



ASL
ROMA 6

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



0000190

REGIONE
LAZIO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 142 del 03/03/2016

OGGETTO: Adozione del Piano della Performance 2016-2018.

CENTRO DI COSTO: _____

Tipo Atto : ATTO IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

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

IL RESPONSABILE DEL
PROCEDIMENTO

IL DIRIGENTE UOS

Manuela

Il Dirigente addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta l'assunzione di oneri a carico del bilancio dell'Azienda

Parere del Direttore Amministrativo :

Drssa Francesca Merli

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 2/3/16

Firma _____

Parere del Direttore Sanitario :

Dr. Antonio Celiberti

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 2/03/2016

Firma _____

Il Direttore Generale

Dr. Fabrizio d'Alba

Data 2/3/16

Firma _____

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la relazione del Responsabile della Struttura Tecnica Permanente in merito al proposta di Piano della Performance 2016-2018;

VISTO

- Il Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 recante *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”* che, all’art. 10, con lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance aziendale, stabilisce l’adozione, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria;
- La Legge Regione Lazio n. 1 del 16 marzo 2011 *“Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 (Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale) e successive modifiche”* di recepimento dei contenuti del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- Il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 recante *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*;
- La Delibera CIVIT n. 112/2010 avente ad oggetto *“struttura e modalità di redazione del Piano della Performance”*;
- La Delibera ANAC n. 6/2013 avente ad oggetto *“Linee Guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013”*.

CONSIDERATO

- che per la predisposizione del **Piano della Performance** sono stati inseriti gli obiettivi derivanti
- dalla D.G.R. n. 42 del 2014: *“Approvazione degli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie all’atto della stipula del contratto”*

e quelli

- del D.C.A. n. U00248 del 12/06/2015: *“Definizione, ai sensi dell’articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell’attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l’anno 2015”*.
- che il documento sarà integrato con *obiettivi aziendali* in via di formalizzazione in sede di direzione strategica.

TENUTO CONTO

che inoltre la documentazione di riferimento per la stesura del Piano è la seguente:

- Atto Aziendale approvato con D.C.A. U00109 del 19.02.2015, pubblicato sul BURL n. 32 del 21.04.2015.

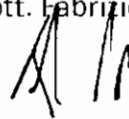
SENTITI il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, che hanno entrambi espresso parere favorevole all'adozione del presente provvedimento;

Il **Direttore Generale** con i poteri di cui al decreto del presidente della Regione Lazio n. T0027 del 30.01.2014 vista la relazione contenuta nella presente proposta di deliberazione relativa al "*Piano della Performance 2016-2018*", inoltrata dalla Struttura Tecnica Permanente

DELIBERA

- di adottare il "*Piano della Performance 2016-2018*", allegato quale parte integrante del presente provvedimento (allegato A);
- di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.09.2009, n. 69.

Il Direttore Generale
Dott. Fabrizio d'ALBA





PIANO DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018

Se ci fosse un momento per osare, per fare la differenza, per iniziare qualcosa che vale la pena fare, è adesso!

Stephen Littleword



SOMMARIO

PREMESSA	3
IL PROCESSO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	5
FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO.....	5
FASE A.....	6
FASE B.....	7
FASE C.....	7
FASE D.....	7
L' ASSETTO AZIENDALE	9
IL TERRITORIO.....	9
ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI.....	10
ARTICOLAZIONE DELLE STRUTTURE.....	11
AREA OSPEDALIERA.....	11
AREA DISTRETTUALE.....	11
POPOLAZIONE DELL'AZIENDA.....	13
DATI POPOLAZIONE RESIDENTE.....	13
I SERVIZI	14
RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE.....	14
LA RETE OSPEDALIERA.....	15
L'ORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURE.....	15
RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA TERRITORIALE.....	17
CASA DELLA SALUTE.....	17
RIORGANIZZAZIONE DELLA GOVERNANCE AMMINISTRATIVA.....	18
EFFICIENTAMENTO DELLA GESTIONE.....	18
FLUSSI INFORMATIVI.....	18
ALBERO DELLA PERFORMANCE	20
AREE STRATEGICHE.....	23
OBIETTIVI.....	24
OBIETTIVI OPERATIVI DI GOVERNO CLINICO E DI GOVERNO DEL TERRITORIO.....	24
OBIETTIVI OPERATIVI DI GOVERNO ECONOMICO.....	25
OBIETTIVI OPERATIVI DI GOVERNO DELLE QUALITÀ E DELLE TECNOLOGIE.....	25
OBIETTIVI OPERATIVI DEI RAPPORTI CON L'UTENZA.....	26
ALBERO DELLA PERFORMANCE - 2016	27
CONCLUSIONI	30
PROGRAMMAZIONE CICLO DELLA PERFORMANCE	31
ALLEGATI	32

PREMESSA

Il Piano della Performance anno 2016 dà avvio al **Ciclo della Performance** individua:

- gli obiettivi da assegnare al personale dirigenziale e non dirigenziale aziendale conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio;
- gli indicatori ed i risultati attesi (*target di riferimento*) delle articolazioni aziendali;
- tutti elementi necessari per la misurazione, valutazione della Performance.

Il Piano, è un documento di programmazione di medio periodo, è revisionabile con cadenza annuale in relazione a:

- ✓ Obiettivi di programmazione sanitaria regionale;
- ✓ Modifiche del contesto esterno ed interno di riferimento

Sono stabiliti, nell'ambito delle Aree Strategiche, obiettivi di governo, di assistenza, di produzione e di trasparenza, realizzati in considerazione delle risorse disponibili, del piano di rientro, del DCA U00248/2015, della Legge 135/12 Spending Review, che impone obiettivi economici di riduzione dei costi e/o delle prestazioni erogate ad invarianza dei finanziamenti regionali mantenendo i c.d. LEA.

Il documento intende, quindi, esplicitare obiettivi coerenti con i requisiti metodologici richiesti dal Decreto Legislativo 150/2009 e s.m.i. che pertanto sono:

- ✓ rilevanti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- ✓ specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- ✓ determinano un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- ✓ riferiti all'anno 2016;
- ✓ commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard regionali e correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Considerate le premesse, i principi generali del Piano della Performance sono:

- ✓ **Trasparenza del processo** di formulazione del Piano, da conseguire attraverso iniziative e pubblicità nei diversi canali disponibili, che consenta la comunicazione e la diffusione interna ed esterna dei contenuti del Piano;
- ✓ **Immediata intelligibilità** che possa essere compreso anche dai portatori di interessi esterni alla ASL;
- ✓ **Veridicità e verificabilità** del Piano in quanto i contenuti devono corrispondere alla realtà e la verificabilità inoltre deve essere misurata attraverso indicatori alimentati da dati che devono essere tracciabili;
- ✓ **Partecipazione attiva** del personale dirigente che a sua volta deve favorire il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa;
- ✓ **Coerenza** con il contesto di riferimento dato **dalla programmazione sanitaria regionale** (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna);
- ✓ **Pianificazione Strategica** triennio 2016 - 2018.

Sono inoltre tenuti in considerazione tre elementi fondamentali rappresentati da:

- ✓ **Collegamento ed integrazione** con il processo ed i documenti di programmazione economico - finanziaria e di bilancio;
- ✓ **Gradualità nell'adeguamento ai principi e miglioramento continuo;**
- ✓ **Collegamento con il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità e Piano della Comunicazione.**

IL PROCESSO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO

L'Azienda ASL Roma 6, nel presente documento, individua, sulla base di quanto sopra ed ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. n. 150/09 recepito dall'art.10 della L.R. n°01 del 16.03.2011, *"...gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi da assegnare al personale dirigenziale ed i relativi indicatori"*.

Il Piano della Performance ai sensi del D.lgs. 150/2009, Titolo II art.3, è volto al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità operative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati dell'Azienda e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Attraverso il Ciclo della Performance la Direzione Strategica, sulla base degli indirizzi assegnati dalla Regione Lazio, stabilisce la programmazione (Piano delle Prestazioni e dei Risultati - Performance) ed in particolare:

- delibera di avvio al Ciclo della Performance;
- assegna ai Titolari del Ciclo di Gestione delle Prestazioni e dei Risultati, gli obiettivi economici coerenti con il piano di rientro e con la normativa nazionale e regionale;
- presiede la negoziazione con i Titolari del Ciclo di Gestione delle Prestazioni e dei Risultati;
- verifica gli andamenti e valuta eventuali richieste di rinegoziazione degli obiettivi.

Il Ciclo della Performance è sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio ed è articolato nelle seguenti fasi:

- A. definizione, assegnazione e negoziazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- B. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- C. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- D. rendicontazione dei risultati all'organo di indirizzo politico-amministrativo, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

FASE A

Il Direttore Generale, coadiuvato dalla direzione aziendale, dagli uffici di staff e dall'Organismo Indipendente di Valutazione, sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, definisce le linee di equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità e della trasparenza, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento.

Partendo da tali indicazioni, e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, la Direzione Strategica attribuisce gli obiettivi del Ciclo di Gestione della Performance ad ogni Dipartimento, UOC o UOSD attivando specifici percorsi di negoziazione.

Ogni Direttore attribuisce poi alle singole strutture gli obiettivi prestazionali, attivando specifici percorsi di negoziazione.

Il Ciclo Performance è lo strumento attraverso il quale la Direzione Strategica, in qualità di organo di indirizzo politico e strategico aziendale, assegna le risorse disponibili ai Dipartimenti ed alle altre articolazioni aziendali, per il raggiungimento degli obiettivi definiti nei documenti di programmazione.

Gli obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale, che li consegue nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Elemento fondamentale per il raggiungimento del risultato è la correlazione tra risorse e risultati.

FASE B

La Struttura Tecnica Permanente misura e valuta la performance organizzativa ed individuale con riferimento all'organizzazione nel suo complesso attraverso un monitoraggio semestrale.

La Struttura Tecnica Permanente supporta sia la Direzione Strategica sia i Direttori delle strutture in tutte le fasi di programmazione, gestione e verifica ai sensi della Deliberazione n. 6/2013 (ex Civit) *"E' indispensabile che le Amministrazioni effettuino con cadenza almeno semestrale il monitoraggio sullo stato di avanzamento degli obiettivi al fine di intraprendere tempestivamente eventuali azioni correttive durante il corso dell'anno"*

FASE C

I sistemi di valutazione del personale, connessi al ciclo della Performance di cui all'art. 4 del D.lgs. 150/09, costituisce presupposto per la valorizzazione del merito e per l'incentivazione della produttività e qualità delle prestazioni anche ai fini del riconoscimento degli incentivi.

I sistemi premianti, nel rispetto delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti, **valorizzano i dipendenti secondo logiche meritocratiche**, essendo vietata, ai sensi dell'art. 18 del D.lgs. n. 150/09, la distribuzione indifferenziata o per automatismi di quote di salario in assenza di sistemi oggettivi di valutazione.

Le quote economiche relative al trattamento di risultato sono attribuite al personale dirigenziale e non dirigenziale sulla base di criteri e principi generali già valutate in sede di contrattazione collettiva integrativa.

FASE D

La Struttura Tecnica Permanente adotta modalità e strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance.

Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio.

Ai sensi del D.lgs. 150/2009, (art. 4, C.1 e Art.5, C.1) la Azienda Sanitaria Roma 6 tende a definire gli obiettivi operativi inseriti nel Piano delle Prestazioni e dei Risultati (Performance) in coerenza con gli obiettivi previsti nei documenti di Bilancio di Previsione.

Inoltre al fine di assicurare uno stretto collegamento con le iniziative del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e nell'ottica di una progressiva e costante implementazione, sono individuati nell'ambito della Pianificazione annuale per l'azione amministrativa e la gestione, contenuta nel presente Piano della performance organizzativa, specifici obiettivi relativi alla "trasparenza e all'integrità dell'azione amministrativa".

In tal modo si intende garantire, sia la sensibilizzazione rispetto alle tematiche della trasparenza e dell'integrità da parte del personale dirigenziale e non, sia la partecipazione concreta, per la parte di propria competenza, di tutte le strutture all'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, ai sensi del D.lgs. n.33 del 2013 e s.m.i.

Le strategie principali per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance riguardano:

- L'evoluzione del sistema assistenziale;
- La gestione delle risorse umane;
- Il riequilibrio ospedale-territorio;
- La promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali attraverso la riorganizzazione dei servizi, la facilitazione dell'integrazione fra ospedale e territorio, anche la sperimentazione di modelli e la diffusione di quelli risultati più efficaci;
- Le strategie relative ai sistemi informativi e l'orientamento della formazione;
- L'attuazione di un sistema di valutazione organico e attendibile in grado di orientare costantemente le scelte di programmazione sanitaria, di premiare le strutture secondo criteri di qualità e di apportare interventi correttivi laddove si verificano lacune e inefficienze.
- L'impulso alla crescita e al recupero di validità delle iniziative dei programmi regionali di prevenzione.
- Maggiore appropriatezza nelle prestazioni ospedaliere attraverso lo sviluppo dell'attività del Week Hospital (ospedale su cinque giorni).
- Le strategie per il monitoraggio e il controllo della spesa farmaceutica attraverso il monitoraggio della distribuzione diretta e dell'appropriatezza prescrittiva in collaborazione con MMG e PDL attraverso metodologia 'face to face'.

L' ASSETTO AZIENDALE

(Tratto dal Decreto del Commissario ad Acta 19 marzo 2015, n. U00109 - Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL Roma H.)

IL TERRITORIO

La ASL ROMA 6 tutela la salute della popolazione insistente nell'ambito territoriale coincidente con i comuni di Albano Laziale, Anzio, Ardea, Ariccia, Castel Gandolfo, Ciampino, Colonna, Frascati, Genzano, Grottaferrata, Lanuvio, Lariano, Marino, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Nemi, Nettuno, Pomezia, Rocca di Papa, Rocca Priora, Velletri.

Il complesso dell'area di competenza, meglio individuata nella cartina che segue, in cui sono distintamente individuati i singoli comuni e la loro distribuzione nei distretti sociosanitari, ricomprende la porzione sud della Provincia di Roma, ed è caratterizzata da due distinte realtà geografiche e socioeconomiche:

- I Castelli Romani, territorio ricomprendente i comuni collinari e montani del complesso dei Colli Albani;
- Il Litorale latino, territorio ricomprendente le città della porzione sud del litorale romano.



Frascati, Monteporzio Catone, Montecompatri
Colonna, Rocca Priora, Rocca di Papa,
Grottaferrata

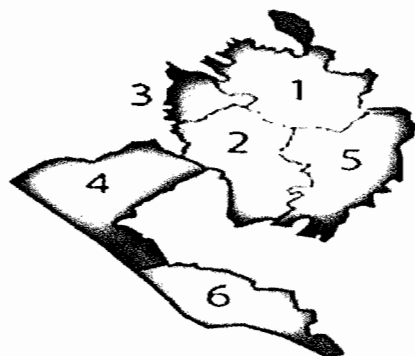
Albano Laziale, Ariccia, Genzano di Roma,
Castel Gandolfo, Lanuvio, Nemi

Marino, Ciampino

Pomezia, Ardea

Velletri, Lariano

Anzio, Nettuno



Legenda
Distretti Sanitari

- 1 - 1 - Frascati
- 2 - 2 - Albano Laziale
- 3 - 3 - Ciampino
- 4 - 4 - Pomezia
- 5 - 5 - Velletri
- 6 - 6 - Anzio

	Valore
Superficie: Km ²	658,06
Popolazione al 01/01/2015	567.239

ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI

L'Azienda è territorialmente articolata in 6 Distretti correlati fra loro da una unica struttura, denominata il "Dipartimento del Territorio" ed in una rete di stabilimenti di produzione ospedaliera a gestione diretta.

La ASL Roma 6 esercita le sue attività avvalendosi inoltre di un totale di:

- 8 Dipartimenti
- 84 Strutture Complesse
- 112 Strutture Semplici e Semplici Dipartimentali

ARTICOLAZIONE DELLE STRUTTURE

Area Ospedaliera

L'aggregazione territoriale degli Ospedali esistenti nella azienda viene confermata in quattro Poli Ospedalieri, costituiti dagli stabilimenti ospedalieri a gestione diretta, funzionalmente aggregati per afferenza territoriale, geografica e culturale, ciascuno costituito dai seguenti stabilimenti:

Poli Ospedalieri

H1

Stabilimento di Frascati: Ospedale a vocazione medica; sede di Pronto Soccorso

H2

Stabilimento Ospedaliero di Albano Laziale - sede di Pronto Soccorso -
Stabilimento Ospedaliero Genzano di Roma: Ospedale a vocazione materno-infantile
Ospedale Ariccia - sede del Servizio di Riabilitazione e di Servizi Ambulatoriali Territoriali

H3

Stabilimento Ospedaliero Veiletri - sede DEA I° Livello - Ospedale a vocazione chirurgica

H4

Stabilimento Ospedaliero Anzio - sede DEA I° Livello - Ospedale "Villa Albani" ad Anzio
- sede di Servizi di Riabilitazione e Casa della Salute

Area Distrettuale

Conformemente a quanto previsto dall'art.3-quater del D.lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii., nonché dalla Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e ss. mm. e ii., recante "Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni", si è prevista un'articolazione operativa dell'Azienda in sei distretti:

Distretti Sanitari

H1	Frascati, Monteporzio, Montecompatri Colonna, Rocca Priora, Rocca di Papa, Grottaferrata
H2	Albano Laziale, Ariccia, Genzano di Roma, Castel Gandolfo, Lanuvio, Nemi
H3	Marino, Ciampino
H4	Pomezia, Ardea
H5	Velletri, Lariano
H6	Anzio, Nettuno

Ciascun Distretto assicura, tra le altre, le seguenti funzioni:

- valutazione della domanda/bisogno dei cittadini, anche attraverso forme di partecipazione delle associazioni dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie;
- valutazione e conduzione dell'assetto erogativo di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche ai fini della qualità e dell'appropriatezza della domanda e delle risposte assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali per le patologie croniche e le persone fragili;
- programmazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie;
- compartecipazione, con gli Enti locali, le aziende per i servizi alla persona
- gli altri soggetti di cui all'art. 1 della legge n. 328/2000 e s.m.i., alla definizione delle più ampie politiche di welfare attraverso il piano di zona e gli accordi di programma, attraverso il servizio sociale di distretto, nonché attraverso una adeguata politica di integrazione socio - sanitaria;
- presa in carico globale della persona e promozione della continuità assistenziale, sia mediante la produzione diretta dei servizi e delle prestazioni, sia attraverso l'acquisizione degli stessi da altri soggetti aziendali ed extra aziendali, pubblici e privati accreditati.

POPOLAZIONE DELL'AZIENDA

Nel suo complesso il territorio di competenza dell'Azienda presenta, alla data del 1° Gennaio 2015 una popolazione residente di 567.239 abitanti.

Nella tabella sottostante sono riportati i dati relativi alla popolazione per singolo comune all'interno di ogni distretto, suddivisa per fasce di età e per sesso rilevata al 01 gennaio 2015.

L'andamento della popolazione nel tempo ha registrato negli ultimi tre decenni un significativo incremento, dovuto al generale "benessere demografico" dell'intera provincia di Roma, ma anche allo spostamento della popolazione dalla Capitale verso i comuni dell'hinterland e della Provincia conseguente al progressivo aumento, in termini reali, del costo delle abitazioni.

Dati popolazione residente

Distretto H1 - Frascati	96.017 abitanti;
Distretto H2 - Albano	109.881 abitanti;
Distretto H3 - Ciampino	80.716 abitanti;
Distretto H4 - Pomezia	111.348 abitanti;
Distretto H5 - Velletri	66.637 abitanti;
Distretto H6 - Anzio	102.640 abitanti.

I SERVIZI

LA ASL Roma 6 intende agire per il miglioramento dello stato di salute dei cittadini nel proprio contesto socio-ambientale, sviluppando alleanze e sinergie con i diversi soggetti operanti in campo sanitario, sociale e assistenziale, culturale, formativo e di tutela ambientale.

Con il nuovo riassetto organizzativo sperimenta nuove modalità organizzative di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico.

Attualmente il programma operativo regionale e, dunque aziendale, prevede le seguenti aree di intervento:

1. Riorganizzazione dell'offerta assistenziale
2. Riorganizzazione offerta territoriale
3. Riorganizzazione governance organizzativa

La Asl Roma 6 in attuazione della semantica delle Cure territoriali così come delineata dai DCA 428/2013 e 40/2014, nonché dalla legge 189/2012 "Riordino della Assistenza Territoriale" individua quali nodi di integrazione della rete sociosanitaria territoriale gli studi e le forme associative di medicina generale, le farmacie, i poliambulatori, le Case della salute, i distretti sociosanitari e i presidi ospedalieri.

RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE

La ASL Roma 6 intende progettare la riorganizzazione dell'offerta assistenziale:

- come processo unitario centrato sul paziente avvalendosi di percorsi integrati;
- come processo clinico (dalla I diagnosi al follow up) multidisciplinare;
- come processo assistenziale omogeneo per livello di assistenza;
- integrando tutti i processi accessori intorno al processo principale;

I SERVIZI

LA ASL Roma 6 intende agire per il miglioramento dello stato di salute dei cittadini nel proprio contesto socio-ambientale, sviluppando alleanze e sinergie con i diversi soggetti operanti in campo sanitario, sociale e assistenziale, culturale, formativo e di tutela ambientale.

Con il nuovo riassetto organizzativo sperimenta nuove modalità organizzative di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico.

Attualmente il programma operativo regionale e, dunque aziendale, prevede le seguenti aree di intervento:

1. Riorganizzazione dell'offerta assistenziale
2. Riorganizzazione offerta territoriale
3. Riorganizzazione governance organizzativa

La Asl Roma 6 in attuazione della semantica delle Cure territoriali così come delineata dai DCA 428/2013 e 40/2014, nonché dalla legge 189/2012 "Riordino della Assistenza Territoriale" individua quali nodi di integrazione della rete sociosanitaria territoriale gli studi e le forme associative di medicina generale, le farmacie, i poliambulatori, le Case della salute, i distretti sociosanitari e i presidi ospedalieri.

RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE

La ASL Roma 6 intende progettare la riorganizzazione dell'offerta assistenziale:

- come processo unitario centrato sul paziente avvalendosi di percorsi integrati;
- come processo clinico (dalla I diagnosi al follow up) multidisciplinare;
- come processo assistenziale omogeneo per livello di assistenza;
- integrando tutti i processi accessori intorno al processo principale;

- perfezionando i flussi informativi clinici ed assistenziali centrati sulla Cartella Clinica Orientata per problemi ed integrata;
- sul concetto di qualità e sicurezza delle cure.

La rete ospedaliera

L'Azienda crede che la dimensione qualitativa – quantitativa sia data dalla capacità di dare prestazioni di salute e che tali prestazioni possano essere di fatto erogate solo attraverso la definizione di virtuosi percorsi capaci di dare risposte coerenti alle attese di salute dei Cittadini. Il miglioramento della salute dei Cittadini si esplica in un processo dinamico di governo dei determinanti di salute della popolazione ed è per questo che l' Azienda intende continuare a perseguire l'attuazione di modelli organizzativi finalizzati all'appropriatezza dei ricoveri, preospedalizzazione, week and long hospital, attraverso il monitoraggio e la verifica dei seguenti indicatori:

- appropriatezza dei ricoveri;
- preospedalizzazione;
- degenza media e abbattimento degenza preoperatoria;

In ambito di modelli operativi per avvio Week Hospital e Long Hospital e intensità di cura sono stati analizzati i modelli organizzativi distinti per Area Chirurgica e Area Medica.

L'Organizzazione per intensità di cure

Diventa quindi strategica la riconfigurazione della rete ospedaliera e territoriale quale luogo di cura di pazienti acuti in una rete integrata di servizi alla Persona per Aree che saranno esclusivamente deputate alla gestione della fase acuta di malattia che permettano il successivo ri - affidamento del Cittadino al tessuto territoriale per il proseguo delle cure in una logica di integrazione efficace ed efficiente.

In tale contesto la neo costituita Azienda prevede:

- Aree orientate ad interventi rapidi ad elevata complessità ed intensività;
- Aree orientate a media e bassa intensità di cure;
- Aree orientate alle sole degenze diurne.

L'organizzazione dell'assistenza per intensità di cura supera pertanto l'organizzazione statica dell'organizzazione specialistica, della gerarchizzazione intesa come mancanza di resilienza e della ridondanza delle attività e presuppone quindi una diversa organizzazione sanitaria basata su:

- Centralità della persona promuovendo l'accoglienza, l'ascolto, la trasparenza, la comunicazione, il rispetto della privacy, l'assicurazione del sollievo dal dolore al fine di soddisfare il cittadino ed i suoi bisogni di salute.
- Organizzazione, efficacia, efficienza promuovendo il superamento del modello gestionale per funzioni e per specialità favorendo pertanto l'applicazione del modello dipartimentale quale luogo privilegiato per la valorizzazione delle competenze.
- Continuità assistenziale ed interazione con gli stakeholders attraverso la stretta collaborazione con le Case della Salute e con i Medici di medicina generale.
- Appropriately delle cure attraverso la corretta assegnazione del Cittadino alla intensità di cura necessaria al bisogno di salute ed eventuale riaffidamento al territorio o trasferimento in sub - acuzie.
- Sicurezza delle cure garantendo la progettazione di percorsi atti ad assicurare la qualità delle cure e a comprimere i relativi rischi connessi alle prestazioni erogate.

Attraverso l'attuazione del modello organizzativo per intensità di cure la neo l'Azienda intende valorizzare la responsabilità del singolo dirigente che quale medico tutor prende in carico la Persona assistita garantendone durante il percorso di cura il governo dei bisogni di salute, la trasparente comunicazione e l'appropriatezza delle cure correlate al bisogno di salute che ne ha comportato l'accesso in ospedale.

L'outcome del modello per intensità di cure è dunque la prevalenza del modello week rispetto al modello long della durata di degenza in ospedale ed il conseguente miglioramento dei percorsi diagnostici terapeutici progettati per un efficace e precoce riaffidamento della Persona alla rete assistenziale territoriale.

Questi percorsi permetteranno di ridurre i tempi di attesa, migliorare l'indice comparativo di performance, ridurre i tempi di attesa pre operatoria dei percorsi di emergenza, assicurare l'appropriatezza.

Casa della Salute

Costituisce articolazione del Dipartimento del Territorio la Casa della Salute, struttura di erogazione di servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali rivolti alla popolazione del territorio.

La Casa della Salute, la cui funzione strategica è rappresentata soprattutto da un'efficace presa in carico del paziente cronico attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi, rappresenta un nodo della rete dei servizi territoriali di cui rappresenta un'articolazione organizzativa.

Il modello organizzativo in essa vigente è di tipo modulare, con funzioni di base e moduli funzionali aggiuntivi.

L'introduzione, al suo interno, di modelli di gestione delle patologie croniche (*Chronic Care Model*), consente di evitare il ricorso improprio al ricovero ospedaliero grazie al ricovero tramite ambulatori e/o assistenza a gestione medico-infermieristica

Nella Casa della Salute operano medici di medicina generale, medici specialisti territoriali e ospedalieri, infermieri ed altri professionisti sanitari.

Mediante tale articolazione territoriale, vengono garantiti alla popolazione residente:

- a) L'accesso ai percorsi assistenziali condivisi attraverso la rete integrata ospedale territorio (PDTA)
- b) La gestione della continuità assistenziale

c) L'accoglienza dei pazienti e l'orientamento ai servizi attraverso il collegamento con il Punto Unico di Accesso (PUA) con le modalità previste dalla DGR 315/2011

d) L'accesso ai servizi di assistenza alle persone non autosufficienti attraverso il collegamento con le Unità di Valutazione Multidimensionale

Come previsto nei Piani operativi 2013-2015 si è provveduto nella Asl Roma 6 all'apertura della Casa della Salute di Rocca Priora il 23/04/2014 e si sta procedendo all'apertura della Casa della Salute di Villa Albani con Deliberazione n. 609 del 12 Agosto 2015.

RIORGANIZZAZIONE DELLA GOVERNANCE AMMINISTRATIVA

Efficientamento della gestione

La riorganizzazione della rete ospedaliera inoltre è punto nodale per il raggiungimento degli obiettivi della legge 135/2012 ma anche per garantire l'equilibrio di bilancio e l'Azienda Asl Roma & dedica pertanto le proprie risorse alla realizzazione delle attività e azioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini e al rispetto degli adempimenti previsti nelle normative di politica economica che hanno avuto come ambito di azione il SSN /SSR.

Tali azioni hanno impatto sulla gestione economica e sulle risorse disponibili, in particolare, in adempimento al Decreto legge del 6 luglio 2012 n.95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" poi convertito nella Legge 6 agosto 2012 n. 135, che ha introdotto nell'ambito del SSN, il concetto di spending review quale contrazione di risorse ad invarianza delle prestazioni erogate.

Corsi informativi

Al fine di assicurare l'allineamento con il disposto regionale sono in atto con la collaborazione della Uosd SITI, l'UOC Gru e La Struttura Tecnico Permanente una serie di attività atte a supportare le nuove strutture aziendali con la mappatura dei processi e relative nuove esigenze di tracciabilità:

1. Mappatura dei flussi con individuazione della struttura che eroga il flusso e il responsabile dell'invio verso l'esterno.

2. Implementazione della piattaforma "Penelope - Sistema di Contabilità integrato" per la gestione di:

- Contabilità Generale (fatture passive, attive, cespiti);
- Budget
- richieste di acquisto;
- ordini;
- contratti di acquisto;
- magazzini;

3. Implementazione Datawarehouse aziendale

ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance è la mappa logica con la quale la Asl Roma 6 rappresenta i collegamenti tra la mission aziendale e le aree strategiche.

E' l'elemento fondante del Piano, in quanto attraverso la sua descrizione ed in particolare la sua rappresentazione grafica, si intende sinteticamente descrivere le dimensioni del processo e la loro relazione. A seguito di quanto sopra esposto viene inserito nel presente documento un macro albero di Performance relativo al Piano 2016.

In ottemperanza delle disposizioni Anac (ex Civit) Deliberazione n.6/2013 nel redigere il Piano della Performance le Amministrazioni devono tener conto del grado di conseguimento degli obiettivi nell'anno precedente, fissando indicatori e relativi target in modo da delineare un effettivo percorso di miglioramento della Performance.

Di seguito le strutture che negoziano il budget : Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali, Unità Operative Semplici in Staff, Direzioni Dipartimenti.

DIREZIONE GENERALE	UOC CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITA' ANALITICA UOC INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E WELFARE DI COMUNITA' UOC SISTEMI INFORMATIVI SANITARI UOC FORMAZIONE E COMUNICAZIONE UOC INNOVAZIONE, SVILUPPO E ORGANIZZAZIONE UOC RISK MANAGEMENT UOC INTERNAL AUDIT E COMPLIANCE AZIENDALE UOC UFFICIO TECNICO E PATRIMONIO (Attualmente UOS Patrimonio Immobiliare)
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI UOC AFFARI GENERALI E ISTITUZIONALI UOC GESTIONE RISORSE UMANE UOC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA UOSD Sistemi Informatici (Attualmente Uos SITI)
DIREZIONE SANITARIA	UOC SUPPORTO AMMINISTRATIVO DIPARTIMENTI TERRITORIALI UOC AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO E CONTROLLI

DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO

UOC ALPI, RECUP, SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA E GOVERNO LISTE DI ATTESA

UOC PSICOLOGIA DI LIAISON

UOSD Ufficio Speciale Nuovo Ospedale dei Castelli ed Ingegneria Clinica

UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H1

UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H2

UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H3

UOC DIREZIONE POLO OSPEDALIERO H4

DIREZIONE DI PARTIMENTO DEL TERRITORIO

UOC DIREZIONE DISTRETTO H1

UOC DIREZIONE DISTRETTO H2

UOC DIREZIONE DISTRETTO H3

UOC DIREZIONE DISTRETTO H4

UOC DIREZIONE DISTRETTO H5

UOC DIREZIONE DISTRETTO H6

UOC PROCREAZIONE COSCIENTE E RESPONSABILE

UOC ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

UOC FARMACEUTICA TERRITORIALE

UOSD Sanità Penitenziaria

UOSD Medicina Legale

DIREZIONE DSM

UOC SPDC H1

UOC SPDC H2

UOC CSM H1- H3

UOC CSM H4

UOC CSM H2- H5

UOC CSM H6

UOC SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE ETA' EVOLUTIVA

UOC DIPENDENZE PATOLOGICHE

UOSD Psicoterapia e Psicodiagnosi

UOSD Riabilitazione e Progetti di Reinserimento Sociale

UOSD Diagnosi e Riabilitazione Età Evolutiva

DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE

UOC SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA (SISP)

UOC SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL)

UOSD Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)

UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA A

UOSD Servizio Veterinario - AREA C

UOC SERVIZIO VETERINARIO - AREA B

UOSD Strutture Sanitarie

UOSD Anagrafe Canina

DIREZIONE DIPARTIMENTO EMERGENZA

UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H1

UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H2

UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H3

UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA DI URGENZA - POLO H4

UOSD Anestesia e Rianimazione - Polo H1

UOSD Anestesia e Rianimazione - Polo H2

UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H3

UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - POLO H4

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE
DIPENDENZE PATOLOGICHE

DIPARTIMENTO DELLA
PREVENZIONE

DIPARTIMENTO
EMERGENZA

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

UOSD Terapia Intensiva Polo H2
UOSD Servizio di Anestesia e Blocco Operatorio Ospedale Genzano
UOSD Servizio di Anestesia e Blocco Operatorio Ospedale Marino

DIREZIONE DIPARTIMENTO AREA MEDICA

UOSD Allergologia Pediatrica
UOC CARDIOLOGIA - POLO H1
UOC CARDIOLOGIA - POLO H2
UOC CARDIOLOGIA - POLO H3
UOC CARDIOLOGIA - POLO H4
UOC ENDOSCOPIA DIGESTIVA AZIENDALE
UOC MEDICINA GENERALE - POLO H1
UOC MEDICINA GENERALE - POLO H2
UOC MEDICINA GENERALE - POLO H3
UOC MEDICINA GENERALE - POLO H4
UOC NEFROLOGIA E DIALISI AZIENDALE PO H2-H4
UOC PEDIATRIA - POLO H2
UOSD Pediatria Polo H3
UOC PEDIATRIA - POLO H4
UOC DERMATOLOGIA AZIENDALE
UOC RIABILITAZIONE AZIENDALE
UOC ONCOLOGIA AZIENDALE
UOC MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO AZIENDALE

DIREZIONE DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

UOSD Oculistica
UOSD Odontostomatologia
UOSD Breast Unit - PO Marino
UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H1
UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H2
UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H3
UOC CHIRURGIA GENERALE - POLO H4
UOC CHIRURGIA VASCOLARE - POLO H3
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H1
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H2
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H3
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - POLO H4
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H2
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA - POLO H3
UOSD Ostetricia e Ginecologia Polo H 4
UOSD Otorinolaringoiatria Polo H1-H3
UOC OTORINOLARINGOIATRIA - POLO H4
UOSD Urologia Polo H1
UOC UROLOGIA - POLO H3

DIREZIONE DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI E FARMACEUTICI

UOC PATOLOGIA CLINICA POLO H1-H2-H3
UOC PATOLOGIA CLINICA - POLO H4
UOSD Patologia Clinica Ospedale Genzano
UOC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA AZIENDALE
UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE
UOSD Radiodiagnostica Polo H1
UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H2
UOSD Radiodiagnostica POLO H3

DIPARTIMENTO SERVIZI
DIAGNOSTICI FARMACEUTICI

UOC RADIODIAGNOSTICA POLO H4
 UOSD Medicina Nucleare
 UOSD Senologia
 UOC GOVERNO FARMACEUTICO OSPEDALIERO AZIENDALE
 UOSD Farmacia Polo H1
 UOSD Farmacia Polo H3
 UOSD Farmacia Polo H4
 UOSD Galenica Oncologica
 UOSD Fisica Sanitaria
 UOC PROFESSIONE INFERMIERISTICA
 UOSD Tecnici della Riabilitazione
 UOSD Tecnici di Laboratorio e di Radiologia

Gli indirizzi generali definiti per l'anno 2016 sono articolati in Aree Strategiche così come rappresentate nell'Albero della Performance, ovvero:

- **Area Strategica di Governo Clinico** all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi Strategici correlati alla *Produzione* per i Servizi ospedalieri e territoriali;
- **Area Strategica di Governo del Territorio** all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi Strategici correlati alla *Committenza* per le Strutture e/o Servizi Territoriali;
- **Area Strategica di Governo Economico** all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi Strategici correlati al *Collegamento tra Ciclo della Performance e ciclo di programmazione economico-finanziaria e di Bilancio* al fine della corretta allocazione delle risorse agli obiettivi;
- **Area Strategica di Governo della Qualità e delle Tecnologie** all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi Strategici correlati alla *valutazione dell'efficacia, efficienza ed economicità dell'attività di erogazione dei servizi pubblici* destinati direttamente o indirettamente a soddisfare i bisogni di salute dei cittadini;
- **Area Strategica dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza** all'interno della quale vengono declinati gli obiettivi Strategici correlati al miglioramento della comunicazione e fruibilità all'esterno delle informazioni prodotte anche tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'avvio del sito web aziendale e adempimenti sulla trasparenza. Un restyling del sito web aziendale che non solo elenca le azioni comunicative dell'ente, ma che realizzi un "processo che attraversa

l'amministrazione, che la coinvolge interamente e la modifica nelle sue modalità organizzative" anche e soprattutto verso l'utente.

➤ **Obiettivi di Governo Clinico:** la pianificazione degli obiettivi di produzione tiene conto degli indirizzi generali e sono correlati alla *Appropriatezza qualità ed esiti; Riorganizzazione dell'offerta ospedaliera; Governo delle Liste d'Attesa; Donazione Sangue; Risk Management; Sorveglianza Sanitari e D.V.R.*

➤ **Obiettivi di Governo del Territorio:** tali obiettivi sono correlati alle *Cure Primarie e Rete Territoriale; Prevenzione* sulla base della nuova normativa.

➤ **Obiettivi di Governo Economico:** la pianificazione degli obiettivi economici, diversificati in relazione alla tipologia di funzione di Macrostruttura Aziendale, sono coerenti con gli obiettivi assegnati dalla Regione e definiti nel Bilancio di Previsione, con finalità di governo delle risorse direttamente assegnate alle macrostrutture stesse e alle relative unità. Determinante è il Decreto Legge 6 Luglio 2012 n. 98, convertito nella Legge 135/2012 nota come "Spending Review" "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini".

Gli obiettivi strategici del governo economico sono correlati al rispetto delle procedure amministrativo contabili regionali/aziendali ed in particolare: *Percorsi attuativi di certificabilità (ex DCA 59 del 12.02.2015); Economico Gestionale; Efficientamento della Gestione; Governo dei Programmi Operativi. – 'Piano di rientro' Regione Lazio.*

➤ **Obiettivi di Governo della Qualità e delle Tecnologie:** gli obiettivi declinati nel Governo della qualità e delle tecnologie sono correlati ai *Flussi Informativi.*

➤ **Obiettivi del Governo dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza:** negli obiettivi strategici di governo dei rapporti con gli stakeholders e l'utenza sono declinati obiettivi quali *Formazione e Comunicazione ai cittadini; Area Trasparenza; Area Anticorruzione.*

Obiettivi Strategici di Governo Clinico

Tali obiettivi sono assegnati al Dipartimento del Territorio e all'UOC titolari del Ciclo di Gestione della Performance.

La Strategia Aziendale intende orientarsi sulla tutela dei soggetti fragili ed il potenziamento di alcuni servizi territoriali attraverso forme organizzative multidisciplinari e multi professionali (Intensità di Cure e Casa della Salute).

Obiettivi di governo economico

Attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi economici l'Azienda intende responsabilizzare i Titolari del Ciclo di Gestione della Performance (responsabili di Macro Strutture Aziendali) rispetto al governo economico-gestionale della macrostruttura, considerando la diversa tipologia delle funzioni caratterizzanti le macrostrutture stesse anche ai fini della gestione dei budget economici.

Gli obiettivi correlati al Budget economico produttore sono assegnati a tutte le Strutture (Unita Operative) Sanitarie ed Amministrative.

I centri di responsabilità individuati dovranno garantire la gestione efficace, efficiente ed appropriata delle risorse attribuite, il controllo costante dei consumi e la messa in atto di tutte le strategie gestionali necessarie a garantire il rispetto nei limiti di spesa stabiliti nonché la vigilanza sulle modalità di utilizzo delle risorse e sul rispetto delle norme e delle regole di buona amministrazione.

Il tale tetto di spesa non può essere superato, pertanto le eventuali necessità di integrazione o scostamento dal budget dovranno essere "eccezionali e motivate dettagliatamente" alla Direzione Aziendale che dovrà autorizzare il provvedimento di scostamento di spesa.

Obiettivi di governo economico correlati alla Strategia Aziendale

Tali obiettivi sono correlati allo sviluppo ed alla implementazione delle dotazioni tecnologiche aziendali, in particolare nell'ambito della Comunicazione interna ed esterna e dei flussi informativi per le strutture sanitarie e al miglioramento dell'utilizzo delle dotazioni tecnologiche nell'ambito della gestione delle procedure aziendali per le strutture amministrative.

Aree Performance

COD_AREA	DESCRIZIONE
Codice	
A	Area strategica del governo Clinico
B	Area strategica del governo del territorio
C	Area strategica di governo economico
D	Area strategica della qualità e delle tecnologie
E	Area strategica dei i rapporti con Stakeholder e con L'utenza

A**Area strategica del governo Clinico**

COD_MACRO	DESCRIZIONE
Codice	
A1	Appropriatezza Qualità ed esiti
A2	Riorganizzazione dell'offerta Ospedaliera
A3	Governo delle liste d' attesa
A4	Risk Management
A5	Sorveglianza sanitaria e D.V.R.
A6	Donazione Sangue

B**Area strategica del governo del territorio**

COD_MACRO	DESCRIZIONE
Codice	
B1	Prevenzione
B2	Cure Primarie e rete territoriale

C**Area strategica di governo economico**

COD_MACRO	DESCRIZIONE
Codice	
C1	Economico Gestionale
C2	Efficientamento della gestione
C3	Percorsi attuativi di certificabilità (PAC)

D**Area strategica della qualità e delle tecnologie**

COD_MACRO Codice	DESCRIZIONE
D1	Flussi Informativi

E**Area strategica dei i rapporti con Stakeholder e con L'utenza**

COD_MACRO Codice	DESCRIZIONE
E1	Formazione e comunicazione ai cittadini/Operatori

CONCLUSIONI

Il tale Piano della Performance approvato dall'OIV in data 22.02.2016 relativamente sia alla "conformità, appropriatezza ed effettività del Ciclo di gestione della Performance", sarà integrato con obiettivi di rilevanza aziendale, obiettivi specifici dell'anno 2016, e successivamente inseriti nelle 'schede' di negoziazione.

PROGRAMMAZIONE CICLO DELLA PERFORMANCE

PIANO DELLA PERFORMANCE 2016

FASE I	PROGRAMMAZIONE CICLO DELLA PERFORMANCE 2016	Marzo 2016
FASE II	NEGOZIAZIONE DEL BUDGET E AVVIO PERFORMANCE INDIVIDUALE 2016	Aprile 2016
FASE III	MONITORAGGIO OBIETTIVI 2016	Giugno 2016
FASE IV	VERIFICA FINALE SCHEDE DI BUDGET 2015 E CHIUSURA PERFORMANCE INDIVIDUALE	Maggio/ Giugno 2016
FASE V	RELAZIONE PERFORMANCE 2016	Luglio 2016

MARZO							APRILE							MAGGIO							GIUGNO							LUGLIO						
D	L	Ma	Me	G	V	S	D	L	Ma	Me	G	V	S	D	L	Ma	Me	S	V	S	D	L	Ma	Me	G	V	S	D	L	Ma	Me	G	V	S
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30						29	30						29	30						29	30						29	30					

ALLEGATI

ALLEGATO **A** – PIANO DELLA PERFORMANCE 2016 - AREE, OBIETTIVI, ASSEGNAZIONI

CICLO DELLA PERFORMANCE

Allegato
A

ASL ROMA 6
Anno 2016

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	1.a	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	Realizzazione degli interventi previsti dal DCA sulla rimodulazione dell'offerta ospedaliera entro 180 gg dall'emanazione dell'atto		DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	1.b 1	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	1) atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long entro 60 gg dall'emanazione del Documento Tecnico regionale		DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	1.b 2	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	2)atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure entro 90 gg dall'emanazione del Documento Tecnico regionale		DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	2.a 2	Promozione dell'offerta di interventi di provata efficacia	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in in regime ordinario (per osp. a gestione diretta)	Soglia >=40%	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	2.a 3	Promozione dell'offerta di interventi di provata efficacia	3)proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 gg. (Colecistectomie laparoscopiche con degenza post - operatoria inferiore a 3 giorni /Totale delle colecistectomie laparoscopiche)	Soglia = >60 PH1 e PH2, >=80 PH3; >=70 Polo H4	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	2.b 1	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza	1) proporzione di pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di Sartani rispetto a tutti i pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (ACE-I e Sartani);	Mantenimento risultato 2013 (26%)	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	2.b 2	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza	2) ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici;	Soglia = < 75	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	2.b 3	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza	3) ospedalizzazione per riapertura di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO;	Soglia = < 14	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	2.b 4	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza	4) proporzione di parti con taglio cesareo primario;	Soglia = < 20	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	2.b 5	Riduzione dell'offerta di interventi ad alto rischio di appropriatezza	5) ospedalizzazione per tonsillectomia	Soglia = < 2,4	DS

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DG	2.c	Esito e qualità delle cure: Predisposizione ed organizzazione della funzione di controllo e di rispetto del volume dei controlli programmati e della tempestività di trasmissione	n. cartelle verificate/n. cartelle totale >12,5%	100%	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DCA248.B	15.1	Ospedalizzazione ordinaria e diurna	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	<= 160; 160 - 170	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DCA248.B	15.2	Ricovero diurno di tipo diagnostico	15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 abitanti	<=7 , 7 - 13	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DCA248.B	15.3	Accessi di tipo medico	15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	<= 90 ; 90 -117	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DCA248.B	16	Ricoveri DRG chirurgico	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (per osp. a gestione diretta)	>= 42%; 35% - 42%	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	DCA248.B	17	Ricoveri DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (per osp. a gestione diretta)	<= 0,29; 0,29 - 0,39	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	dg	7.a	mobilità sanitaria	Riduzione, rispetto all'anno di compensazione precedente, del 10% del valore economico dei ricoveri in mobilità passiva Riduzione, rispetto all'anno di compensazione precedente, del 10% del valore economico dei ricoveri in mobilità passiva	valorizzazione ricoveri in mobilità passiva 2014/2013 > 10%	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A1	Appropriatezza Qualità ed esiti	dg	7.b	mobilità sanitaria	Riduzione degli errori sui dati anagrafici e sui codici fiscali dei flussi informativi di mobilità attiva rispetto all'anno di compensazione precedente	riduzione del tasso di errore attuale (4,2%) (b)	DS

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
A	Area strategica del governo Clinico	A2	Riorganizzazione dell'offerta Ospedaliera	dca248.D	DEP_1	Riorganizzare le attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito	Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO	≤ 3 o ≥ 100 per tutte le strutture N.B.: il limite inferiore (≤ 3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥ 100) è riferito alla singola unità operativa	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A2	Riorganizzazione dell'offerta Ospedaliera	dca248.D	DEP_4	Ridurre la durata della degenza pre-operatoria	Mediana della degenza pre - operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2016	≤ 4 giorni	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A2	Riorganizzazione dell'offerta Ospedaliera	dca248.D	PRO_1	Ospedale per intensità di cure	Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica	in tutte le strutture	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A2	Riorganizzazione dell'offerta Ospedaliera	dca248.D	PRO_2	Riduzione del sovraffollamento in PS (i)	Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto ai lunedì (rispetto al 2015)	Almeno il 40% San Sebastiano-Frascati Almeno il 20% P.O. Anzio-Nettuno, Paolo Colombo-Velletr	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A2	Riorganizzazione dell'offerta Ospedaliera	dca248.D	PRO_3	Riduzione del sovraffollamento in PS (ii)	1-4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/PEA prodotto dalla Direzione Salute	3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile"	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A2	Riorganizzazione dell'offerta Ospedaliera	dca248.D	PRO_4	Durata della degenza	Degenza media totale per acuti in giorni	Riduzione di almeno il 10% nell' semestre rispetto al 2015	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A2	Riorganizzazione dell'offerta Ospedaliera	dca248.D	PRO_5	Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio	Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 in tutte le strutture	Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A3	Governo delle liste d'attesa	dg	6.b	Rendicontazione di tutti gli interventi attivati allo scopo di garantire ai propri assistiti il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dal PRGLA, incluso il piano di comunicazione di cui al punto 6.5 del PRGLA	report trimestrale contenente il numero degli interventi realizzati per ogni linea indicata nel PRGLA	(almeno 1 per ogni linea ≥ 6)	DS

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
A	Area strategica del governo Clinico	A3	Governo delle liste d'attesa	dg	6.c	Definizione di modelli organizzativi atti ad assicurare la pesa in carico e la gestione attraverso PDT dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari, nonché il rispetto dei tempi di attesa (30 giorni fase diagnostica e 30 giorni inizio terapia da indicazione clinica)	presentazione ed invio entro 60 giorni dal decreto di nomina del piano contenente il modello organizzativo adottato per il monitoraggio delle prestazioni tracciati per la valutazione dell'inizio e della fine di ciascuna fase del PDT (diagnostica e terapeutica) delle patologie target	DS	
A	Area strategica del governo Clinico	A3	Governo delle liste d'attesa	dg	6.d	Promozione e monitoraggio del ricorso alla prescrizione elettronica da parte degli specialisti ambulatoriali	ricorso alla prescrizione elettronica di almeno l'80% degli specialisti dipendenti e convenzionati del SSR	80% DS	
A	Area strategica del governo Clinico	A3	Governo delle liste d'attesa	dg	6.e	Definizione ed applicazione di corretti rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'attività ambulatoriale e Libera Professione e quelli dell'attività istituzionale	numero di provvedimenti aziendali adottati per la riduzione e/o sospensione delle attività libero professionali in quelle unità operative dove non sono stati rispettati i rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'attività istituzionale come previsto nel PRGLA	DS	
A	Area strategica del governo Clinico	A3	Governo delle liste d'attesa	dca248.D	LDA_1	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2016 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2016 (con esclusione delle prestazioni di laboratorio di analisi)	<60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A3	Governo delle liste d'attesa	dca248.D	LDA_2	Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: ● Radiologia ● RM ● Chirurgia vascolare ● Ostetricia e Ginecologia ● Cardiologia ● Gastroenterologia	Limitatamente alle discipline considerate: ore di agenda visibili al ReCUP e strutture per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016	<60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente	DS

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
A	Area strategica del governo Clinico	A3	Governo delle liste d'attesa	dca248.D	LDA_3	Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali	Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2016 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche : prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. indice)/(30*media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. indice)/(30*media giornaliera erogato)	Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70%	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A3	Governo delle liste d'attesa	cca248.C	LDA_4	Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata)	Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2016: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP /Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2)	<50% inadempiente >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A3	Governo delle liste d'attesa	dca248.D	LDA_5	Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende	Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2016/Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda.	<50% inadempiente >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A4	Risk Management	dg	5 a 1	Adozione ed attuazione di un Piano Annuale della gestione del rischio Clinico, orientato alla sicurezza dei pazienti, operatori e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle ICA e contempra ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.	1) adozione del piano annuale per la gestione del rischio clinico entro 45 giorni dalla data di adozione delle Linee Guida regionali e % di obiettivi raggiunti contenuti nel Piano di attività; almeno il 50% nel solo 2015 ed il 95% alla scadenza dei 18 mesi	almeno il 50% nel solo 2014 ed il 95% alla scadenza dei 18 mesi	DS

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
A	Area strategica del governo Clinico	A4	Risk Management	dg	5.a.2	Adozione ed attuazione di un Piano Annuale della gestione del rischio Clinico, orientato alla sicurezza dei pazienti, operatori e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle ICA e contemplici ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.	2) riduzione nel secondo semestre del 2016 del 5% degli eventi rispetto al secondo semestre precedente	5%	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A4	Risk Management	dg	5.b	Partecipazione al flusso di segnalazione SIME5 previsto dalla normativa nazionale	invio della scheda A entro 5 giorni dall'evento ed invio della scheda B entro 45 giorni dall'evento: % di schede B caricate nel sistema secondo i tempi e parametri indicati	% di schede B caricate nel sistema secondo i tempi e parametri indicati	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A4	Risk Management	dca248.D	PRO_5	Audit rischio clinico	Numeri di audit effettuati	Almeno 6 audit nel II semestre 2015 in tutte le strutture	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A5	Sorveglianza sanitaria e D.V.R.						DA
A	Area strategica del governo Clinico	A6	Donazione Sangue	dg	11.a	Incremento del numero delle donazioni di sangue	incremento donazioni di almeno il 5 % anno rispetto alla media del periodo 2014/2015	5%	DS
A	Area strategica del governo Clinico	A6	Donazione Sangue	dg	11.b	Incremento del numero delle donazioni di sangue	almeno 4 riunioni/anno finalizzate alla stesura di interventi di miglioramento dell'uso del sangue	4 riunioni	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	dg	14.a	screening area oncologica	aumentare l'estensione delle attività di screening per: mammella > 90%, screening della cervice uterina > 90%, screening del Colon retto pari > 90%	> 90%, screening della cervice uterina > 90%; screening del Colon retto pari > 90%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	dg	14.b	screening area oncologica	raggiungere i seguenti standard per l'adesione: Mammella > 50%, cervice uterina > 50%, colon retto pari > 45%	Mammella > 50%, cervice uterina > 50%, colon retto pari > 45%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2] - Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina / [donne residenti (25-64) / 3] - Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50-69) / 2] * 100	- score >= 9	DS

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	dca248.D	PRE_1	Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento	Proporzione di cancer screen detected in stadio I-II ai round successivi a quello di prevalenza * Numero dei canceri invasivi screen - detected/numero di tutti i canceri screen detected * 100	<= 25%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	dg	15.	sicurezza nei luoghi di lavoro	numero imprese sottoposte a vigilanza nel territorio aziendale di competenza (e)	Obiettivo LEA = 893	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	>98% di quanto assegnato con nota prot. 304080/GR/11/11 del 5/6/2015	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	tutte >= 95%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2016/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2016	>=85%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	N. soggetti di età >= 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza/N. soggetti di età >= 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna	>= 75%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	3	assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Costo pro-capite	>=85	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	5.1	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO	percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	Controlli effettuati > = 99,9% e conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende <0,1%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	5.2	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO	percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSIS ovicaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	Controlli effettuati > = 99,8% per ciascuna delle 3 specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o, per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende <0,2% con trend in diminuzione	DS

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	5.3	ANAGRAFI ANIMALE	Controlli nelle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovcaprine controllate (3%) per anagrafe ovcaprina	>=99,7%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	6.1	CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI	Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	6.2	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE	percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	>=160	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	DCA248.B	6.3	CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE	programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992): percentuale dei campioni previsti	>= 90% in tutte le categorie previste dal DM	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	dca248.D	PRE_2	Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo	Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato: numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100	>= 80%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B1	Prevenzione	dca248.D	PRE_3	Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo	Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato: numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata / (numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100	>= 80%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B2	Cure Primarie e rete territoriale	dg	4.a	Predisposizione di azioni necessarie e avvio dei processi organizzativi relativi alla Casa della Salute ai sensi del Dca 428/2013	n. case della salute realizzate, Standard: apertura di almeno una casa della salute nei primi sei mesi, apertura di altra casa della salute nei 18 mesi	1	DS

cod. Area	Descr_Area	Cod Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
B	Area strategica del governo del territorio	B2	Cure Primarie e rete territoriale	dg	4.b	Adozione approccio della Medicina di iniziativa attraverso analisi di tutti i flussi sanitari ai servizi territoriali. Anagrafica degli assistiti suddivisi per patologia ai fini di un contatto attivo dei pazienti non noti	almeno il 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60 gg. Dalla trasmissione dell'elenco e l'80% entro 90 gg. Dalla trasmissione dell'elenco	80%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B2	Cure Primarie e rete territoriale	dca248.D	TER_1	Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMd), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto	Numero di distretti con almeno una UVMd attivata e operativa anno 2016/numero di distretti *100 Elementi di valutazione a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività	100%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B2	Cure Primarie e rete territoriale	DCA248.B	7	patologie evitabili in ricovero ordinario	Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (indice pesato per fascia d'età)	<= 530	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B2	Cure Primarie e rete territoriale	DCA248.B	13	Specialistica Ambulatoriale	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	5.1 - 7.5 estremi inclusi	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B2	Cure Primarie e rete territoriale	dca248.D	TER_2	Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete	Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/pazienti con diabete nel territorio della ASL	>= 80%	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B2	Cure Primarie e rete territoriale	DCA248.B	14	Distrettuale salute mentale	Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 ab.	>= 10,2	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B2	Cure Primarie e rete territoriale	DCA248.B	8	ADI	Percentuali di anziani >= 65 anni trattati in ADI	>=1,8	DS
B	Area strategica del governo del territorio	B2	Cure Primarie e rete territoriale	dca248.D	TER_3	Potenziamento ADI e completezza SIAD	Popolazione >= sessantacinquenne seguita in ADI nel 2016 nel territorio dell'ASI/Popolazione >= sessantacinquenne residente nell'ASI *100	>= 4%	DS
C	Area strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dg	10.a	spesa farmaceutica territoriale	lo scostamento deve essere <= allo 0,5% del tetto di spesa su base regionale (11,35%) (d)	<= allo 0,5%	DS

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
C	Area Strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	og	10.b	spesa farmaceutica ospedaliera	lo scostamento deve essere ≤ allo 0,5% del tetto di spesa su base regionale (3,5%) (a)	≤ allo 0,5%	DS
C	Area Strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	og	10.c	spesa farmaceutica (dispositivi medici)	(d) lo scostamento deve essere ≤ allo 0,5% del tetto di spesa su base regionale (4,8%)	≤ allo 0,5%	DS
C	Area Strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dg	FAR_1_01	1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG.	(Spesa Convenzionata Netta 2016)/(Popolazione Assistita Pesata 2016)	≤ 154 €	DS
C	Area Strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dca248.D	FAR_1_02	ulteriore obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito agli inibitori di Pompa Protonica (PP)	Ulteriore Obiettivo a Numero DDD/1000 assistiti/die IPP	Ulteriore obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74	DS
C	Area Strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dca248.D	FAR_1_03	ulteriore obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine.	Ulteriore Obiettivo b (DDD 1000 assistiti/die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1000 assistiti/die statine)	Ulteriore obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80%	DS
C	Area Strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dca248.D	FAR_1_04	ulteriore obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani	Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell'angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell'angiotensina II non associati)	Ulteriore obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 82%	DS
C	Area Strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dca248.D	FAR_2	Cefalosporine in età pediatrica	Popolazione con età ≤ 14 trattata con Cefalosporine 2016 Popolazione con età ≤ 14 2016	Valore dell'indicatore ≤ 14%	DS
C	Area Strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dca248.D	FAR_3	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: -prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); -prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); -emoderivati (BA0060).	Σ (CE Consuntivo 2016 - CE Budget 2016) (delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati)	Valore dell'indicatore ≤ 0	DS

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
C	Area strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dca248.D	FAR_4	Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: -dispositivi medici (BA0220); -dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); -dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240)	Σ (CE Consuntivo 2016 - CE Budget 2016) voci di costo relative ai dispositivi medici (delle	Valore dell'indicatore ≤ 0	DS/DA
C	Area strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dg	9.a	spesa per il personale	4 monitoraggi/anno attestanti il rispetto del budget assegnato, a parità di livello di prestazioni erogate nell'anno precedente	4 monitoraggi/anno	DA
C	Area strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dg	9.b	spesa per il personale	4 monitoraggi/anno di verifica della congruità del fondo con contestuale verifica della capienza rispetto alle competenze erogate	4 monitoraggi/anno	DA
C	Area strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dg	12.a	trasparenza negli acquisti	spesa totale procedure negoziate e/o affidamento diretto 2014 ≤ 90% spesa totale per procedure negoziate e/o affidamento diretto 2015 (e)	≤ 90% spesa totale	DA
C	Area strategica di governo economico	C1	Economico Gestionale	dg	12.b	trasparenza negli acquisti	spesa totale acquisto beni infungibili 2014 ≤ 90% spesa totale per acquisto di beni infungibili 2015 (e)	≤ 90% spesa totale	DA
C	Area strategica di governo economico	C2	Efficientamento della gestione	dca248.D	INV_1	Realizzazione di un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014)	Inserimento dati: flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC - GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate	Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema in.4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate)	DA
C	Area strategica di governo economico	C2	Efficientamento della gestione	dca248.D	INV_2_01	Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3	Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistemazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere	25% - Entro l'anno di riferimento	DA

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
C	Area strategica di governo economico	C2	Efficientamento della gestione	dca248.D	INV_2_02	Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3	Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità	35% - Entro l'anno di riferimento	DA
C	Area strategica di governo economico	C2	Efficientamento della gestione	dca248.D	INV_2_03	Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3	Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione	40% - Entro l'anno di riferimento	DA
C	Area strategica di governo economico	C2	Efficientamento della gestione	dca248.D	INV_3	Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dimissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015	Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento	70% - Entro l'anno di riferimento	DA
C	Area strategica di governo economico	C2	Efficientamento della gestione	dg	3.a	Completamento del percorso di conferma dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accreditate: inserimento dell'attestazione di conformità e non conformità nel sito regionale SAASS	n. di attestazioni di conformità o non conformità inseriti nel sistema SAASS/n. strutture che hanno presentato istanza di accreditamento e/o autorizzazione entro il 31.8.2015=100 (a)	100%	DS
C	Area strategica di governo economico	C2	Efficientamento della gestione	dg	3.b	Verifica e proposta di un piano di adeguamento dei centri trasfusionali ai requisiti minimi previsti dall'accordo Stato-Regioni del 16/12/2010	presentazione del Piano di adeguamento dei centri trasfusionali entro 90 gg. Da decreto di nomina dei direttori generali		DS

cod. Area	Descr_Area	Cod. Macro	Descr_Macro	fonte	cod. obiettivo	obiettivo	indicatore	Standard	DS/DA
C	Area strategica di governo economico	C2	Efficientamento della gestione	dca tab B2.1	tab B2.1	<p>Verifica raggiungimento dell'obiettivo di budget 2015 sull'aggregato complessivo dei costi direttamente governabili da parte dell'Azienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale – tenendo conto che il valore potrà essere aggiornato sulla base <p>dell'effettivo numero di cessazioni verificatesi nel corso dell'anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati; • Altri Beni e Servizi; • Medicina di Base; • Farmaceutica Convenzionata; • Altre prestazioni da privato. 	$\sum_{i=1}^n (CONS 2016_i - CONS 2015_i)$ $\frac{\sum_{i=1}^n (BDG 2016_i - CONS 2015_i)}{\dots}$	<ul style="list-style-type: none"> • compreso tra 0 e 75% - 0% completamente; • compreso tra 75% e 85% - 50% completamente; • compreso tra 85% e 95% - 80% completamente; • compreso tra 95% e 100% - 100% completamente. 	DA
C	Area strategica di governo economico	C3	Percorsi attuativi di certificabilità (PAC)	dg	8.a	corretta e completa attuazione PAC	rispetto delle azioni contenute nel piano aziendale entro i tempi previsti		DA
C	Area strategica di governo economico	C3	Percorsi attuativi di certificabilità (PAC)	dg	8.b	corretta e completa attuazione PAC	misura degli interessi passivi richiesti addebitabile al ritardo nella certificazione del debito @		DA
D	Area strategica della qualità e delle tecnologie	D1	Flussi informativi	dg	13.	flussi informativi	invio di tutti i flussi entro il termine e con le modalità previste dai Ministeri competenti e dalla Regione, dal Tavolo di verifica del Piano di Rientro		DA/DS
E	Area strategica dei rapporti con Stakeholder e con l'utenza	E1	Formazione e comunicazione ai cittadini/Operatori	dca248.D	FMZ_2	<p>Attivare, diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi</p>	<p>N° di eventi formativi realizzati nel semestre 2016 e N° indagini di qualità percepita dei servizi</p>	<p>≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino</p>	DA
E	Area strategica dei rapporti con Stakeholder e con l'utenza	E1	Formazione e comunicazione ai cittadini/Operatori	dg	6.a	<p>Realizzazione di iniziative di formazione confronto con i medici prescrittori sui temi dell'appropriatezza prescrittiva e del corretto uso delle classi di priorità</p>	<p>almeno 1 evento formativo entro 60 giorni dalla nomina finalizzato all'appropriatezza prescrittiva e al corretto uso delle classi di priorità</p>	1 evento formativo	DS

DELIBERAZIONE N° *142* del *3.03.2016*
composta di n. *4* pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. *1* allegati

La presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale ed è stata affissa all'Albo dell'Azienda

in data *- 4 MAR, 2016*

IL FUNZIONARIO
2016 MAR 04 10:11:11 - 11
.....
COLLAUTENTICAZIONE
M...

Per copia conforme all'originale conservato agli atti di questa Amministrazione

IL FUNZIONARIO DELEGATO

.....