO DELLE PERFORMANCE ANNO 2016

Il Piano delle Performance è un documento programmatico triennale 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.

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.

Gli obiettivi individuati sono, come richiesto dall'art.5, comma 2 del D.Lgs 150/2009:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'Azienda;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- commisurati a valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale nonché da comparazioni con amministrazioni analoghe;
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili .

Le aree strategiche rappresentano le aree di intervento attraverso le quali l'Azienda definisce i modelli di risposta ai bisogni e alle aspettative dei diversi stakeholder.

In particolare, sono presidiate le seguenti aree:

- prevenzione;
- governo clinico, qualità e sicurezza delle cure;
- governo strategico economico: organizzativo e performance;
- trasparenza, legalità e qualità dei servizi.

Per quanto concerne l'area della prevenzione, in merito alla diagnosi precoce delle patologie oncologiche, è da sottolineare il conseguimento dell'obiettivo del "potenziamento degli screening", che è stato realizzato con il raggiungimento nell'anno 2016 per i tre Screening Oncologici 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 adesione all'invito.

L'aumento della percentuale dell'indicatore di adesione agli screening oncologici rispetto al valore atteso Regionale è stato il seguente:

- screening mammografico, valore atteso 2016: 50%, valore ASL 02 2016: 75,49 %;
- screening cervicale, valore atteso 2016: 50%, valore ASL 02 2016: 70,60%;

- screening colon retto, valore atteso 2016: 30%, valore ASL 02: 44,70%).

Nell'area governo clinico, qualità e sicurezza delle cure, si evidenzia il miglioramento della sicurezza nel percorso nascita grazie all'implementazione e all'attivazione del trasporto assistito materno e neonatale in emergenza (STAM e STEN), all'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, attraverso l'applicazione delle procedure, alla riduzione dei tagli cesarei e all'incremento delle partorienti sottoposte a partoanalgesia.

Inoltre, per quanto riguarda il trattamento delle patologie oncologiche femminili, si rileva il mantenimento della certificazione Eusoma, a seguito della seconda visita di sorveglianza da parte degli auditor Eusoma e, nell'ambito del trattamento delle patologie cardiache, si rimarca il notevole aumento delle procedure chirurgiche, pari al 64,23% rispetto all'anno 2015, presso la clinica cardiocirurgica del P.O. di Chieti.

Riguardo all'area governo strategico economico: organizzativo e performance, in riferimento ai livelli di assistenza da assicurare, si riscontra una diminuzione del tasso di ospedalizzazione, della degenza media ospedaliera aziendale e dei ricoveri erogati a pazienti cronici.

Dall'analisi dei monitoraggi dei tempi di attesa, inoltre, è emerso che il modello delle Classi di Priorità permette di garantire, alla maggior parte degli utenti che chiede una prestazione (in molti casi fino al 100%), il tempo di attesa massimo stabilito dalle categorie di priorità clinica.

In relazione all'equilibrio economico ed al margine operativo, il contributo fornito dalle singole UU.OO. aziendali, in termini di margine operativo, è sostanzialmente positivo ed in aumento rispetto al valore dell'anno 2015.

L'area strategica trasparenza, legalità e qualità dei servizi, è stata presidiata attraverso una costante attività di monitoraggio per assicurare l'effettivo aggiornamento, relativamente allo stato di attuazione e/o eventuale ampliamento nel sito istituzionale aziendale, dell'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente", organizzata in sottosezioni, in cui vengono pubblicati ed aggiornati, dai Direttori/Responsabili/Dirigenti delle UU.OO. competenti, i documenti, le informazioni e i dati previsti dalla normativa vigente.

Infine, si è proceduto alla mappatura di altre aree non considerate nel precedente piano triennale della prevenzione della corruzione (PTPC), all'analisi di altri processi di aree già mappate, nonché ad implementare il sistema di contrasto e di prevenzione dei fenomeni corruttivi, attraverso l'adeguamento di misure già previste e l'introduzione di ulteriori misure specifiche, riportate in apposite tabelle allegate al piano.

Le azioni poste in essere nell'anno 2016, finalizzate al conseguimento degli obiettivi di performance, sono descritte di seguito.

AREA PREVENZIONE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
ALIMENTI SICURI	Ridurre il rischio di malattie trasmesse con gli alimenti	Garantire il controllo delle strutture riconosciute e registrate che producono alimenti di origine animale	<p>La programmazione dei controlli ufficiali sulle strutture che producono, commercializzano, vendono e somministrano alimenti di origine animale è stata definita a livello aziendale con nota prot. n. 74-B/SV/LV del 21/01/2016 e con piano operativo individuale nota prot. 75-B/S.Vet. del 21.01.2016 in attuazione della programmazione della Regione Abruzzo PPRIC 2015-2018 DG21/51 del 31/03/2015 e del DPF011/90 del 30 dicembre 2015. Detta attività è stata rendicontata con nota Prot. n. 158-B/SV/LV del 31/01/2017.</p> <p>Il numero di strutture riconosciute controllate sul numero di strutture riconosciute presenti sul territorio, è stato pari a n. 101/101.</p> <p>Il numero di strutture registrate controllate sul numero di strutture registrate presenti sul territorio, è stato pari a n. 299/724.</p> <p>Inoltre, sono stati eseguiti controlli integrati SIAOA – Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) pari a n. 182 su n. 143 programmati.</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
<p>DIAGNOSI PRECOCE PATOLOGIE ONCOLOGICHE</p>	<p>Potenziamento screening</p>	<p>Aumentare la percentuale di adesione allo screening</p>	<p>Per aumentare la percentuale di adesione allo screening sono state poste in essere tutte una serie di azioni. Per garantire l'adeguatezza della fase di arruolamento: 1) è stata identificata per i tre screening la popolazione eleggibile sottraendo alla popolazione target gli utenti esclusi prima dell'invito (per test opportunistico recente - dato CUP, operati per diagnosi di tumore d'organo- COD ICD9, in follow up oncologico, per decesso nell'anno considerato ecc.) e si è passati dall'elaborazione degli indicatori Regionali e Ministeriali grezzi a quella degli indicatori corretti; 2) è stata aggiornata per lo screening della cervice e del colon l'anagrafe con quella della scelta e revoca regionale con integrazione di tutti i MMG. E' stata costantemente aggiornata l'anagrafe dello screening mammografico prendendo contatto diretto tra segreteria ed uffici demografici; 3) sono stati ricorretti gli indirizzi presenti sulle lettere non recapitate. Per lo screening della cervice la correzione avviene costantemente dopo accesso alla anagrafe del MEF; 4) si è intensificata l'attività di recall telefonico e la risposta attiva ai numeri verdi dedicati. Per riorientare la prevenzione individuale spontanea verso i programmi di screening 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 Delibera del Direttore Generale n. 6 del 09/01/2017. Per il mantenimento delle attività di formazione e delle attività di gruppi di lavoro per le varie figure professionale sono state organizzate riunioni con i radiologi e con i tecnici radiologi coinvolti nello screening mammografico (n. 2 audit + un corso di formazione annuale secondo le</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
DIAGNOSI PRECOCE PATOLOGIE ONCOLOGICHE	Potenziamento screening	Aumentare la percentuale di adesione allo screening	<p>Linee Guida Eusoma e del Breast Center), una riunione con i colonscopisti coinvolti nello screening del colon-retto ed è stato organizzato un Corso di Formazione Aziendale obbligatorio dal titolo: "Screening Oncologico della cervice uterina: applicazione delle Nuove Linee Guida e Nuove direttive della Regione Abruzzo" con partecipazione di n. 100 operatori coinvolti nello screening cervicale (personale segreteria/ostetriche/infermieri/TSLB/colposcopisti/ anatomo patologi ecc.) oltre ad una specifica riunione informativa con i ginecologi in presenza del Direttore di Dipartimento Materno-Infantile.</p> <p>Per quanto riguarda il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nel processo di arruolamento allo screening oncologico, lo screening del cervico-carcinoma ha realizzato un progetto con utilizzo di sistemi di autoprelievo rivolto alle donne non responder e con coinvolgimento dei MMG.</p> <p>Sono stati pertanto organizzati n. 14 incontri presso gli otto Distretti Sanitari della Asl 02 con specifica formazione/informazione, coinvolgimento ed adesione di n. 105 MMG. Per il monitoraggio delle percentuali di assistite aderenti al counseling ciascun MMG invia i moduli di consegna del Kit di auto prelievo controfirmati dalla donna e per le aderenti viene calcolato per MMG il numero di donne assistite che hanno realmente effettuato il test di autoprelievo. Per lo screening mammografico è stato organizzato un corso di formazione con MMG della SIMMG ed è stato proposto un protocollo d'intesa tra la Asl ed i MMG per incrementare l'adesione da estendere anche allo screening del cervico carcinoma e del colon retto.</p> <p>Per aumentare l'adesione ai programmi dei tre screening oncologici è stato attuato il progetto: "Aumento dell'adesione agli Screening Oncologici mediante accesso facilitato del personale Asl ai test di 1° livello" in collaborazione con i Medici Competenti Asl e sono state</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
DIAGNOSI PRECOCE PATOLOGIE ONCOLOGICHE	Potenziamento screening	Aumentare la percentuale di adesione allo screening	<p>inoltre organizzate opportune campagne pubblicitarie di sensibilizzazione per i tre screening come il “Primo tour della prevenzione “ tenutosi presso tre centri commerciali della Provincia di Chieti. Per lo screening del colon-retto è stata agevolata la riconsegna dei campioni potenziando la convenzione con “Federfarma”, per lo screening cervicale è stato organizzato un incontro televisivo nel programma “Medicina Facile: lo screening del tumore del collo dell’utero“ di Rete 8 e per lo screening mammografico è stato utilizzato un veicolo aziendale per il trasporto delle utenti dalle zone periferiche verso il P.O. di Ortona dove sono condensate le attività interventistiche e di secondo livello.</p> <p>Per riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA va precisato che il programma 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 sul territorio. La ASL 02 con la Delibera del Direttore Generale 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”.</p> <p>Successivamente, a partire dal 1° Gennaio 2015, sono state applicate le Nuove Linee Guida Regionali pubblicate con DC n. 100/2013. Sono stati implementati Protocolli e Procedure operative relative allo screening con test HPV-DNA.</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
DIAGNOSI PRECOCE PATOLOGIE ONCOLOGICHE	Potenziamento screening	Aumentare la percentuale di adesione allo screening	<p>Il documento "Protocollo e Procedure dello screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti. Analisi Organizzativa" - Edizione Anno 2016, incluso nella Delibera del Direttore Generale n. 6 del 09/01/2017, è stato trasmesso al Servizio Qualità ed Accredimento della Asl per successiva pubblicazione sul sito aziendale.</p> <p>Per identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella è stato elaborato il protocollo Aziendale in data 21/12/2015.</p>

AREA GOVERNO CLINICO, QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
SICUREZZA DEL PERCORSO DELL'EMERGENZA URGENZA	Miglioramento della gestione della rete dell'emergenza urgenza	Contestualizzazione a livello aziendale delle linee guida regionali per il triage e implementazione della raccomandazione n.15 "morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso"	La raccomandazione n.15 è stata contestualizzata a livello aziendale mediante stesura della procedura PGSQA63 "Procedura per la gestione del triage". La procedura aziendale è stata inoltre integrata con una procedura dipartimentale specifica per la graduazione dei codici triage (PGDEA01) Inoltre, il Pronto Soccorso del P.O. di Chieti ha redatto per la propria U.O. delle istruzioni operative specifiche.
		Migliorare la gestione del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Il Dipartimento DEA ha elaborato una bozza di procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente.
		Implementazione procedura politrauma con attivazione trauma team	E' stata valutata l'applicazione della procedura aziendale PGSQA40 "Procedura gestione paziente con politrauma" durante gli audit svolti nel 2016 per la verifica della corretta applicazione dei percorsi aziendali. Il percorso risulta rispettato.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
TRATTAMENTO PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI	Migliorare la gestione dei pazienti con ictus	Applicazione del percorso ictus	Nel corso del 2016 sono stati effettuati n. 4 audit per la verifica della corretta applicazione del percorso PCO03 "Protocollo per la selezione e il trasporto dei pazienti con ictus". Sono state selezionate circa 100 cartelle cliniche tramite apposito software Quani per le Neurologie aziendali (Chieti, Lanciano e Vasto). L'analisi delle cartelle cliniche ha consentito di verificare l'aderenza al percorso.
	Migliorare l'accessibilità' ai pazienti per la soluzione del problema acuto ima attraverso la ptca	Applicazione del percorso ima	Nel corso del 2016 sono stati effettuati n. 5 audit per la verifica della corretta applicazione del percorso PGSQA23 "Procedura per la gestione del paziente sottoposto ad emodinamica". Sono state selezionate circa 200 cartelle cliniche tramite apposito software Quani per le Cardiologie/UTIC aziendali (Chieti, Lanciano e Vasto). L'analisi delle cartelle cliniche ha consentito di verificare l'aderenza al percorso.
	Migliorare la gestione dei pazienti >65 aa con frattura di femore	Applicazione del percorso frattura femore	E' stata valutata l'applicazione del percorso per l'anno 2016. Presso il P.O. di Chieti per un totale di n. 269 fratture, la percentuale di casi che rispettano il percorso risulta pari al 61%. Presso il P.O. di Lanciano per un totale di n. 200 fratture, la percentuale di casi che rispettano il percorso risulta pari al 31%. Presso il P.O. di Vasto per un totale di n. 191 fratture , la percentuale di casi che rispettano il percorso risulta pari al 74%.
	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.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
SICUREZZA NEL PERCORSO NASCITA	Migliorare la sicurezza nel percorso nascita	Implementazione procedura per trasporto materno e neonatale (stam e sten)	Nel 2016 sono stati attivati n. 13 servizi di trasporto assistito materno (STAM) dal P.O. di Vasto e n. 11 dal P.O. di Lanciano. Sono stati inoltre attivati n. 36 servizi di trasporto assistito neonatale (STEN) dal P.O. di Vasto e n. 30 dal P.O. di Lanciano.
		Implementazione raccomandazioni ministeriali n. 6 e n. 16	Le Raccomandazioni ministeriali sono state implementate a livello aziendale attraverso l'applicazione della procedura per la prevenzione della morte materna e neonatale correlata al travaglio e/o parto (PGSQA64) e la procedura prevenzione e gestione dell'emorragia postpartum (PGSQA66).
		Riduzione tagli cesarei	I dati riferiti ai cesarei effettuati nel 2016 hanno evidenziato un trend in diminuzione rispetto al 2015: Chieti = 37.9% (37.4% 2015) Lanciano = 34.2% (35.1% 2015) Vasto = 30.9% (32.8% 2015)
		Partoanalgesia	Nel 2016 n. 389 partorienti sono state sottoposte a parto analgesia su un totale di n. 1290 parti spontanei.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE	Miglioramento della qualità delle cure per i pazienti affetti da patologie oncologiche maligne	Ridurre i tempi di attesa per trattamento chirurgico nei casi di ca	Da un confronto tra i dati 2015 e quelli 2016, come evidenziato in sede di audit sui percorsi per il trattamento delle patologie oncologiche del colon retto, polmone e mammella, si evince una riduzione complessiva, seppur con percentuali diverse per i singoli percorsi, dei tempi di attesa per intervento chirurgico.
		Monitorare e rafforzare la partecipazione agli incontri multidisciplinari gico	Con l'implementazione dei PCO aziendali è stato rafforzato il concetto di condivisione multidisciplinare dei casi mediante partecipazione agli incontri GICO. Per monitorare la partecipazione di ciascun professionista agli incontri GICO per i percorsi oncologici della mammella, colon retto e polmone, è stato predisposto apposito registro presenze grazie al quale a fine anno è stato possibile calcolare la percentuale di partecipazioni sia di ciascun singolo professionista, sia dell'U.O. I risultati sono stati presentati in sede di audit.
		Revisione/implementazione pco oncologici	Nel 2016 sono stati revisionati i seguenti percorsi clinico organizzativi: - PCO01 "Percorso clinico organizzativo per il trattamento del carcinoma mammario" (rev. 3 del 10/10/2016); - PCO06 "Percorso clinico organizzativo per il trattamento del carcinoma del colon retto" (rev. 1 del 24/10/2016). E' stato inoltre definito e implementato il PCO09 "Percorso clinico organizzativo per la diagnosi e il trattamento del melanoma cutaneo" (rev. 0 del 30/06/2016).

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
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	La sepsi rappresenta un'emergenza medica spesso di difficile gestione, soprattutto quando non identificata e trattata in tempi rapidi. Per tale motivo le linee guida internazionali prevedono l'adozione di specifiche procedure contestualizzate al fine di identificare i pazienti con sospetta sepsi per indirizzarli rapidamente al percorso diagnostico-terapeutico più idoneo. Attualmente in Azienda è attiva una collaborazione tra le UU.OO. di Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, Malattie Infettive, Patologia Clinica e Gruppo Operativo CIO, per la gestione del paziente settico e, nel contempo, è in fase di avanzata redazione la procedura aziendale (c.d. protocollo) per l'identificazione precoce e presa in carico di tali pazienti. E' prevedibile la pubblicazione e piena operatività della procedura entro la fine del 2017.
		Aumentare la compliance da parte delle UU.OO. all'applicazione dei bundle e delle buone pratiche per la prevenzione delle infezioni	L'utilizzo dei bundle, interventi preventivi basati su 4-5 azioni singole che vanno attuate sistematicamente, ha dimostrato una notevole efficacia nella riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Per avere tuttavia evidenza della loro corretta applicazione, è necessario ricorrere alla compilazione di apposite schede di bundle che vengono successivamente allegate alla documentazione clinica per successiva tracciabilità. In Azienda si è provveduto, a cura del Gruppo Operativo CIO, a predisporre opportune schede di bundle per la prevenzione delle ICA più frequenti in ambito ospedaliero (infezioni urinarie da catetere, sepsi da device intravascolare, infezioni da microrganismi multiresistenti, polmoniti da ventilatore meccanico, infezioni da Clostridium difficile, infezioni del sito chirurgico). La compilazione delle schede viene rilevata sempre a cura del Gruppo Operativo CIO e, per determinate UU.OO. è stato previsto anche l'inserimento della corretta compilazione tra gli obiettivi di budget. Dalle rilevazioni effettuate relativamente al 2016, si è osservata un trend in aumento della compliance alla applicazione delle schede e le unità operative che l'hanno adottata sono passate dalle 25 del 2015 alle 32 nel 2016.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
TRATTAMENTO PATOLOGIE ONCOLOGICHE FEMMINILI	Miglioramento della qualità delle cure per le donne affette da patologie oncologiche femminili	Attivazione percorso per trattamento di patologie ginecologiche oncologiche	Nel corso del 2016 si è tenuta una riunione del gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione di un percorso per la diagnosi, cura e follow up delle pazienti con tumore ovarico, che preveda l'attivazione di periodiche riunioni GICO. Il gruppo di lavoro ha condiviso di rivedere le linee guida esistenti allo scopo di individuare preliminarmente le basi per redigere la parte clinica del PCO.
		Mantenimento certificazione Eusoma	In data 31/10/2016 il Centro Senologico Specialistico della ASL 2 Abruzzo ha ricevuto la seconda visita di sorveglianza da parte degli auditor Eusoma. L'audit ha avuto riscontro positivo ed è stata confermata la Certificazione.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE	Migliorare la gestione del rischio e della qualità	Aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi mediante diffusione delle raccomandazioni ministeriali e conseguente implementazione da parte delle UU.OO. delle rispettive procedure aziendali	La U.O.C. Qualità, Accredimento, Risk management ha organizzato un corso di formazione specifico, in due edizioni, "Raccomandazioni ministeriali e procedure aziendali: conoscerle per applicarle", al fine di diffondere in maniera capillare tra tutti gli operatori le procedure aziendali implementate e garantirne una corretta applicazione. Inoltre, sono stati organizzati i corsi sul rischio clinico (corso base e corso avanzato).
		Promuovere la cultura no blame incentivando gli operatori alle segnalazioni di eventi avversi/near miss	Nell'anno 2016 sono state registrate n. 187 segnalazioni (di cui n. 176 eventi avversi, n. 7 eventi sentinella e n. 11 near miss) che mostrano un trend in aumento rispetto all'anno precedente in cui erano pervenute n. 173 segnalazioni (di cui n. 152 eventi avversi, n. 6 eventi sentinella e n. 15 near miss).
		Realizzazione audit organizzativi e clinici (anche direttamente autogestiti dalle UU.OO.)	A fronte delle segnalazioni di eventi avversi/near miss ricevute dalle diverse UU.OO. sono stati organizzati n. 15 audit clinici. Sono stati predisposti direttamente dalle UU.OO. aziendali n. 3 audit clinici autogestiti, mentre per il monitoraggio dei percorsi attivi in azienda sono stati organizzati n. 3 audit oncologici per la verifica dei percorsi oncologici (mammella, polmone, colon retto). Per il monitoraggio dei PDTA sulle patologie tempo dipendenti (ictus, ima, frattura femore, politrauma) sono stati predisposti degli incontri mensili per il controllo delle cartelle cliniche, estratte mediante criteri di controllo con apposito software Quani e, conseguente verifica di aderenza ai percorsi.
		Implementazione best practice	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione "Ricognizione e riconciliazione farmacologica". - Progetto aziendale per l'individuazione di una rete di professionisti (Link Nurse/Professional) per la prevenzione ed il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza. L'obiettivo è quello di creare un'integrazione tra le UU.OO. e il Gruppo operativo CIO, così da formare dei facilitatori/link nei vari reparti delle diverse UU.OO. per garantire

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
			l'adozione di comportamenti in grado di contrastare negli ambienti di cura la trasmissione di microrganismi e l'insorgenza di infezioni correlate all'assistenza sanitaria.
		Attivazione corsi di formazione innovativi	<p>Nel corso del 2016 sono stati organizzati i seguenti corsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formazione in ambito sanitario: tecniche e strumenti (Corso Avanzato di Formazione alla Simulazione); - corso di rianimazione neonatale; - corso BLS Metal; - la gestione della comunicazione tra operatori, negli eventi avversi e nelle situazioni difficili come strumento di prevenzione del rischio clinico.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
CREARE UNA CULTURA DELL'UMANIZZAZIONE	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	Al fine di avviare le azioni per poter sviluppare il progetto "Umanizzazione", nel 2016, sono stati realizzati i seguenti incontri: - incontro per la costituzione del gruppo di lavoro ristretto per avviare il progetto globale; - incontro per formazione di un gruppo di lavoro per l'implementazione di sistemi informativi a supporto dei percorsi di cura e per avviare il dossier sanitario aziendale; - incontri organizzativi con il Responsabile Ser.D aziendale al fine di mettere in atto azioni per il miglioramento del benessere lavorativo. E' stata realizzata la "BANCA DELLE IDEE" dove far confluire idee e proposte degli operatori sanitari per migliorare e umanizzare le cure. A tal proposito sono stati organizzati n. 2 incontri con gli operatori sanitari della ASL 2 Abruzzo al fine di presentare il progetto a cui hanno partecipato circa 80 professionisti.
		Implementazione progetti (eventi, corsi di formazione, etc)	Nell'ambito del progetto globale "Umanizzazione" sono state realizzate le seguenti attività: - realizzazione di un CUP di 2° livello nell'ufficio dei case manager; - acquisto supporto informatico per la gestione del percorso clinico organizzativo della mammella; - inserimento nel piano formativo aziendale 2017 dei corsi di formazione sulla comunicazione e sulle abilità relazionali. Sono state accolte le proposte dei vari ambiti lavorativi relativamente al progetto Banca delle Idee e attualmente si sta predisponendo la fase di sviluppo dei vari progetti. Ad oggi sono pervenuti: - n. 14 progetti dal P.O. di Lanciano; - n. 3 progetti dal P.O. di Chieti; - n. 1 progetto dal P.O. di Vasto; - n. 3 progetti dal P.O. di Ortona; - n. 3 progetti dall'Hospice di Lanciano.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
TRATTAMENTO PATOLOGIE CARDIACHE	Migliorare la gestione dei pazienti affetti da patologie cardiache	Rendere efficiente la gestione delle sedute operatorie	Nel corso del 2016 sono state eseguite n. 450 procedure chirurgiche presso la clinica cardiocirurgica del P.O. di Chieti, dato che evidenzia un trend in aumento rispetto all'anno 2015 (n. 274 procedure chirurgiche)
		Implementare la gestione del paziente da sottoporre ad emodinamica	Nel corso del 2016 sono state portate avanti tutte le attività propedeutiche per consentire il trasferimento del reparto di Emodinamica in un'area dedicata della "Palazzina M", polo cardiocirurgico, e garantire una nuova dotazione tecnologica dedicata.

AREA PREVENZIONE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
GESTIONE PAZIENTE FRAGILE	<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 sia da parte degli infermieri della fragilità</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</p>	<p>I soggetti presi in carico dall'ambulatorio della fragilità per tipo di gestione sono così distinti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - case management = n. 131 casi; - disease management = n. 151 casi; - telemonitoraggio = n. 63 casi. <p>Inoltre, sono stati selezionati e contattati n. 197 casi, non attivati per decesso/rifiuto o in attesa del consenso del MMG.</p> <p>I pazienti presi in carico, invece, per patologia sono in totale n. 399, così distinti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bpco = n. 65; - malattie cardiovascolari = n. 36; - demenza = n. 21; - diabete = n. 82; - dialisi = n. 46; - scompenso = n. 83; - tumori maligni = n. 56; - altro = n. 10. <p>Per quanto riguarda l'attivazione degli ambulatori dei MMG/MCA H24, sono state organizzate delle consensus conference presso l'UCCP di Casoli.</p> <p>Nel corso dell'anno 2016 sono stati revisionati i seguenti protocolli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulatorio infermieristico della fragilità (PGSQA53 1); - gestione integrata disease management (PGSQA72 2).

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
CONTINUITA' SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI	<p>Miglioramento dell'assistenza clinica del paziente in seguito alla pianificazione della dimissione nella fase di ammissione in alcune patologie definite</p> <p>Miglioramento dell'efficienza organizzativa in termini di riduzione di costi e di risorse</p>	<p>Condivisione di un protocollo operativo aziendale di pianificazione della dimissione ospedaliera ed integrazione territoriale</p> <p>Individuazione del setting assistenziale territoriale e contatto informativo con i MMG</p> <p>Redazione di un piano assistenziale medico – infermieristico post dimissioni</p> <p>Attivazione sms automatico in occasione di ricovero dei pazienti fragili, da sanità amica ai PUA di residenza</p>	<p>Nell'anno 2016 è stato redatto il protocollo della dimissione programmata del paziente fragile (PGSQA71 3). Inoltre, è stata predisposta una bozza del protocollo operativo per il trasferimento dal PS all'UCCP.</p> <p>I pazienti presi in carico dopo la dimissione programmata (compresi i ricoveri in Ospedale di Comunità) sono così suddivisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attivazione dimissione programmata = n. 98 casi; - ricoveri in Ospedale di Comunità = n. 461 casi.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO	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	La percentuale di compilazione delle schede BRASS è pari al 95%. La percentuale di compilazione delle schede ICA-IDA è pari al 99%, mentre quella relativa alle schede MEWS è pari al 40%.
	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.	Costituzione piattaforma informativa interattiva costituita dal registro epidemiologico della fragilità assistenziale capace di connettere in rete tutti gli attori dell'UCCP. Creazione di un'unica banca dati socio-sanitaria collegata con il registro epidemiologico della fragilità.	Nel database comune socio-sanitario sono stati inseriti n. 450 casi nell'EAS n. 23 (Casoli – Villa Santa Maria). La percentuale di compilazione della scheda SisWeb per il CUP di 2° livello è pari al 30%. La percentuale di compilazione del registro epidemiologico della fragilità è pari al 90%. Sono stati, inoltre, acquistati n. 2 PC e correlato server aziendale.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
SISTEMA FORMATIVO	Sviluppo di competenze di case e disease management infermieristico e delle procedure operative assistenziali della presa in carico pro-attiva .	Realizzazione di eventi formativi di aula e di ore di attività di formazione sul campo su: fragilità, case e disease management, chronic care model.	Nel corso dell'anno 2016 sono stati realizzati n. 3 eventi formativi, di cui n. 1 articolato in n. 6 moduli. Inoltre, n. 70 infermieri sono stati formati sulla fragilità.

AREA GOVERNO STRATEGICO ECONOMICO: ORGANIZZATIVO E PERFORMANCE			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
ASSICURARE I LIVELLI DI ASSISTENZA: OSPEDALE E INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	Garantire ed assicurare i LEA nel regime assistenziale più appropriato	Addestramento e monitoraggio dell'utilizzo del regime assistenziale appropriato	Il monitoraggio è stato espletato attraverso una serie di indicatori: 1) tasso di ospedalizzazione (ricoveri x1000 residenti), che per l'anno 2016 è pari al 143,4‰ ed è in diminuzione rispetto all'anno 2015; 2) degenza media ospedaliera aziendale, pari a 6,23 gg. nell'anno 2016, in leggera diminuzione rispetto all'anno 2015; 3) percentuale di DRG ad alto rischio di inappropriatazza, pari nell'anno 2016 al 6,2%, in lieve aumento rispetto all'anno 2015; 4) percentuale di ricoveri erogati a pazienti cronici, calcolata su un set di specifici DRG è pari nell'anno 2016 al 23,5%, in riduzione rispetto all'anno 2015.
	Garantire i tempi di attesa per le 43 prestazioni traccianti	Attuazione monitoraggio PAA e attivazione azioni correttive	Vi è stata la piena applicazione e rispetto delle 16 azioni previste dal Decreto Commissariale n. 60/2015. Sono stati effettuati i monitoraggi trimestrali e semestrali dei tempi di attesa, previsti dal suindicato decreto e, anche monitoraggi interni. Dall'analisi degli stessi, è emerso che il modello delle Classi di Priorità permette di garantire, alla maggior parte degli utenti che chiede una prestazione (in molti casi fino al 100%), il tempo di attesa massimo stabilito dalle categorie di priorità clinica. Per l'anno 2016 sono stati rispettati i tempi di attesa previsti per le classi U (entro 72 ore), B (entro 10 gg.), D (entro 30/60 gg.) e P (entro 180 giorni) come documentato dalla rendicontazione trimestrale/semestrale inviata alla Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) secondo quanto previsto dall'azione 2 del DC 60/2015.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
			<p>Dalla rendicontazione ex post si evince una copertura, del 98% per la Classe U, del 90% per la Classe B, del 92% per la Classe D e del 91% per la Classe P.</p> <p>Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, consiste nella rilevazione (retrospettiva) del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore. Il suddetto viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che è stato arricchito delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio.</p> <p>L'analisi è stata condotta sulla lista di tutti i prenotati in Classe P, del primo e del secondo semestre, andando ad evidenziare il tempo che è intercorso tra la data di richiesta e la data di prenotazione per ciascun assistito.</p> <p>Inoltre, sono state poste in essere le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formazione e audit clinici con i MMG, i PLS e gli Specialisti; - partecipazione ai corsi con i MMG; - manutenzione delle 560 agende di prenotazione riferite alle 43 prestazioni traccianti; - programmazione condivisa con le UU.OO. interessate; - partecipazione alla Consulta Regionale (azione 16); - partecipazione al gruppo di lavoro nazionale sull'applicazione diffusa delle priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di cui è capofila l'AGENAS.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Garantire il contributo delle singole UU.OO. all'equilibrio economico	Messa a regime del sistema di governo integrato: aggiornamento continuo del sistema di reporting – monitoraggio azioni correttive	<p>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 € 124.407.725, ed è sostanzialmente positivo ed in aumento rispetto al valore dell'anno 2015, pari ad € 74.936.643.</p> <p>I costi riferibili ai fattori produttivi impiegati nella produzione da parte delle diverse UU.OO., sono pari ad € 80.299.286 e sono in diminuzione rispetto a quelli dell'anno 2015, pari ad € 128.226.360.</p>
	Garantire l'equilibrio economico		<p>L'Azienda nel corso dell'anno 2016 ha posto in essere una serie di azioni tese ad ottenere la riduzione dei costi relativi soprattutto ai "Prodotti farmaceutici ed emoderivati" e ad "Altri beni e servizi".</p> <p>Tali iniziative hanno consentito di ridurre la perdita dell'esercizio 2015, pari ad € 33.850.011, di € 8.089.375, attestando la perdita dell'esercizio 2016 ad € 25.760.636.</p> <p>Le cause che hanno generato il risultato negativo d'esercizio sono rappresentate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aumento della mobilità passiva e riduzione della mobilità attiva; - impatto del piano investimenti relativamente alle rettifiche dei contributi in conto esercizio; - significativa riduzione dei ricavi relativi al "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera" riconosciuti alla nostra Azienda nell'anno 2016 ed a quelli inerenti i

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
			ticket; - maggiori costi nell'ambito dei servizi sanitari, dei servizi non sanitari e manutenzioni e, per l'attivazione di numerosi nuovi servizi, soprattutto territoriali, nel rispetto delle disposizioni regionali.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Contenimento della spesa farmaceutica: dispositivi medici e farmaci ospedalieri	Continuo monitoraggio costo beni sanitari: dispositivi medici e farmaci ad uso ospedaliero	<p>Con Delibera del Direttore Generale n. 699 del 24.06.2016 è stato istituito il Gruppo di Lavoro Appropriatezza e Contenimento Spesa Farmaci Altospendenti.</p> <p>In merito all'appropriatezza prescrittiva, specifiche disposizioni sono state fornite alle UU.OO competenti e poi riportate nelle integrazioni al piano strategico 2016-2018, nonché nelle note prot. n. 21140 del 26/4/2016 e prot. n. 30293 dell'8/6/2016.</p> <p>Per l'anno 2016 sono state individuate le categorie di farmaci e principi attivi Altospendenti da sottoporre a monitoraggio (nota individuazione categorie in monitoraggio e nomina farmacisti referenti prot. n. 24057U16 del 09/05/2016).</p> <p>In merito al monitoraggio dei farmaci ad uso ospedaliero si rimanda al punto successivo.</p> <p>Per quanto riguarda i dispositivi medici, le attività messe in atto nel corso dell'anno 2016 possono essere riassunte come di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - catalogazione secondo CND, grazie alla quale si è dimezzata l'aliquota di prodotti privi di codice ministeriale. Essi rappresentano per gran parte prodotti erroneamente catalogati come dispositivi medici ed in attesa di essere riallocati nelle rispettive voci di conto. L'attività sta proseguendo nell'anno 2017; - monitoraggio e attuazione di strategie per i dispositivi medici inclusi nelle categorie A (dispositivi da prelievo, somministrazione e raccolta) e W (dispositivi diagnostici in vitro, strisce per glicemia). Le azioni intraprese hanno prodotto una riduzione di spesa in entrambe le categorie; - monitoraggio infra-annuale dei costi e confronto con l'anno precedente. In particolare per la categoria J, che nel primo semestre del 2016 ha registrato il maggiore incremento di spesa, sono state messe

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
			in atto tempestivamente specifiche misure di contenimento che produrranno gli effetti auspicati nell'anno 2017.

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e diretta	Continuo monitoraggio trimestrale e attivazione azioni correttive	<p>Sono stati prodotti report (consumi e spesa) condivisi dai clinici e referenti farmacisti e intraprese azioni descritte nei verbali, agli atti della Farmacia Ospedaliera, delle riunioni clinico-farmacista con la Direzione Aziendale in merito ai farmaci per il trattamento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - epatite C, riunioni del 07/07/2016 e 28/09/2016; - sclerosi multipla, riunioni del 23/02/2016 e, 28/09/2016. <p>In aggiunta, è stato attivato uno specifico monitoraggio per i farmaci oncologici infusionali: anche per questa categoria sono stati prodotti report di spesa e condotti incontri con i clinici, ai fini del monitoraggio di consumi e appropriatezza (Riunioni del 05/05/2016, 18/05/2016, 04/09/2016. i verbali sono agli atti della Farmacia Ospedaliera). Inoltre, si precisa che i farmaci oncologici infusionali compresi nei PAC (pacchetti ambulatoriali complessi) sono oggetto di monitoraggio spesa/consumi mensile da parte dell'UFA del P.O. di Chieti, dove si concentra la maggiore attività di manipolazione.</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016																
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Contenimento della spesa farmaceutica territoriale	Continuo monitoraggio trimestrale e attivazione azioni correttive	<p>Nell'anno 2016 sono state effettuate tre tipologie di monitoraggio: 1) monitoraggio dell'attività prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei farmaci equivalenti. E' stato verificato l'importo-quota assistito rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (dato qualitativo a verifica se l'azione del medico sul paziente per la scelta dell'equivalente, sia risultata efficace o meno). Relativamente a tale intervento, di seguito si riporta la tabella con i dati riferiti ai primi 90 giorni del 2016 rispetto allo stesso periodo nel 2015 e i dati riferiti all'anno 2016, rispetto all'anno 2015.</p> <table border="1" data-bbox="1211 679 2141 1347"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="1211 679 2141 794">AUSL di Lanciano Vasto Chieti - Servizio Farmaceutico Territoriale</th> </tr> <tr> <th colspan="3" data-bbox="1211 794 2141 893">Determinazione delle differenze di prezzo relativo alla prescrizioni dei medici MMG</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1211 893 1525 1070">90 gg. Anno 2015 (AP)</th> <th data-bbox="1525 893 1850 1070">90 gg. Anno 2016 (AC)</th> <th data-bbox="1850 893 2141 1070" rowspan="2">Variazione % AC vs AP</th> </tr> <tr> <td data-bbox="1211 1070 1525 1281">Differenza prezzo di riferimento con farmaco equivalente</td> <td data-bbox="1525 1070 1850 1281">Differenza prezzo di riferimento con farmaco equivalente</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1211 1281 1525 1347">1.833.461,54</td> <td data-bbox="1525 1281 1850 1347">1.840.282,45</td> <td data-bbox="1850 1281 2141 1347">0,37%</td> </tr> </thead> </table>			AUSL di Lanciano Vasto Chieti - Servizio Farmaceutico Territoriale			Determinazione delle differenze di prezzo relativo alla prescrizioni dei medici MMG			90 gg. Anno 2015 (AP)	90 gg. Anno 2016 (AC)	Variazione % AC vs AP	Differenza prezzo di riferimento con farmaco equivalente	Differenza prezzo di riferimento con farmaco equivalente	1.833.461,54	1.840.282,45	0,37%
AUSL di Lanciano Vasto Chieti - Servizio Farmaceutico Territoriale																			
Determinazione delle differenze di prezzo relativo alla prescrizioni dei medici MMG																			
90 gg. Anno 2015 (AP)	90 gg. Anno 2016 (AC)	Variazione % AC vs AP																	
Differenza prezzo di riferimento con farmaco equivalente	Differenza prezzo di riferimento con farmaco equivalente																		
1.833.461,54	1.840.282,45	0,37%																	

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016		
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Contenimento della spesa farmaceutica territoriale	Continuo monitoraggio trimestrale e attivazione azioni correttive			
			Anno 2015 (AP)	Anno 2016 (AC)	
			Differenza prezzo di riferimento con farmaco equivalente	Differenza prezzo di riferimento con farmaco equivalente	Variazione % AC vs AP
			7.119.195,74	7.314.699,81	2,75%
			<p>Purtroppo, la quota a carico del paziente è aumentata dal 2015 al 2016, in quanto ha preferito scegliere il brand e non il generico e, le ragioni possono essere diverse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il MMG non è stato abbastanza convincente a fargli scegliere l'equivalente; - la farmacia non ha proposto l'equivalente al posto del brand; - il paziente è convinto che l'equivalente non è perfettamente uguale; <p>2) monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG sulla Rosuvastatina, finalizzato alla modifica del comportamento prescrittivo a favore di statine equivalenti a prezzo più basso.</p> <p>L'attività ha riguardato il monitoraggio della spesa relativa alla Rosuvastatina vs categoria farmacologica omogenea ed il riscontro delle prescrizioni totali di tale farmaco rispetto allo stesso periodo, dell'anno precedente: primi 90 giorni 2016 vs 2015, anno 2016 vs anno 2015.</p>		

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Contenimento della spesa farmaceutica territoriale	Continuo monitoraggio trimestrale e attivazione azioni correttive	<p>L'attività ha contemplato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il monitoraggio consumi a unità e a valore di Rosuvastatina nel I° trim. 2016 vs I° trim. 2015 e l'incidenza % nell'ambito della categoria terapeutica di classificazione (STATINE) al 5° livello ATC; - il monitoraggio consumi a unità e a valore di Rosuvastatina nell'anno 2016 vs anno 2015 e incidenza % nell'ambito della categoria terapeutica di classificazione (STATINE) 5° livello ATC; - verifica consumi unitari e a valore rispetto agli stessi periodi dell'anno precedente. <p>Nel primo trimestre 2016 l'incidenza % a unità e a valore di Rosuvastatina vs Statine è del 24.74% e del 45.89% a unità e valore rispettivamente, mentre nell'intero anno l'incidenza è pari al 16.29% ed al 45.48%.</p> <p>Rispetto agli stessi periodi del 2015 la riduzione nel primo trimestre è pari al -5.25% ed al -5.03%, mentre nell'intero anno si attesta al -3.42% ed al -2.96% a unità e valore.</p> <p>Quindi, nel 2016, le prescrizioni del principio attivo Rosuvastatina presentano una inversione di tendenza, cioè si riducono, mentre quelle dei medicinali equivalenti della stessa categoria terapeutica aumentano;</p> <p>3) monitoraggio Aliflus® e Seretide® (salmeterolo+fluticasone) finalizzato ad assicurare l'aderenza farmacologica alle terapie con conseguente riduzione dei costi per le spese sanitarie relative ai pazienti affetti da asma e rispetto delle limitazioni (età) riportate nella scheda tecnica autorizzata dal Ministero della Salute.</p> <p>L'attività ha riguardato il monitoraggio dei consumi e il riscontro dell'aderenza terapeutica in un periodo di tempo di almeno 6 mesi. Invece, il riscontro dell'appropriatezza prescrittiva in merito all'età ha previsto che siano prescritte solo formulazioni di Aliflus® e Seretide® alle dosi di 50/100 e 25/50 a bambini di età compresa tra i 4 e 12 anni.</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
EQUILIBRIO ECONOMICO E MARGINE OPERATIVO	Contenimento della spesa farmaceutica territoriale	Continuo monitoraggio trimestrale e attivazione azioni correttive	<p>L'attività di monitoraggio del SALMETEROLO - FLUTICASONE 50 + 500 mcg x 60 dosi ha considerato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il monitoraggio delle prescrizioni "inappropriate per scarsa aderenza", meno di sei confezioni a paziente nell'arco temporale dell'anno 2016, per terapia continuativa; - l'estrapolazione e stampa delle prescrizioni di Seretide e Aliflus nelle formulazioni 50/500 mcg non conformi al numero delle confezioni minime stabilite. <p>Le prescrizioni inappropriate per aderenza terapeutica vengono trasmesse al medico di medicina generale per le opportune modifiche sul comportamento prescrittivo, al fine di evitare una spesa inappropriata per il Servizio Sanitario Nazionale.</p> <p>Il risultato atteso, è il miglioramento dell'aderenza alla terapia per i pazienti affetti da ASMA cod. 007 in trattamento cronico con il medicinale Salmeterolo + Fluticasone 50/500 mcg x 60 dosi.</p> <p>E' stato condotto anche il monitoraggio delle prescrizioni a base di Salmeterolo + Fluticasone nelle formulazioni 50/100 e 25/50 mcg in età pediatrica (4 - 12 anni) secondo scheda tecnica.</p> <p>Nel 2016 non risultano prescrizioni di Salmeterolo - Fluticasone nelle formulazioni 50/500 mcg ma solo da 25 e 50 mcg, come da scheda tecnica autorizzativa.</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
<p>PROVENIENZA DEI PAZIENTI E MOBILITA'</p>	<p>Garantire e monitorare il livello di attrattività nel rispetto del progetto di sviluppo aziendale</p>	<p>Negoziazione di obiettivi specifici con le UU.OO. di competenza e relativo monitoraggio</p>	<p>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 2016 per un valore pari ad € 21.083.230, con un aumento rispetto all'anno 2015 di un importo pari ad € 2.145.652.</p> <p>La mobilità attiva intra-regionale, iscritta nel bilancio d'esercizio 2016 per un importo pari ad € 49.652.657, invece ha subito un decremento rispetto all'anno 2015 pari ad € 6.555.728, a causa dello spostamento dei posti letto delle strutture private accreditate (Villa Pini-Santa Camilla e Spatocco) presso le strutture ricadenti nell'ambito del territorio della ASL di Pescara, sulla base di una disposizione regionale.</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
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 440,10. 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 724,47. 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 2016
EFFICACIA, EFFICIENZA, ECONOMICITA' DEL SISTEMA EMERGENZA URGENZA	Diminuzione % DRG LEA ad alto rischio di inappropriatezza da Pronto Soccorso	Attivazione di percorsi integrati e condivisi con il territorio	La percentuale di DRG LEA ad alto rischio di inappropriatezza da Pronto Soccorso è per l'anno 2016 pari al 5,29%, ed è più bassa di quella dell'intera Azienda, comprensiva dei ricoveri programmati, che si attesta sul 6,2%.

AREA STRATEGICA TRASPARENZA, LEGALITA' E QUALITA' DEI SERVIZI			
BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	Rispetto degli adempimenti "singolo obbligo" previsti dall'Allegato 3 del PTTI 2016- 2018	Rispetto dei "Contenuti dell'obbligo" previsti dall'Allegato 3 del PTTI 2016-2018	<p>E' stata svolta una costante attività di monitoraggio per assicurare l'effettivo aggiornamento relativamente allo stato di attuazione e/o eventuale ampliamento nel sito istituzionale aziendale dell'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente", organizzata in sottosezioni, in cui vengono pubblicati ed aggiornati, dai Direttori/Dirigenti delle UU.OO. competenti, i documenti, le informazioni e i dati previsti dalla normativa vigente. Con nota del 04/5/2016, a firma del Responsabile trasparenza e del Direttore Amministrativo aziendale, è stato ribadito che l'obbligo di pubblicità è da ascrivere al Dirigente in qualità di fonte di produzione del documento e che, pertanto, i Direttori/Dirigenti delle UU.OO. coinvolte nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018 (PTTI) hanno la responsabilità sul mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione ivi prescritti. Quindi, al fine della corretta attuazione della normativa sulla trasparenza e per non incorrere nelle sanzioni previste, sono stati sollecitati tutti i Dirigenti, ciascuno per i dati riferibili alle proprie competenze, a pubblicare/aggiornare, con urgenza, nelle apposite sotto-sezioni della Sezione Amministrazione Trasparente presenti nella home-page istituzionale, i dati e le informazioni, come riportati nel PTTI, che costituisce apposita sezione del Piano Anticorruzione 2016-2018.</p> <p>Vi è stata una salda collaborazione col Nucleo di Valutazione Aziendale (NAV) che ha proceduto ad attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione a seguito della verifica effettuata sulla pubblicazione di ciascun documento, dato ed informazione, elencati nella griglia di rilevazione predisposta dall'ANAC, pubblicata sul sito "Amministrazione Trasparente".</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
			<p>E' stato costantemente evidenziato che la trasparenza deve essere intesa come misura fondamentale per apportare un miglioramento ed un cambiamento culturale nell'ambito della sanità, poiché il contrasto alla corruzione si fonda soprattutto con la diffusione della cultura della trasparenza che consente di verificare in maniera costante l'operato dell'Ente e che la trasparenza non è e non deve essere intesa come un adempimento aggiuntivo rispetto alle normali attività, bensì come un'attività propria e caratterizzante il modo di operare delle UU.OO.</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
GARANTIRE LA MAPPATURA E IL MONITORAGGIO DELLE PROCEDURE PER LA RILEVAZIONE DI EVENTUALI EVENTI CORRUTTIVI	Rispetto degli adempimenti “misure di prevenzione” previsti dall’Allegato 2 del PTPC 2016/2018	Rispetto delle “Azioni “ per le misure di prevenzione di cui all’Allegato 2 del PTPC 2016/2018	<p>Considerata la complessità organizzativa aziendale, il Responsabile della prevenzione della corruzione ha proposto di procedere alla mappatura di altre aree non considerate nel precedente PTPC, di analizzare altri processi di aree già mappate, nonché di implementare il sistema di contrasto e di prevenzione ai fenomeni corruttivi, attraverso l’adeguamento di misure già previste e l’introduzione di ulteriori misure specifiche, riportate in apposite tabelle allegate al Piano.</p> <p>A seguito del processo di analisi dei risultati conseguiti, si sono consolidati ed implementati obiettivi ed azioni fatti propri dalla ASL nel corso del 2015, nella consapevolezza che l’attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell’esperienza e si consolidano nel tempo. Pertanto, sono state stilate delle tabelle, di cui all’allegato 1 al PTPC, in cui vengono elencate per ciascuna area di attività, i singoli processi individuati a rischio, nonché le misure specifiche correlate al processo con relativa tempistica e una tabella riepilogativa delle misure di prevenzione obbligatorie e specifiche, di cui all’allegato 2.</p> <p>Esse si inseriscono nella più specifica attività di gestione del rischio di corruzione che si attua, appunto, con misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, secondo specifici monitoraggi e un’azione diretta in materia di prevenzione da parte del responsabile anticorruzione, coadiuvato e affiancato dai Referenti e da tutti i Dirigenti/Responsabili di strutture aziendali che concorrono, nell’ambito di un’azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici/servizi.</p>

BISOGNI MAGGIORMENTE RILEVANTI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE	AZIONI	AZIONI EFFETTUATE NEL 2016
GARANTIRE LA MAPPATURA E IL MONITORAGGIO DELLE PROCEDURE PER LA RILEVAZIONE DI EVENTUALI EVENTI CORRUTTIVI	Rispetto degli adempimenti “misure di prevenzione” previsti dall’Allegato 2 del PTPC 2016/2018	Rispetto delle “Azioni “ per le misure di prevenzione di cui all’Allegato 2 del PTPC 2016/2018	<p>Pertanto, in considerazione del fatto che l’attività di prevenzione della corruzione si sviluppa secondo un programma di misure anticorruzione concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione, con nota del 26.05.2016, è stata trasmessa a ciascuna U.O. una scheda riepilogativa delle misure previste nel PAC 2016-2018, da porre in essere da parte di tutti i Dirigenti per l’area di competenza, cui spetta la responsabilità della loro attuazione.</p> <p>E’ stato, quindi, costantemente confermato il coinvolgimento, nel processo di sensibilizzazione, monitoraggio e controllo delle azioni previste nel Piano, dei Referenti e, soprattutto, di tutti i Dirigenti Responsabili delle UU.OO. interessate, i quali sono tenuti a collaborare attivamente sia attraverso il presidio delle attività, dando esecuzione alle azioni contenute nel Piano, sia attraverso la fattiva collaborazione con il Responsabile anticorruzione, in quanto soggetti attivi e responsabili della gestione del Piano stesso.</p> <p>Il monitoraggio del PTPC è stato effettuato sia sulla base di un sistema di reportistica, mediante acquisizione di relazioni e dichiarazioni rese dalle UU.OO. che, in tal modo, hanno rendicontato sul loro operato riguardo alle misure da porre in essere secondo quanto previsto nel Piano, sia attraverso la verifica ispettiva interna (Auditing) sulla corretta applicazione delle misure, per verificare se quanto previsto nel PTPC viene attuato efficacemente, al fine di ricercare le evidenze oggettive della effettiva applicazione delle misure, attraverso un dialogo con le UU.OO. risultate a rischio rilevante/critico, avviando così un processo documentato di miglioramento continuo.</p>