

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
Azienda Sanitaria Locale
Nuoro

Proposta Aziendale:

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2011/2013



Caro Utente,

L'Azienda Sanitaria di Nuoro assicura l'assistenza a una popolazione distribuita in 52 comuni attraverso quattro distretti (Nuoro, Siniscola, Macomer e Sorgono) e tre Ospedali: il "San Francesco" e il "Cesare Zonchello" di Nuoro e il "San Camillo" di Sorgono.

E' suo compito promuovere e tutelare la salute, prevenire e curare le malattie, recuperare le disabilità e prevenire il disagio sociale correlato alla situazione sanitaria. L'Azienda, che riconosce la centralità del malato, quale cittadino titolare del diritto alla salute, fonda il proprio agire sui principi di: equità, efficacia ed efficienza, trasparenza e partecipazione.

Insieme, possiamo essere fieri dei progressi che abbiamo ottenuto. Ma dobbiamo continuare a lavorare in vista delle sfide che ci attendono.

Vogliamo guardare lontano, costruendo un patto con i cittadini e con gli operatori, nel rispetto dei valori etici delle nostre collettività. Il nostro obiettivo strategico è quello che la nostra Azienda cresca come luogo di eccellenza e innovazione, capace di realizzare una rete integrata, complementare e di pari dignità, di servizi clinici e assistenziali, capace di rispondere in modo appropriato ai cambiamenti ambientali ed epidemiologici che interessano la popolazione. A tal fine occorre potenziare le tecnologie e le professionalità capaci di generare valore, puntando sulla qualità del lavoro e sullo "spirito di squadra".

Al centro delle nostre priorità ci sarà il cittadino e la soddisfazione delle sue esigenze.

Il Piano della Performance¹ della ASL di Nuoro è un documento programmatico triennale che dà avvio al "ciclo di gestione della performance" aziendale² esplicitando, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi strategici, gli indicatori di risultato ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione degli apporti organizzativi e individuali ai risultati dell'Azienda Sanitaria di Nuoro.

Gli Obiettivi sono stati doverosamente individuati a partire dalla "Programmazione Sanitaria" d'Azienda 2011-2013, ma l'assetto strategico aziendale è stato completato con l'avvio di un ulteriore sequenza di obiettivi e indicatori che hanno generato un sistema pensato a partire dalla rilevanza e pertinenza dei bisogni della collettività e della missione istituzionale, cercando di incidere sui nostri punti di debolezza e sulle capacità di management.

Gli obiettivi di livello strategico generale ed operativo verranno assegnati alle strutture ed al personale sia dirigenziale che del comparto attraverso apposite "schede di valutazione dei dipendenti".

Stiamo chiedendo uno sforzo al nostro management ed a tutte le risorse umane, ben sapendo che la qualità del servizio è frutto di un processo che parte dal basso e che richiede l'apporto di tutti, ai vari livelli d'azione, attraverso la creazione di valore, di obiettivi trasversali mirati alla promozione di pratiche eccellenti, la pervasività della cultura dell'integrità e della performance.

La differenza nel sistema sanitario la faranno i dipendenti che si dedicheranno appieno al loro lavoro, che siano medici, sanitari, amministrativi, tecnici o del ruolo professionale.

L'avvio di un sistema di valutazione della performance non è semplice, ne siamo consapevoli, serviranno investimenti, competenze, serietà ed una fase di graduale implementazione ma siamo certi che esso costituisca un ulteriore tassello per la crescita dell'Azienda e dei suoi operatori.

Ci impegneremo affinché gli utenti, i loro familiari ed i loro rappresentanti siano comunque essenziali nell'indirizzare i comportamenti ed il livello delle prestazioni delle Risorse Umane al fine di trarre "il meglio" dal "sistema sanità aziendale".

*Cordialmente
La Direzione*

¹ La performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'entità (individuo, gruppo di individui, unità organizzativa, organizzazione, programma o politica pubblica) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

L'ampiezza della performance fa riferimento alla sua estensione "orizzontale" in termini di input/processo/output/outcome; la profondità del concetto di performance riguarda il suo sviluppo "verticale": livello individuale; livello organizzativo; livello di programma o politica pubblica.

² Disposizioni ex articolo 4 del decreto legislativo n. 150 del 2009

INDICE

1. Identità _____ (pag. 5)

- 1.1 L'Azienda Sanitaria di Nuoro "in cifre"
- 1.2 Mandato istituzionale e Missione
- 1.3 Partecipazione dei cittadini
- 1.4 L'outcome aziendale
- 1.5 Principi del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance (SMVP)
- 1.6 L'Albero delle Performance

2. Analisi del contesto _____ (pag. 11)

- 2.1 Analisi del contesto esterno
- 2.2 Analisi del contesto interno

3. Obiettivi Area strategica _____ (pag. 23)

- 3.1 Area strategica aziendale
- 3.2 Concatenazione outcome - strategie Programmazione Sanitaria 2011-13
- 3.3 Tabella delle strategie - obiettivi - indicatori della Programmazione Sanitaria 2011-13
- 3.4 Strategia supplementare
- 3.5 L'Albero delle Performance "ampliato"
- 3.6 Benchmarking con gli indicatori ministeriali ospedalieri
- 3.7 Benchmarking con gli indicatori ministeriali territoriali
- 3.8 Benchmarking con gli indicatori ministeriali dell'Assistenza Collettiva e di Prevenzione
- 3.9 Monitoraggio della qualità percepita dagli utenti
- 3.10 Audit clinico e predisposizione "PDTA"
- 3.11 Area Gestionale Amministrativa

4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi _____ (pag. 45)

- 4.1 Schede di progetto strategico sanitario
- 4.2 Piani di Azione
- 4.3 Schede di Valutazione Individuale



5. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance _____(pag. 47)

5.1 Fasi del processo di redazione del Piano

5.2 Soggetti, tempi del processo di redazione del Piano e coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

5.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

6. Allegati tecnici _____(pag. 51)

1. Identità

1.1. L'Azienda Sanitaria di Nuoro "in cifre"

La macrostruttura organizzativa³

L'organizzazione aziendale si articola su 5 livelli:

- il vertice strategico, costituito dalla direzione generale;
- la tecnostruttura
- gli uffici di staff della direzione generale;
- la linea intermedia, rappresentata dalle direzioni di distretto, di ospedale e di dipartimento;
- il nucleo operativo, ovvero il complesso delle attività sanitarie (produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie) e delle attività di supporto (servizi alberghieri e tecnici operanti nelle strutture sanitarie con attività che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie).

L'articolazione del "nucleo operativo" tiene conto dell'articolazione in livelli assistenziali:

- ⇒ assistenza sanitaria collettiva;
- ⇒ assistenza distrettuale;
- ⇒ assistenza ospedaliera.

Con riferimento ai "luoghi" dove si sviluppa l'attività aziendale si distingue:

- il centro direzionale, ovvero la sede della direzione strategica e delle attività amministrative
- le Strutture ospedaliere "San Francesco" e "Cesare Zonchello" di Nuoro e "San Camillo" di Sorgono
- il "territorio", che comprende l'assistenza distrettuale con presidi sanitari extra-ospedalieri e l'assistenza sanitaria collettiva

Le Strutture ospedaliere – Nuoro e Sorgono

Offrono l'assistenza per le acuzie e per la medio alta intensità di cura.

I Distretti territoriali - Nuoro, Siniscola, Macomer e Sorgono

Il Distretto è un erogatore di attività e servizi di assistenza domiciliare e specialistica ambulatoriale, oltre a servizi: per la prevenzione delle dipendenze (in compartecipazione con il dipartimento di salute mentale); consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia della donna e della famiglia (strutturalmente e funzionalmente inseriti nel dipartimento materno infantile); per le persone disabili e anziane; per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita.

Il distretto viene pertanto caratterizzato come luogo deputato alla "gestione" della cronicità (con i medici di medicina generale), del bisogno sociosanitario complesso (in integrazione con i comuni) ovvero della domiciliarità e della residenzialità.

³ Fonte: Atto Aziendale

I Dipartimenti

I Dipartimenti sono costituiti da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti.

Rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico amministrative.

I Dipartimenti possono essere **strutturali** (insieme di unità operative complesse o semplici dipartimentali, omogenee per tipologia di attività, dotato di budget e finalizzato al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia) o **funzionali** (strumenti per integrare le competenze e le conoscenze di una specifica area omologa o complementare, attraverso l'adozione di percorsi assistenziali, protocolli comuni e linee guida condivise finalizzate a garantire la continuità assistenziale e lo sviluppo integrato delle risorse professionali).

L'offerta Sanitaria:

La tabella sottoesposta sintetizza l'articolazione dell'offerta sanitaria della nostra Azienda:

| SERVIZI PRESENTI | Anno 2009 | Anno 2010 |
|------------------------------|------------------|------------------|
| Presidi Ospedalieri | 3 | 3 |
| Distretti | 4 | 4 |
| MMG | 136 | 133 |
| PLS | 23 | 23 |
| Postazioni Servizio 118 | 3 | 4 |
| Guardie Mediche e Turistiche | 32 | 32 |
| Poliambulatori | 9 | 9 |
| Presidi di Riabilitazione | 15 | 15 |
| Csm | 4 | 4 |
| Sert | 3 | 4 |
| Consultori familiari | 12 | 12 |
| Dialisi territoriali | 2 | 3 |

Risorse Umane:

Dirigenti: 654 (di cui medici 494);

Dipendenti del Comparto: 1737 (di cui personale infermieristico 887);

Dipendenti totali: 2391 a tempo indeterminato e determinato

1.2. Mandato istituzionale e Missione⁴

Missione e Visione:

La missione dell'Azienda Sanitaria di Nuoro è di concorrere, nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale e in collaborazione con altri soggetti pubblici e privati, a promuovere, migliorare e recuperare la salute, sia collettiva che individuale, dei cittadini, impiegando in modo efficiente le risorse.

L'Asl si caratterizza per essere una tra le più importanti aziende della provincia di Nuoro. In tale veste è impegnata a valorizzare e consolidare la propria presenza nel sistema produttivo provinciale, sviluppando, nelle forme e nei modi più appropriati al suo ruolo, la collaborazione con tutte le forze sociali del mondo dell'economia e del lavoro, oltreché con le istituzioni locali, scolastiche e della formazione. In questo senso la missione sanitaria che le è propria coincide con quella sociale, con un costante impegno nel presidio del territorio, specialmente quello montano e disagiato.

La Visione dell'Azienda consiste nel voler essere parte di un Sistema nazionale e regionale orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza socio-sanitaria al fine di soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze medico-scientifiche, gestionali e degli strumenti di comunicazione.

Tale contesto dovrà caratterizzarsi nella ricerca, sviluppo e consolidamento di rapporti di collaborazione sinergica con tutte le Aziende Sanitarie Regionali, in particolare con quelle confinanti.

La missione aziendale si realizza e viene perseguita nel rispetto di valori fondanti di riferimento quali:

- Centralità della persona titolare del diritto di salute
- Miglioramento continuo della qualità e dell'appropriatezza
- Efficacia, efficienza ed economicità
- Umanizzazione dei rapporti ed etica dei comportamenti
- Universalità ed equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari
- Eguaglianza, trasparenza e partecipazione

1.3. Partecipazione dei cittadini

Partecipazione dei cittadini:

L'Azienda individua nello sviluppo della cultura della comunicazione e della rendicontazione delle attività svolte - sia all'esterno nei confronti dei cittadini e delle istituzioni sia all'interno nei confronti degli operatori sanitari - l'ideale strumento di trasmissione e circolazione di informazioni che tendano ad integrare, in un'ottica di condivisione e di collaborazione, l'azione sanitaria con il contesto sociale di riferimento, al fine di favorire la partecipazione responsabile dei cittadini.

L'Azienda Sanitaria di Nuoro, nel rispetto del principio della centralità del cittadino, assicura l'informazione e l'accoglienza nei confronti dei propri assistiti e delle relative organizzazioni, valorizzando l'ascolto per il tramite di proprie strutture dedicate.

⁴ Fonte: Atto Aziendale

La tutela del diritto alla salute e benessere del cittadino è garantita ai sensi della l.r. 10/2006 anche attraverso l'istituzione e la attivazione dell'Ufficio di Pubblica tutela, dell'Ufficio Relazioni col pubblico e del Punto unico di accesso ai servizi alla persona in ogni Distretto, il cui funzionamento viene disciplinato con apposito regolamento.

Particolare attenzione viene dedicata all'informazione tempestiva e corretta dell'offerta sanitaria e delle attività dell'Azienda, utilizzando modalità diversificate e coordinate, sviluppando un proprio sito internet nel quale sono costantemente riportati gli atti assunti, le attività svolte e i risultati ottenuti.

In tale ottica annualmente l'Azienda effettua una rendicontazione dell'attività svolta e dei progetti in corso.

Viene favorita la partecipazione anche attraverso le forme di rappresentanza locale, con l'obiettivo di acquisire contributi significativi per la qualificazione dei servizi.

Pertanto l'Azienda promuove:

- a. La diffusione costante e capillare di informazioni e comunicazioni interne ed esterne sui servizi forniti dall'Azienda e sulle novità organizzative di interesse pubblico;
- b. La fruizione dei servizi da parte dell'utenza, semplificando l'accessibilità;
- c. Lo sviluppo di attività di orientamento e di accoglienza del paziente/utente ai servizi sanitari e nelle strutture aziendali;
- d. L'individuazione di percorsi di tutela dei cittadini e la rilevazione del grado di soddisfazione dei servizi erogati.

Coinvolgimento del volontariato:

In questo contesto l'Azienda si avvale dell'opera insostituibile del volontariato, al quale riconosce un ruolo specifico che si esprime, per quanto di competenza, attraverso la valorizzazione della capacità di essere protagonista nell'offerta dei servizi, in una logica di sussidiarietà e di partecipazione attiva.

Viene a tal fine istituita la Consulta del Volontariato il cui funzionamento viene definito con apposito regolamento.

1.4. L'outcome aziendale⁵

L'Outcome aziendale, inteso come sistema delle "ricadute sociali" dell'attività ospedaliera, territoriale e dipartimentale è il seguente:

Capacità di migliorare lo stato di salute dei cittadini rispondendo, in modo appropriato ed al meglio delle possibilità, alle loro aspettative in tema di salute e di assistenza sanitaria.

1.5. Principi del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance (SMVP)

L'Azienda ha l'obiettivo di avviare un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance che generi ricadute positive per i cittadini, i quali possano anche valutare la qualità, l'adequatezza e la complessità dei servizi sanitari, oltre all'operato degli attori del servizio.

⁵ L'outcome è l'impatto, risultato ultimo di un'azione. Nella misurazione della performance ci si riferisce agli outcome per indicare la conseguenza di un'attività o processo dal punto di vista dell'utente del servizio e, più in generale, degli stakeholder. Esempi di outcome sono: il miglioramento della qualità della vita, della salute dei cittadini, ecc.. Un outcome può riferirsi al risultato immediato di un servizio o di un intervento (ad es. riduzione della percentuale di fumatori), oppure allo stato finale raggiunto (ad es. la riduzione dell'incidenza dei tumore ai polmoni). Il rapporto tra l'utilizzo di un input e l'ottenimento di un outcome può essere rappresentato in termini di efficacia.

A tal fine è prioritario superare “l'autoreferenzialità” delle valutazioni, favorendo i confronti con realtà omogenee e le valutazioni sulla qualità percepita dagli utenti.

Parametri del sistema :

- ⇒ *Qualità, sicurezza, tempestività, correttezza dei servizi erogati*
- ⇒ *L'equità in termini di accesso e risposta al bisogno specifico*
- ⇒ *L'appropriatezza⁶ delle prestazioni e delle strutture*
- ⇒ *L'efficienza nell'uso delle risorse e la massimizzazione del valore aggiunto al cittadino*

Strumenti principali:

- ⇒ Pianificazione strategica
- ⇒ Benchmarking⁷ con indicatori ministeriali
- ⇒ Analisi qualità percepita
- ⇒ Audit Clinico e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
- ⇒ Sistema di reporting
- ⇒ Sistema di erogazione selettivo delle incentivazioni al personale

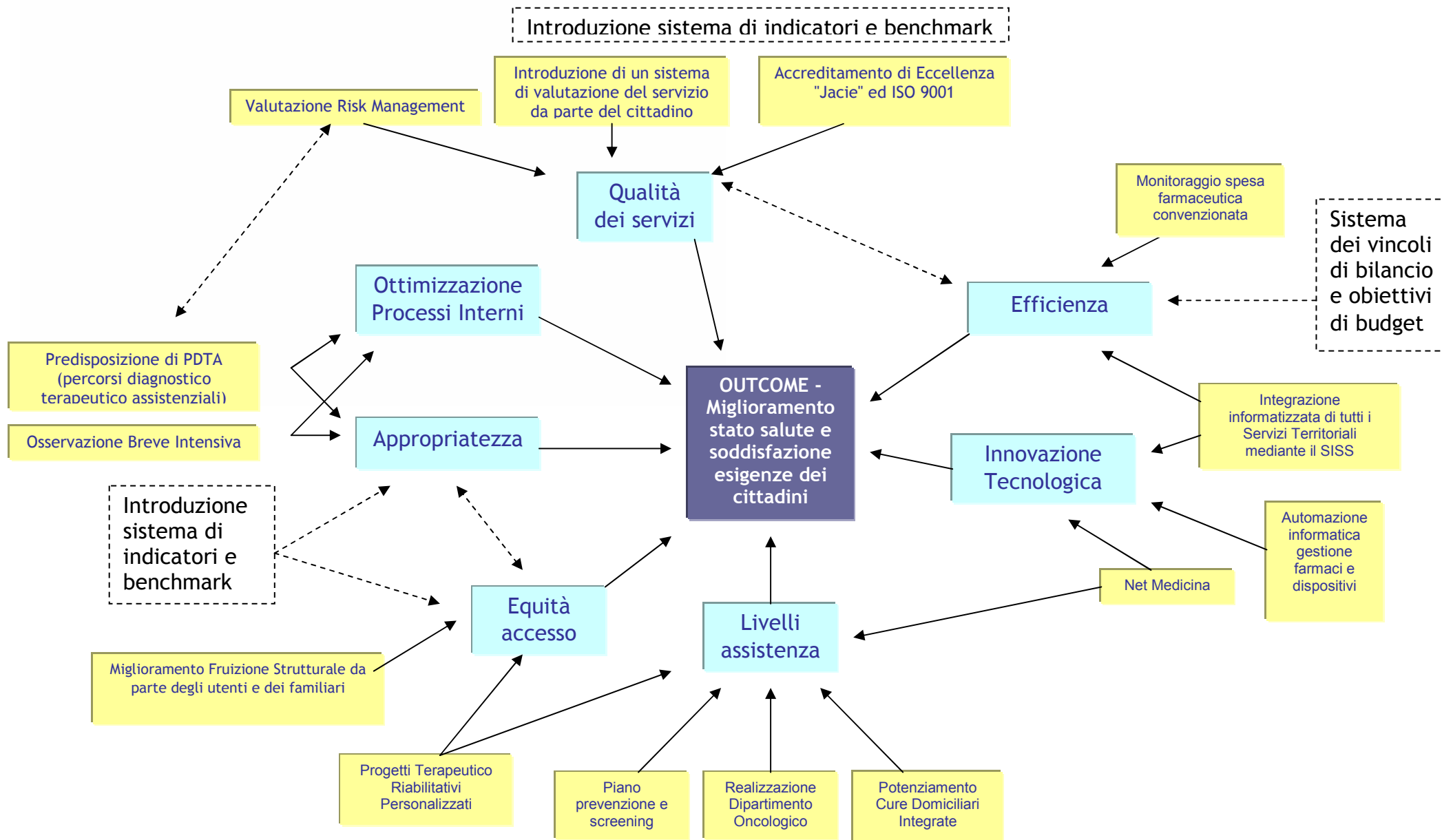
6 Ad ogni paziente il giusto livello del servizio: “niente di meno e niente di più” di quanto è necessario per rispondere adeguatamente al suo bisogno nel contesto assistenziale più efficace.

7 Il Benchmarking è un processo di confronto attraverso cui identificare, comprendere e importare, adattandole, buone pratiche sviluppate in altri contesti al fine di migliorare la performance organizzativa. Analisi di benchmarking possono essere effettuate relativamente a strategie, processi, prodotti e servizi. Il „benchmark’ è un punto di riferimento per finalità comparative o di misurazione.

Il confronto avviene con un “elemento” ritenuto il “migliore” a comunque riconosciuto come standard a cui tendere.

Il benchmarking è interno quando il confronto riguarda la medesima amministrazione o ente; esterno quando il confronto è fatto rispetto ad altre pubbliche amministrazioni nazionali o internazionali.

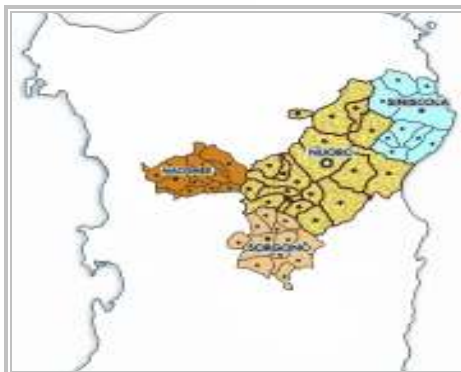
1.6. L'Albero delle Performance



2. Analisi del Contesto

2.1. Analisi del contesto esterno⁸

Seguono alcune utili tabelle per la valutazione quali-quantitativa del contesto esterno:



Popolazione e densità provinciale per distretto sanitario

| DISTRETTI SANITARI | Distretto Nuoro | Distretto Macomer | Distretto Siniscola | Distretto Sorgono | Totale ASL | Sardegna | Italia |
|----------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| N. Comuni | 20 | 10 | 9 | 13 | 52 | 377 | 8.101 |
| Superficie Km ² | 2.026 | 534 | 750 | 624 | 3.934 | 24.090 | 301.225 |
| Abitanti | 87.460 | 23.600 | 32.244 | 17.716 | 161.020 | 1.672.404 | 60.340.328 |
| Densità ab/km ² | 43,17 | 44,18 | 43,00 | 28,41 | 40,93 | 69,42 | 200,32 |

Fonte: ISTAT, popolazione per fasce di età al 01.01.2010

Distribuzione per classi di età della Popolazione ASL Nuoro - anni 2007/2010

| Distretto | Popolazione 0 - 14 | | Popolazione 15 - 64 | | Popolazione 65 e oltre | | Popolazione Totale | |
|------------------|---------------------------|------------------|----------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|---------------------------|------------------|
| | Anno 2007 | Anno 2010 | Anno 2007 | Anno 2010 | Anno 2007 | Anno 2010 | Anno 2007 | Anno 2010 |
| Nuoro | 12.369 | 11.791 | 59.855 | 58.731 | 15.957 | 16.938 | 88.181 | 87.460 |
| Macomer | 2.847 | 2.704 | 16.129 | 15.568 | 5.109 | 5.328 | 24.085 | 23.600 |

⁸ Fonte dati: Programma Sanitario Triennale d'Azienda 2011-2013

| | | | | | | | | |
|---------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| Siniscola | 4.617 | 4.532 | 21.464 | 21.977 | 5.236 | 5.735 | 31.317 | 32.244 |
| Sorgono | 2.337 | 2.096 | 11.654 | 11.227 | 4.355 | 4.393 | 18.346 | 17.716 |
| Totale | 22.170 | 21.123 | 109.102 | 107.503 | 30.657 | 32.394 | 161.929 | 161.020 |
| % sul totale | 13,69% | 13,12% | 67,38% | 66,76% | 18,93% | 20,12% | 100,00% | 100,00% |

Fonte: Dati Istat al 1° gennaio di ogni anno

L'assetto economico e produttivo dei territori della Provincia di Nuoro si caratterizza per la prevalenza di imprese che operano nel settore agropastorale, aziende spesso di piccole dimensioni che mancano di una integrazione nella produzione, trasformazione e commercializzazione dei prodotti. Complessivamente operano nei nostri territori circa 16 mila imprese di cui il 37% sono costituite da imprese agricole, seguite dalle imprese che operano nel commercio e nel settore dell'edilizia, complessivamente i tre settori costituiscono il 72% della base produttiva provinciale. Il settore turistico è sicuramente un'area in crescita che favorisce, oltre il settore alberghiero, anche il settore agro-alimentare, l'artigianato tradizionale e artistico e il settore delle costruzioni. (Fonte www.provincia.nuoro.it).

Si riporta di seguito la Situazione Occupazionale nella provincia di Nuoro

Persone in cerca di occupazione per sesso e provincia (dati in migliaia)

| Territorio considerato | MASCHI | | | FEMMINE | | | TOTALE | | |
|------------------------|--------|------|------|---------|------|------|--------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Sardegna | 30 | 41 | 47 | 37 | 44 | 44 | 67 | 85 | 91 |
| Nuoro | 6 | 4 | 4 | 6 | 5 | 2 | 12 | 9 | 6 |

Fonte: rielaborazioni Osservatorio Mercato del Lavoro Prov. Nuoro su dati ISTAT

Tasso di disoccupazione per sesso e provincia (dati percentuali)

| % | MASCHI | | | FEMMINE | | | TOTALE | | |
|-----------------|--------|------|------|---------|------|------|--------|------|-------------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Sardegna | 7,2 | 9,8 | 11,5 | 14,2 | 15,9 | 16,0 | 9,9 | 12,2 | 13,3 |
| Nuoro | 9,0 | 10,9 | 10,7 | 13,6 | 16,3 | 9,3 | 10,8 | 13,0 | 10,1 |

Fonte: rielaborazioni Osservatorio Mercato del Lavoro Prov. Nuoro su dati ISTAT

Dalle tabelle su esposte emerge che il territorio afferente all'Azienda Sanitaria di Nuoro presenta un tasso di disoccupazione pari al 10,1% nettamente inferiore a quello regionale pari a 13,3% ma fortemente superiore a quello nazionale pari a 7,8.

Si riporta di seguito la situazione sul Livello di Scolarità nella provincia di Nuoro

Alunni iscritti alla Scuola negli anni scolastici 2008-2009 e 2009-2010

| Territorio considerato | Iscritti Scuola dell'infanzia | | Iscritti Scuola primaria | | Scuola secondaria di I grado | | Scuola secondaria di II grado | |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | anno scolastico 08.09 | anno scolastico 09.10 | anno scolastico 08.09 | anno scolastico 09.10 | anno scolastico 08.09 | anno scolastico 09.10 | anno scolastico 08.09 | anno scolastico 09.10 |
| Nuoro | 4.882 | 5.103 | 11.316 | 10.823 | 7.676 | 7.233 | 13.964 | 12.962 |
| Sardegna | 27.113 | 28.602 | 66.394 | 66.640 | 45.533 | 45.301 | 83.109 | 77.831 |

FONTE: Elaborazione Osservatorio Mercato del Lavoro Prov. Nuoro dati Sistema Informativo del Ministero dell'Istruzione

Alunni iscritti alla Scuola secondaria di II grado per tipologia di Istituto anni scolastici 2008-2009 e 2009-2010

| Tipologia di istituto | Alunni frequentanti | |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | anno scolastico 08.09 | anno scolastico 09.10 |
| Licei classici | 1.540 | 1.244 |
| Licei scientifici | 4.204 | 4.101 |
| Istituti e scuole magistrali | 745 | 718 |
| Istituti tecnici | 4.927 | 4.577 |
| Istituti professionali | 2.137 | 1.949 |
| Istituti d'arte | 411 | 373 |
| Licei artistici | - | - |
| Totale | 13.964 | 12.962 |

FONTE: Elaborazione Osservatorio Mercato del Lavoro Prov. Nuoro dati Sistema Informativo del Ministero dell'Istruzione

Numero Residenti in Provincia di Nuoro immatricolati e laureati nelle università italiane negli anni accademici 2008-2009 e 2009-2010

| Territorio considerato | Numero Studenti iscritti all'Università | | Numero Laureati | |
|------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | anno accademico 08.09 | anno accademico 09.10 | anno accademico 08.09 | anno accademico 09.10 |
| Nuoro | 938 | 873 | 491 | 718 |

FONTE: Elaborazione Osservatorio Mercato del Lavoro Prov. Nuoro dati Sistema Informativo del Ministero dell'Istruzione

Livelli (tasso) di scolarità 66.38%⁹

⁹ Fonte: Osservatorio mercato del lavoro della Provincia di Nuoro - POR sardegna 2000/2006 - Misura 3.1 - Anno scolastico 2009.2010. Nota: il dato è stato ottenuto tenendo conto della popolazione residente nei vecchi confini provinciali all'01.01.2010 (Fonte Geo demo Istat)

2.2. Analisi del contesto interno¹⁰

Analisi statistica popolazione del bacino di utenza aziendale:

| A) | Informazioni demografiche e socio economiche | Valori (1) |
|----|--|----------------|
| 1 | Popolazione residente totale e per distretto, strattificata per sesso e classi di età (2) (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2010) | 161.020 |
| | <i>di cui Nuoro</i> | 87.460 |
| | <i>di cui Macomer</i> | 23.600 |
| | <i>di cui Siniscola</i> | 32.244 |
| | <i>di cui Sorgono</i> | 17.716 |
| | | |
| | <i>di cui maschi</i> | 78.976 |
| | <i>di cui femmine</i> | 82.044 |
| | | |
| | <i>di cui da 0 a 14 anni</i> | 21.123 |
| | <i>di cui da 15 a 44 anni</i> | 63.228 |
| | <i>di cui da 45 a 64 anni</i> | 44.275 |
| | <i>di cui 65 e più anni</i> | 32.394 |
| | | |
| 2 | Densità di popolazione totale e per distretto (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2010) | 40,93 |
| | <i>di cui Nuoro</i> | 43,17 |
| | <i>di cui Macomer</i> | 44,18 |
| | <i>di cui Siniscola</i> | 43,00 |
| | <i>di cui Sorgono</i> | 28,41 |
| | | |

¹⁰ Fonte dati: Programma Sanitario Triennale d'Azienda 2011-2013



| | | |
|----------|---|---------------|
| 3 | Indice di vecchiaia totale e per sesso (3) (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2010) | 153,36 |
| | <i>di cui maschi</i> | 123,50 |
| | <i>di cui femmine</i> | 185,32 |
| 4 | Indice di invecchiamento totale e per sesso (4) (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2010) | 20,12 |
| | <i>di cui maschi</i> | 17,08 |
| | <i>di cui femmine</i> | 23,04 |
| 5 | Tasso di natalità generale (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2010) | 8,38 |
| 6 | Tasso di mortalità generale (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2010) | 9,56 |
| 7 | Tasso di mortalità generale stratificato per sesso, standardizzato per età (Fonte CEA Aziendale - Anno 2009 -) | |
| | <i>di cui maschi</i> | 568,06 |
| | <i>di cui femmine</i> | 480,85 |
| 8 | Popolazione straniera residente totale e per distretto , stratificata per sesso e per classi di età (2) (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2010) | 2.811 |
| | <i>di cui Nuoro</i> | 1.205 |
| | <i>di cui Macomer</i> | 331 |
| | <i>di cui Siniscola</i> | 1.100 |
| | <i>di cui Sorgono</i> | 175 |
| | <i>di cui maschi</i> | 1.301 |
| | <i>di cui femmine</i> | 1.510 |



| | | |
|--|-------------------------------|-------|
| | <i>di cui da 0 a 14 anni</i> | 342 |
| | <i>di cui da 15 a 44 anni</i> | 1.673 |
| | <i>di cui da 45 a 64 anni</i> | 693 |
| | <i>di cui 65 e più anni</i> | 103 |
| | | |

Analisi epidemiologica popolazione del bacino di utenza aziendale:

| B) | | Informazioni sanitarie e epidemiologiche | |
|-----------|--|---|-----------------|
| 1 | Tasso di mortalità specifico per le principali cause di morte, totale e per sesso, standardizzato per età (Fonte CEA aziendale - Anno 2009 -) | | |
| | Tasso di mortalità grezzo (x 100.000) | | 955,12 |
| | <i>di cui maschi</i> | | 996,66 |
| | <i>di cui femmine</i> | | 915,16 |
| 1 | Tasso di mortalità specifico per le principali cause di morte, totale e per sesso, standardizzato per età (Fonte CEA aziendale - Anno 2009 -) | | |
| | Principali cause di Morte: | Tasso Grezzo | Tasso Standard. |
| | -Apparato circolatorio: | 328,90 | 172,03 |
| | <i>di cui maschi</i> | | 168,75 |
| | <i>di cui femmine</i> | | 165,06 |
| | '- Tumori maligni: | 252,09 | 164,53 |
| | <i>di cui maschi</i> | | 183,89 |
| | <i>di cui femmine</i> | | 139,02 |
| | -Apparato respiratorio: | 69,99 | 35,34 |
| | <i>di cui maschi</i> | | 38,06 |
| | <i>di cui femmine</i> | | 30,72 |
| | -Cause accidentali: | 46,45 | 33,39 |
| | <i>di cui maschi</i> | | 44,17 |
| | <i>di cui femmine</i> | | 22,31 |
| | -Apparato digerente: | 52,64 | 33,06 |
| | <i>di cui maschi</i> | | 44,47 |
| | <i>di cui femmine</i> | | 20,8 |
| | -Sistema nervoso: | 42,73 | 21,97 |



| | | | | |
|--|--|-------------------------------|-------|-------|
| | | <i>di cui maschi</i> | | 22,12 |
| | | <i>di cui femmine</i> | | 21,22 |
| | | '- <i>Malattie endocrine:</i> | 34,06 | 19,90 |
| | | <i>di cui maschi</i> | | 18,97 |
| | | <i>di cui femmine</i> | | 19,86 |
| | | - <i>Apparato genitourin:</i> | 21,67 | 11,01 |
| | | <i>di cui maschi</i> | | 6,03 |
| | | <i>di cui femmine</i> | | 15,69 |
| | | - <i>Sangue:</i> | 6,81 | 3,97 |
| | | <i>di cui maschi</i> | | 5,56 |
| | | <i>di cui femmine</i> | | 2,33 |
| | | '- <i>Infettive:</i> | 4,95 | 2,46 |
| | | <i>di cui maschi</i> | | 2,13 |
| | | <i>di cui femmine</i> | | 2,75 |
| | | - <i>Altro:</i> | | n.d. |

| 2 Incidenza dei primi 30 Drg in consumo, totali e stratificati per regime di ricovero (Fonte File A aziendale 2009) | | Incidenza % rispetto al totale dei Drg |
|--|--|---|
| N. | Regime di ricovero ordinario | |
| 1 | NEONATO NORMALE (drg 391) | 5,27% |
| 2 | PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI (drg 373) | 4,38% |
| 3 | PARTO CESAREO SENZA CC (drg 371) | 2,72% |
| 4 | DOLORE TORACICO (drg 143) | 2,59% |
| 5 | INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK (drg 127) | 2,44% |
| 6 | ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC (drg 183) | 2,37% |
| 7 | EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (drg 087) | 1,63% |
| 8 | INSUFFICIENZA RENALE (drg 316) | 1,57% |
| 2 | Incidenza dei primi 30 Drg in consumo, totali e stratificati per regime di ricovero (Fonte File A aziendale 2009) | Incidenza % rispetto al totale dei Drg |
| N. | Regime di ricovero ordinario | |



| | | |
|-----------|---|-------|
| 9 | INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC (drg 359) | 1,43% |
| 10 | MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (drg 088) | 1,35% |
| 11 | EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CELEBRALE (drg 014) | 1,32% |
| 12 | INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC (drg 311) | 1,18% |
| 13 | ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17 (drg 395) | 1,18% |
| 14 | ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE (drg 467) | 1,16% |
| 15 | TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA` < 18 (drg 060) | 1,00% |
| 16 | ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC (drg 139) | 0,96% |
| 17 | MINACCIA DI ABORTO (drg 379) | 0,94% |
| 18 | PSICOSI (drg 430) | 0,92% |
| 19 | NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE (drg 390) | 0,92% |
| 20 | AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO (drg 243) | 0,84% |
| 21 | ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO (drg 065) | 0,81% |
| 22 | NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS (drg 203) | 0,80% |
| 23 | POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA` > 17 CON CC (drg 089) | 0,75% |
| 24 | ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 CON CC (drg 182) | 0,74% |
| 25 | APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC (drg 167) | 0,74% |
| 26 | NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (drg 082) | 0,73% |
| 27 | MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA (drg 055) | 0,70% |
| 28 | MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA (drg 125) | 0,70% |
| 29 | SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC (drg 142) | 0,69% |
| 30 | ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA (drg 381) | 0,68% |
| N. | Regime di ricovero Diurno | |

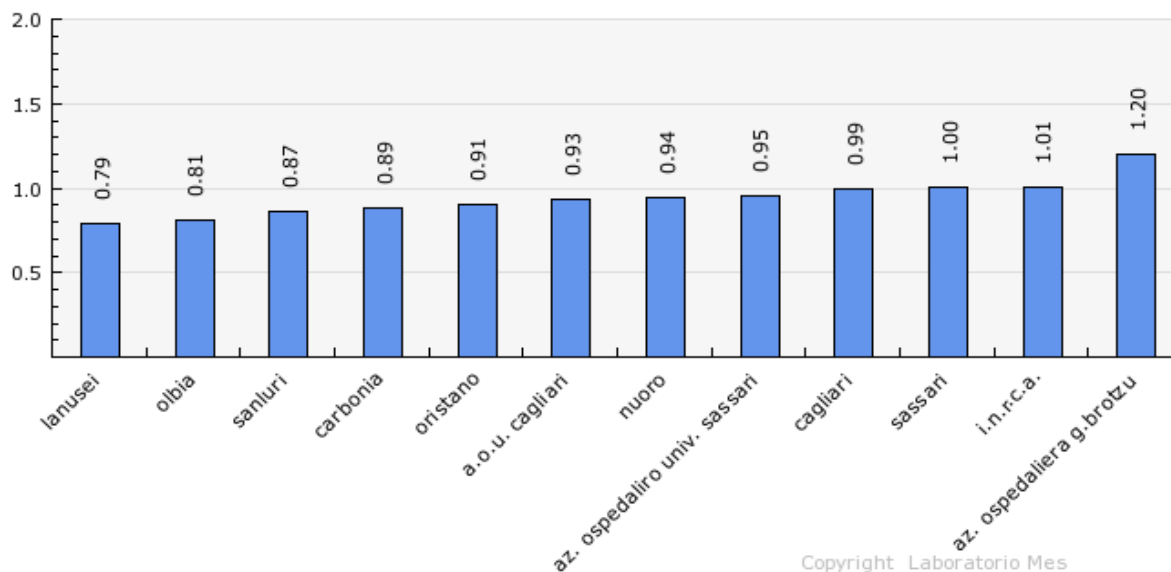
| | | |
|----|--|-------|
| 1 | INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA (drg 039) | 9,73% |
| 2 | ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA (drg 411) | 5,38% |
| 3 | MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC (drg 206) | 5,24% |
| 4 | CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA (drg 410) | 4,16% |
| 5 | ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA (drg 381) | 3,82% |
| 6 | LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC (drg 404) | 3,53% |
| 7 | DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE (drg 006) | 3,00% |
| 8 | NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC (drg 319) | 2,71% |
| 9 | DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI (drg 364) | 2,43% |
| 10 | CIRROSI E EPATITE ALCOLICA (drg 202) | 2,19% |
| 11 | ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE (drg 467) | 2,17% |
| 12 | ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE (drg 384) | 2,00% |
| 13 | ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17 (drg 395) | 1,83% |
| 14 | NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC (drg 275) | 1,78% |
| 15 | DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELLAPPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE (drg 369) | 1,62% |
| 16 | ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC (drg 332) | 1,47% |
| 17 | NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO DIGERENTE, SENZA CC (drg 173) | 1,37% |
| 18 | INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC (drg 359) | 1,31% |
| 19 | NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC (drg 347) | 1,29% |
| 20 | NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS (drg 203) | 1,28% |
| 21 | MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC (drg 241) | 1,22% |
| 22 | INSUFFICIENZA RENALE (drg 316) | 1,16% |
| 23 | SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE (drg 013) | 1,14% |



| | | |
|----------|--|----------------|
| 24 | NEOPLASIE DELLAPPARATO RESPIRATORIO (drg 082) | 1,14% |
| 25 | ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELLAPPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC (drg 183) | 1,12% |
| 26 | CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI (drg 323) | 1,11% |
| 27 | ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA (drg 412) | 1,07% |
| 28 | INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC (drg 162) | 1,07% |
| 29 | ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC (drg 270) | 1,07% |
| 30 | INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO (drg 042) | 1,04% |
| | | |
| 3 | Rapporto MMG/1000 abitanti (Fonte: MMG:modello ministeriale FLS12 anno 2009; Popolazione: Geo Demo Istat all'01.01.2010) | 0,826 |
| 4 | Rapporto PLS/1000 abitanti (Fonte: PLS:modello ministeriale FLS12 anno 2009; Popolazione: Geo Demo Istat all'01.01.2010) | 0,143 |
| 5 | Consumo di farmaci (spesa netta) pro capite (Fonte: spesa farmaceutica convenzionata anno 2009 Bilancio d'Esercizio, rapportata alla popolazione all'01.01.2010 (Fonte Istat)) | 200,87 |
| 6 | Mortalità evitabile | n.d |
| 7 | Ricoveri per 1000 abitanti (Fonte: file A anno 2009) Nota: totale ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere aziendali rapportati alla popolazione residente all'01.01 2010 (Fonte Geo Demo Istat) | 169,36 |
| 8 | Mobilità extraregionale per ricoveri ospedalieri (Fonte: File A regionale Mobilità passiva anno 2009) | 1.722 |
| 9 | Tassi di abortività (Fonte dati: File A Aziendale e regionale per la Mobilità Passiva; Popolazione: dati Istat al 01.01.2009) | 5,59 %o |

Peso medio DRG:

Peso medio DRG Ricoveri Ordinari



Analisi nell'area dell'assistenza collettiva, ambiente di vita e di lavoro:

| | | |
|----------|---|--------------|
| 1 | Numero di imprese industriali, stratificate per settore produttivo e dimensione (piccola, media e grande) (5) | n.d |
| 2 | Numero di cantieri edili in attività (Fonte aziendale - Anno 2009 -) | 520 |
| 3 | Numero di allevamenti bovini, suini e ovini e numerosità dei capi (Fonte aziendale al 31.12.2009) | 7.044 |
| | Bovini | 1.796 |
| | n. dei capi | 56.773 |
| | Ovi-caprini | 3.098 |
| | n. dei capi | 714.455 |
| | Suini | 2.150 |
| | n. dei capi | 15.732 |
| 4 | Numero di strutture di trasformazione e/o distribuzione alimentare per settore di attività (6) (Fonte aziendale - Anno 2009-) | 2.799 |



| | | |
|----------|---|--------------|
| | Produzione primaria | 16 |
| | Produttori e/o confezionatori di alimenti di origine vegetale e di prodotti dolciari | 410 |
| | Distribuzione | 754 |
| | <i>di cui ingrosso</i> | 84 |
| | <i>di cui dettaglio</i> | 670 |
| | trasporti | 177 |
| | ristorazione | 1.442 |
| 5 | Infortunati sul lavoro, distinti per gravità (Fonte dati Inail 2009 - Non possibile la suddivisione per gravità) | 1.900 |

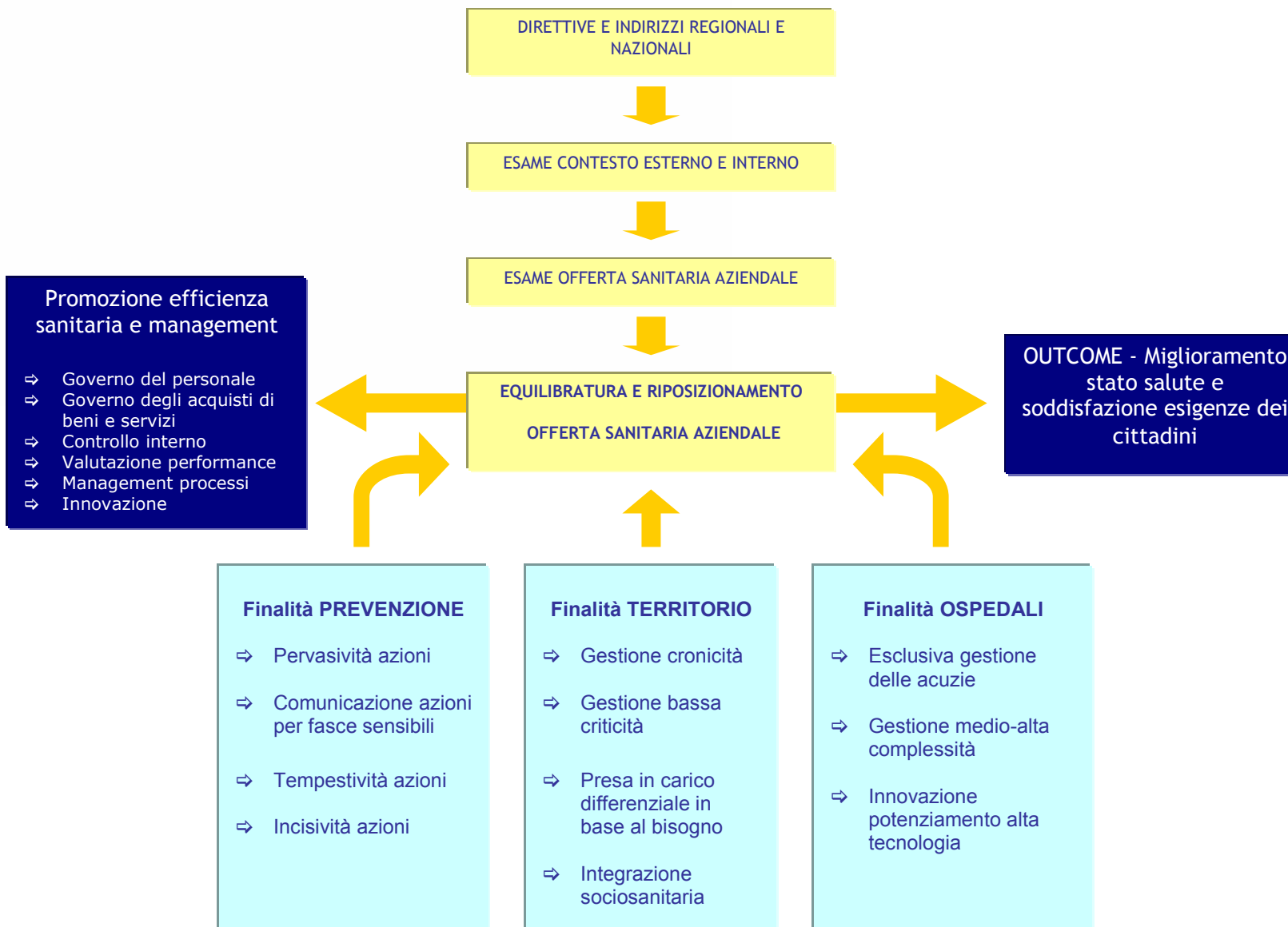
OFFERTA POSTI LETTO

| Struttura | Posti letto D.O. | Posti letto D.H./S. | Totale p.l. |
|---------------------------------|------------------|---------------------|-------------|
| P.O. San Francesco | 328 | 42 | 370 |
| di cui Dipart. Cure mediche | 147 | 22 | 169 |
| di cui Dipart. Cure chirurgiche | 148 | 18 | 166 |
| di cui Dipart. Area critica | 22 | 1 | 23 |
| di cui SPDC | 11 | 1 | 12 |
| P.O. C. Zonchello | 42 | 23 | 65 |
| P.O. S. Camillo | 42 | 3 | 45 |

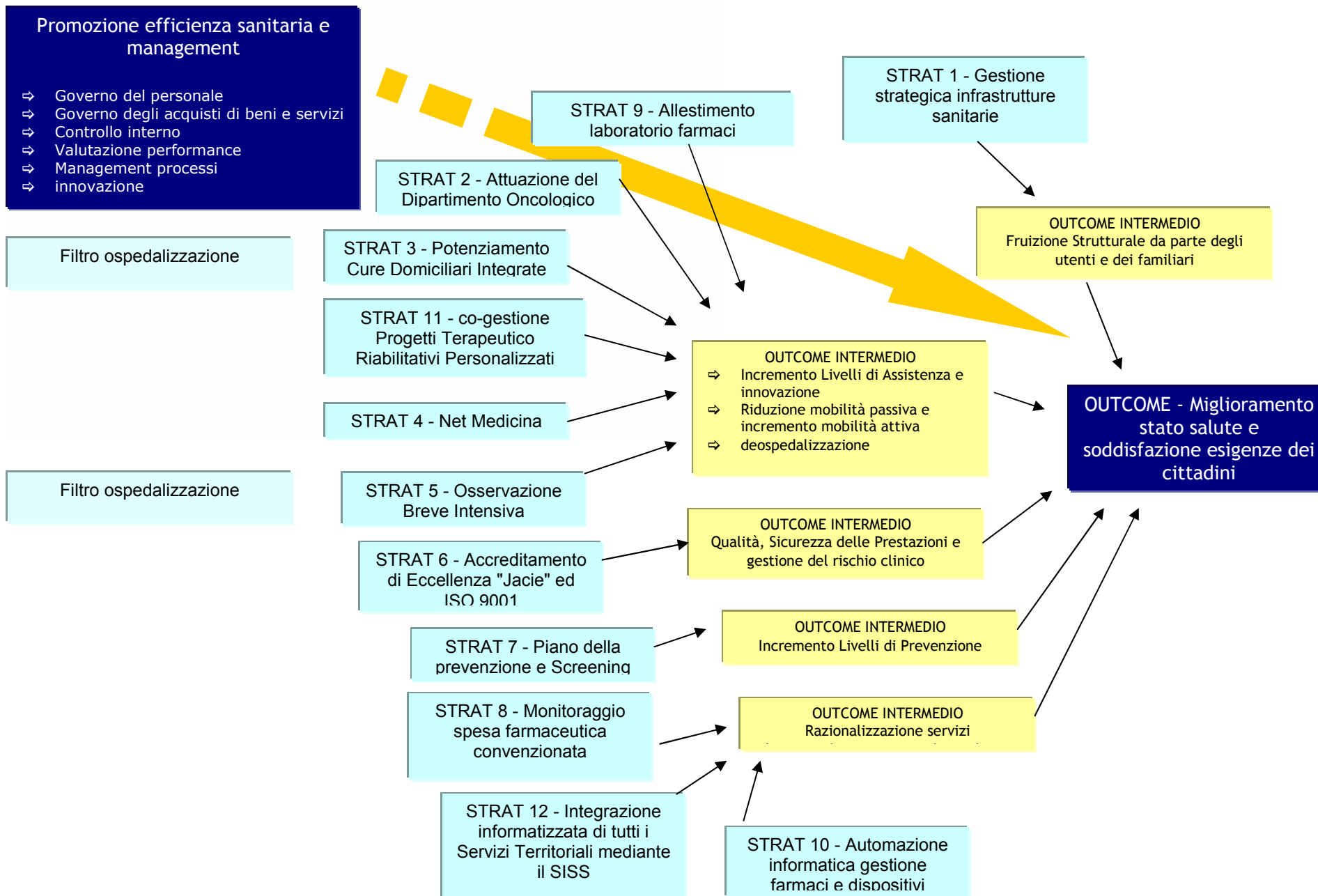
Fonte: Modelli ministeriali HSP 12 e 22 bis e atti interni aziendali

3. Obiettivi Area Strategica

3.1 Area strategica aziendale



3.2 Concatenazione outcome - strategie Programmazione Sanitaria 2011-13



3.3 Tabella delle strategie - obiettivi - indicatori della Programmazione Sanitaria 2011-13

| codice | strategia | contenuti | obiettivi | indicatori | riferimenti |
|---|---|---|---|--|---|
| STRAT 1 Efficienza strutturale | Gestione, sicurezza e energia nelle infrastrutture sanitarie. | Consiste nell'offrire ai propri pazienti, ai familiari, al personale e ai visitatori, una infrastruttura sicura, funzionale e recettiva attraverso una gestione efficace delle infrastrutture, degli impianti e delle apparecchiature elettromedicali anche attraverso l'utilizzo di fonti energetiche alternative. | Il progetto permette di ottenere il monitoraggio della gestione degli edifici, degli impianti e delle apparecchiature elettromedicali consentendo di riprogrammare costantemente le attività di intervento al fine di mantenere in efficienza e a norma le infrastrutture aziendali. | Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle opere indicate nella scheda OB. 1 | Scheda OB. 1 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013 |
| STRAT 2 Potenziamento attività assistenziale | Attuazione del Dipartimento Oncologico Aziendale | Piena realizzazione del Polo Oncologico nuorese mediante strutturazione del Dipartimento Oncologico ed Implementazione dei trattamenti tomo ed IGRT ed inizio lavori centro PET; Potenziamento nell'ambito dell'attuale Day Hospital dell'attività erogata dall'U.O. di Oncologia (DH 12). | L'obiettivo strategico è quello di: eliminare la mobilità passiva ed incrementare la mobilità attiva nelle terapie oncologiche; avviare un Polo sanitario di attrattiva nazionale; innalzare gli Standard qualitativi mediante l'applicazione di linee guida condivise. | Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni indicate nella scheda OB. 2 | Scheda OB. 2 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013 |
| STRAT 3 Deospedalizzazione e appropriatezza | Cure Domiciliari Integrate | Riorganizzare il sistema delle cure domiciliari aziendali integrando le attività erogate dai diversi servizi sotto una gestione omogenea. | Miglioramento della qualità di assistenza verso i pazienti e contemporanea deospedalizzazione in termini di ricovero e di assistenza specialistica. | Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni indicate nella scheda OB. 3 ⇒ Numero assistiti nelle cure domiciliari 2011-13 > al 2.7 / 3.0 / 3.5 %. ⇒ Numero di presa in carico rispetto al totale delle valutazioni = 100% | Scheda OB. 3 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013 |
| STRAT 4 Deospedalizzazione, appropriatezza, equità di accesso, innovazione | Attivazione della NetMedicina | Strategia volta al miglioramento della qualità dei Servizi Sanitari, al potenziamento delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie territoriali ed alla riduzione del ricorso improprio ed eccessivo all'ospedalizzazione ordinaria, attraverso gli strumenti di controllo medico a distanza. Monitoraggio costante del paziente a domicilio per mezzo di elettrodi a lui applicati e direttamente collegati, tramite web o telefono alla stazione centrale ospedaliera o ambulatoriale o ad un computer posizionato presso il domicilio del paziente. | Migliorare la qualità dei Servizi Sanitari, potenziare le prestazioni sanitarie e socio sanitarie territoriali, ridurre il ricorso improprio ed eccessivo all'ospedalizzazione ordinaria, diminuire i disagi legati ai trasferimenti del paziente dal proprio domicilio al presidio ospedaliero. Risparmio economico a livello familiare e riduzione dei disagi del paziente per minori trasferimenti del paziente dal proprio domicilio al presidio ospedaliero. | Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni indicate nella scheda OB. 4 Monitoraggio 2011 pazienti cardiopatici e broncopneumopatici cronici con coinvolgimento, in prima istanza, dei reparti di Geriatria, Medicina e Pneumologia. | Scheda OB. 4 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| <p>STRAT 5</p> <p>Deospedalizzazione, appropriatezza, equità di accesso</p> | <p>Attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)</p> | <p>Riduzione dei ricoveri impropri dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e contenimento del carico di lavoro dei reparti ospedalieri riceventi.</p> | <p>A) Obiettivo organizzativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. migliorare l'appropriatezza di ammissione / dimissione dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso, che presentano quadri clinici non ancora definiti. 2. Effettivo utilizzo del 1° modulo di 4 posti letto attrezzati e monitorizzati attualmente disponibili con l'adeguamento dell'Organico medico / infermieristico e di supporto secondo le direttive di Accredimento Regionali <p>B) Obiettivi assistenziali.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. assicurare una valutazione protratta ai pazienti che presentano quadri clinici non diagnostici dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso; 2. assicurare la valutazione di patologie a bassa probabilità e elevato rischio evolutivo (dolore toracico); 3. assicurare una osservazione prolungata e un approfondimento diagnostico per le patologie a probabilità intermedia e rischio intermedio (dolore addominale-politrauma senza segni di compromissione sistemica all'ingresso); 4. trattamento iniziale ospedaliero di patologie a rapida risoluzione (idratazione, dolore acuto). | <p>Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni indicate nella scheda OB. 5</p> <p>Attività di filtro verso le altre UU.OO. interne da realizzarsi attraverso criteri di appropriatezza stabiliti dalla:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ creazione di linee guida interne che permetteranno di ridurre in maniera sicura ed efficace i ricoveri impropri ⇒ ricoveri impropri limitanti al 30% degli accessi alle strutture. | <p>Scheda OB. 5 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013</p> |
| <p>STRAT 6</p> <p>Qualità e organizzazione processi interni</p> | <p>Attivazione progetto di Accredimento di Eccellenza "Jacie" ed ISO 9001</p> | <p>Definire un sistema oggettivo di qualità dell'organizzazione del servizio attraverso l'Accreditamento delle strutture Ematologia e Centro Trapianti Laboratorio di Citogenetica.</p> | <p>Ottenimento di un riconoscimento ufficiale della propria organizzazione al fine di avere oggettiva confrontabilità con servizi omogenei. Miglioramento della partecipazione attiva di tutti i componenti del gruppo creando spirito di squadra.</p> | <p>Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni indicate nella scheda OB. 6</p> <p>Avvio processo nel 2011 e 1° Accredimento (durata triennale) della struttura di Ematologia nel 2012; Completamento applicazione dei 10 protocolli predisposti e integrazione con il sistema di qualità Aziendale.</p> <p>Attivazione protocolli</p> | <p>Scheda OB. 6 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013</p> |
| <p>STRAT 7 A-B-C-D-E-F</p> | <p>Piano della prevenzione aziendale</p> | <p>STRAT 7 A Programma di screening oncologici: ⇒ carcinoma della mammella;</p> | <p>Sviluppo della comunicazione finalizzata alla sensibilizzazione attraverso la presentazione di dati</p> | <p>Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni e degli screening indicati nella</p> | <p>Schede OB. 7 A-B-C-D-E-F della programmazione</p> |



| | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| <p>Potenziamento attività assistenziale, equità di accesso e Prevenzione</p> | | <p>⇒ cervicocarcinoma; ⇒ carcinoma del colon retto</p> <p>STRAT 7 B ⇒ Prevenzione delle complicanze del diabete</p> <p>STRAT 7 C ⇒ Prevenzione e Sorveglianza Incidenti Domestici</p> <p>STRAT 7 D ⇒ Sostegno all'Allattamento al seno</p> <p>STRAT 7 E ⇒ Prevenzione dell'obesità e delle malattie cardiovascolari</p> <p>STRAT 7 F ⇒ Piano di riassetto dello S.Pre.S.A.L.</p> | <p>epidemiologici valicati. Maggiore consapevolezza da parte dei cittadini dei vantaggi e dei limiti dei programmi di screening per un 'adesione ottimale e economicamente vantaggiosa. Riduzione dei ricoveri per "Diabete" (ridurre il numero delle amputazioni, ridurre il numero dei pazienti in dialisi, ridurre i casi di cecità per diabete, ridurre gli eventi cardiovascolari). Riduzione rischi in ambienti domestici con effetti sulla morbilità/mortalità e invalidità evitabile con miglioramento della qualità di vita dei soggetti e contemporaneamente un contenimento della spesa legata agli interventi sanitari/sociali (PS, Ricovero, Invalidità civile). Sensibilizzazione e counseling nei confronti delle mamme e creazione di una rete tra operatori dedicati (punti nascita, consultori, Pediatri di base). Comunicazione di corrette informazioni sulle scelte alimentari e sulle abitudini di vita utili a proteggere il nostro organismo dall'obesità, dal diabete e dalle malattie cardiovascolari. L'acquisizione delle informazioni corrette rappresenta un primo passo verso le modifiche di comportamento che a lungo termine dovrebbe portare ad una diminuzione dell'incidenza delle malattie cardiovascolari. Promozione dello sviluppo di una nuova cultura della sicurezza nei lavoratori e di una nuova cultura della sicurezza del lavoro</p> | <p>scheda OB. 7 A-B-C-D-E-F</p> | <p>sanitaria d'azienda 2011-2013</p> |
| <p>STRAT 8 Efficienza e appropriatezza</p> | <p>Manovre per il monitoraggio della Spesa Farmaceutica Convenzionata</p> | <p>Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica attraverso: ⇒ Controllo delle prescrizioni del 100% dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, in particolare per le categorie di farmaci previsti nell'ACR 2010 (spesa inferiore al 40%); ⇒ Educazione sanitaria sull'utilizzo corretto del farmaco e della sua</p> | <p>Responsabilizzazione dei medici prescrittori attraverso il monitoraggio continuo. Miglioramento dell'Appropriatezza con positivi effetti economici consentendo un contenimento del trend di crescita di tale voce di spesa.</p> | <p>Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni indicate nella scheda OB. 8 ⇒ Trasmissione report periodici ai MMG e PLS (100% di copertura) da parte del Servizio Farmaceutico Territoriale ⇒ Analisi periodica dei dati di</p> | <p>Scheda OB. 8 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013</p> |



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| | | conservazione rivolta all'utenza. | | <p>spesa da parte dei distretti Sanitari di competenza; Notifica al medico prescrittore, anche per tramite del Gruppo di Appropriatezza, delle eventuali incongruenze ed attivazione delle sanzioni previste dalla normativa.</p> <p>⇒ Definizione della Brochure informativa</p> | |
| <p>STRAT 9</p> <p>Organizzazione processi interni, efficienza e potenziamento attività assistenziale</p> | Allestimento laboratorio centralizzato per la preparazione dei farmaci antiblastici | Realizzare di un laboratorio centralizzato per la preparazione di farmaci antiblastici. | <p>Centralizzazione della preparazione antiblastici;</p> <p>Standardizzazione procedure;</p> <p>Riduzione dei rischi a carico del personale esposto;</p> <p>Riduzione errori nella somministrazione farmaci;</p> <p>Verifica prescrizioni farmaci e protocolli terapeutici;</p> <p>Riduzione costi;</p> <p>Diminuzione errori terapeutici.</p> | <p>Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni indicate nella scheda OB. 9</p> <p>⇒ Stesura delle procedure;</p> <p>⇒ Realizzazione dei locali, secondo quanto prescritto dalla normativa vigente.</p> | Scheda OB. 9 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013 |
| <p>STRAT 10</p> <p>Efficienza, innovazione e organizzazione processi interni</p> | Automazione informatica della gestione dei farmaci e dei dispositivi medici c/o l'U. O. di Farmacia del P.O. "S. Francesco" di Nuoro. | Automazione informatica della gestione dei farmaci e dei dispositivi medici c/o l'U. O. di Farmacia del P.O. "S. Francesco" per il Governo e razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera e per l'ottimizzazione delle scorte e della logistica; stoccaggio merci più razionale; efficace approvvigionamento dei reparti. | <p>Gestione ottimale delle giacenze e dei farmaci scaduti: Automazione Informatica degli Armadi che contengono tali dispositivi. Realizzazione di locali che ospiteranno 3 armadi per la gestione dei dispositivi; acquisizione e installazione degli stessi; avvio delle procedure.</p> | Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni indicate nella scheda OB. 10 | Scheda OB. 10 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013 |
| <p>STRAT 11</p> <p>Efficienza, equità di accesso e organizzazione processi interni</p> | Attivazione del programma di co-gestione pubblico-privata dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP) nei Servizi del DSMD | Dipartimento salute Mentale e Dipendenze: Personalizzazione e finalizzazione ottimale degli interventi di SM, con azioni misurabili e verificabili nel tempo; Spostamento dell'assistenza dalla segregazione in comunità quasi sempre chiuse e autoreferenziali (un ambito molto costoso e poco produttivo di risultati) ad un ambito (il PTRP) che non sradica il paziente assistito dal territorio di appartenenza. | <p>Valorizzazione delle risorse (formali ed informali) del contesto familiare e ambientale per facilitare la verifica di appropriatezza degli interventi e la verifica di congruità dei costi, in rapporto ai risultati programmati, contrattati ed attesi nella salute mentale.</p> <p>Orientamento dell'offerta dei servizi mediante un lavoro per processi e superamento del dispendioso, poco efficace e poco misurabile sistema 'a prestazione'.</p> <p>Messa al centro del servizio il "progetto di vita" dell'Utente anziché il semplice contenimento dei sintomi che il suo</p> | <p>Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni indicate nella scheda OB. 11</p> <p>⇒ Espletamento Gara di evidenza pubblica</p> <p>⇒ Co-gestione primo nucleo PTRP Pazienti in Strutture Residenziali extra ASL</p> <p>⇒ Passaggio competenze Gruppo Famiglia al "CT alto livello"</p> <p>⇒ Introduzione indicatori di processo e di risultato</p> | Scheda OB. 11 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013 |



| | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|
| <p>STRAT 12</p> <p>Innovazione e organizzazione processi interni</p> | <p>Servizio Socio Sanitario: Integrazione informatizzata (Organizzativa e Professionale) di tutti i Servizi Territoriali mediante il SISS</p> | <p>L'esigenza di migliorare l'integrazione socio-sanitaria è condivisa a tutti i livelli decisionali tuttavia, nel concreto, la realizzazione dell'integrazione incontra difficoltà per mancanza di idonei strumenti operativi. Il progetto mira a fornire a tutti i Servizi Territoriali una dotazione strumentale (hardware e software), una formazione finalizzata e in definitiva uno strumento operativo che permette di unificare e semplificare i linguaggi e le procedure, garantisce la tracciabilità degli interventi onde evitare un'erogazione di servizi disomogenea, consente le necessarie verifiche e la valutazione corretta dei carichi di lavoro e permette l'attivazione e la regolare implementazione degli Osservatori delle politiche sociali e sociosanitarie.</p> | <p>disagio e la sua malattia producono.</p> <p>Dare concretezza operativa ai bisogni di integrazione socio-sanitaria. Fornire a tutti gli Operatori ai quali è richiesto un impegno sistematico di integrazione professionale, organizzativa, istituzionale e comunitaria, uno strumento concreto sicuramente funzionale allo scopo.</p> | <p>Realizzazione, nel rispetto tempi previsti, delle azioni indicate nella scheda OB. 12</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 2011 - Completamento piano di formazione per Dirigenti e Operatori ⇒ 2012 - Sperimentazione del SISS nei Servizi DSMD di almeno due ambiti distrettuali ⇒ 2013 - Attivazione del SISS nei Servizi DSMD di tutti i quattro ambiti distrettuali | <p>Scheda OB. 12 della programmazione sanitaria d'azienda 2011-2013</p> |
|---|---|--|--|--|---|

3.4 Strategia Aziendale Supplementare

Tra i rischi che un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) deve evitare, uno dei principali è la “autoreferenzialità”, cioè il riferimento della performance esclusivamente alla realtà aziendale senza lasciare spazio al confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti, gli impatti e gli eventuali spazi di miglioramento, rispetto ad una realtà “terza”.

A tal fine appare opportuno potenziare la valutazione della performance aziendale con riguardo ai seguenti aspetti:

A. Benchmarking con indicatori ministeriali

il monitoraggio della dinamica aziendale rispetto al sistema di indicatori ministeriali che verifica le seguenti dimensioni significative:

- assistenza ospedaliera - *governo della domanda*
- assistenza ospedaliera - *efficienza*
- assistenza ospedaliera - *appropriatezza*
- assistenza ospedaliera - *qualità clinica*
- assistenza distrettuale - *assistenza ambulatoriale e diagnostica*
- assistenza distrettuale - *efficacia assistenziale patologie croniche*
- assistenza farmaceutica - *efficienza*
- assistenza sanitaria collettiva e di prevenzione - *diffusione screening campione*

B. Monitoraggio della qualità percepita dagli utenti

Oltre al benchmarking con gli indicatori ministeriali, l'Azienda intende avviare un sistema per il monitoraggio sistematico e periodico della qualità percepita dagli utenti. Il sistema funzionerà in via sperimentale nel 2011 e fornirà dati utili per la costruzione di appositi indicatori di qualità percepita per unità operativa in vista degli obiettivi che verranno attribuiti con i prossimi Piani della Performance.

Altro tassello ritenuto significativo e fruttuoso di esperienze utili alla crescita aziendale e del management, verte sulla costruzione, misurazione e miglioramento dei processi interni:

A. Audit clinici e definizione di “PDTA”

L'avvio e l'esame sistematico ed indipendente dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) è mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti sono “in accordo con quanto stabilito e se quanto stabilito viene effettuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento”.

Pertanto l'azienda intende avviare e potenziare questo processo di “audit clinico”, attraverso una “revisione tra pari”, strutturata come strumento di analisi critica e sistematica, di verifica dell'appropriatezza, efficacia e qualità della performance clinico-assistenziale delle attività e dei risultati a confronto con standard espliciti, concordati, misurabili e modificabili se necessario.

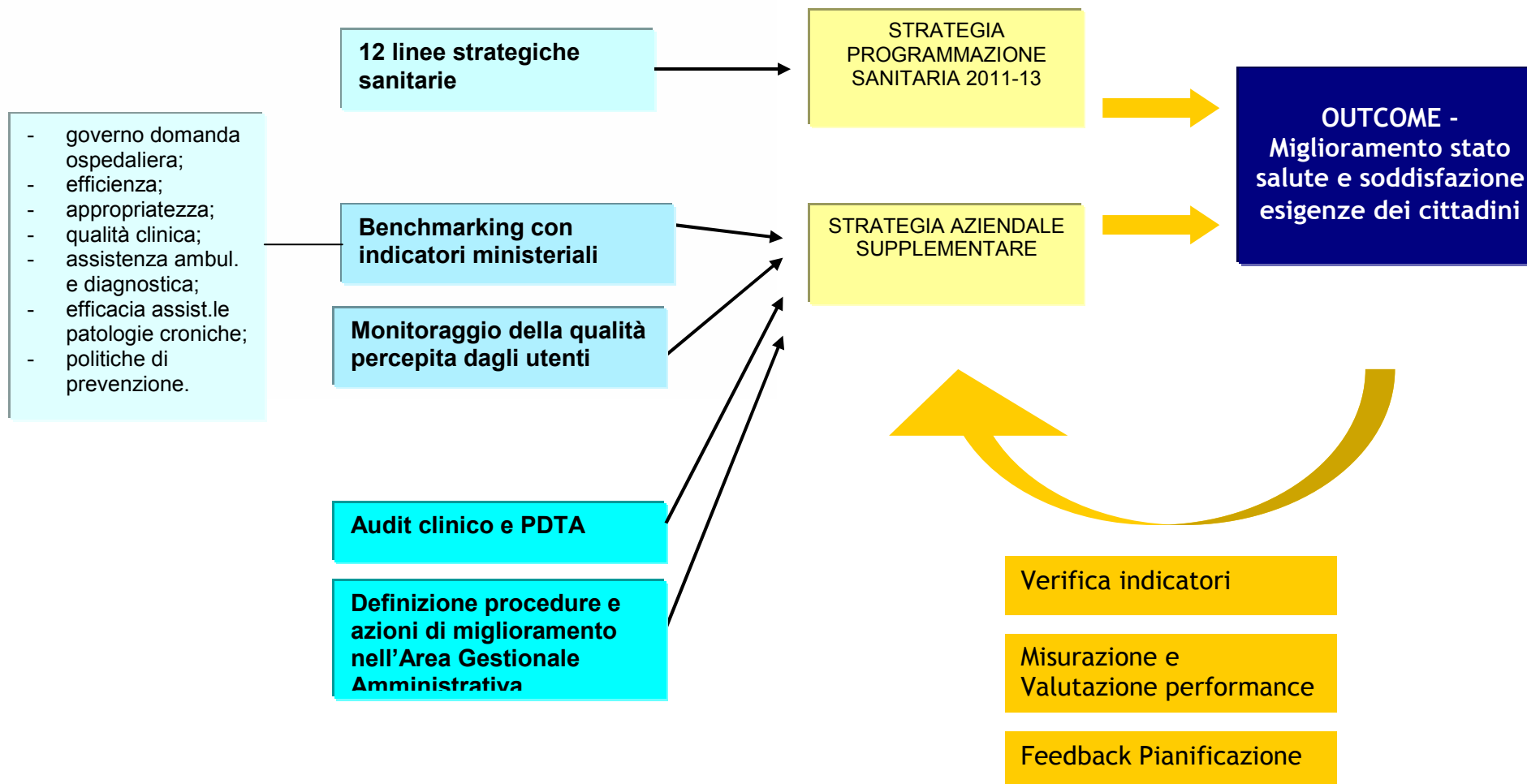
Come nel precedente punto, il sistema dovrà essere avviato nel 2011 con una definizione delle PDTA che parta dall'osservazione della pratica e dalla raccolta dati, in modo da fornire evidenze utili per la costruzione di appositi indicatori per unità operativa in vista del Piano della Performance 2012-2014.

B. Definizione di procedure e azioni di miglioramento nell'Area Gestionale Amministrativa

La definizione, anche a livello interdipartimentale, delle procedure per i processi standard dell'area gestionale a supporto di quella socio-sanitaria, è utile per favorire il confronto tra le differenti esperienze di gestione oltreché una proficua “riflessione organizzativa”. La definizione degli input (risorse impiegate), dei flussi di attività, del sistema dei controlli e dei documenti prodotti, è utile per l'individuazione di azioni di miglioramento dei servizi per i clienti interni ed esterni.

3.5 L'Albero delle Performance "ampliato"

Pertanto l'albero delle performance aziendali vede l'integrazione della programmazione sanitaria con altre quattro aree di sviluppo:



3.6 Benchmarking con gli indicatori ministeriali ospedalieri

La ASL di Nuoro sceglie come base per il confronto delle prestazioni, il Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Italiana (SIVEAS) elaborato per il Ministero della Salute dal Laboratorio Management e Sanità e dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. La fonte dati di partenza deriva dal data base del Ministero per gli anni 2007-2008. Questo simbolo (*), ove presente, specifica che l'indicatore rientra tra le misure previste dal Patto per la Salute 2010-2012.

I target 2011-2013 verranno concordati e condivisi con i dipartimenti e le macrostrutture interessate.

| Obiettivi ASSISTENZA OSPEDALIERA | Formula indicatore | Unità di misura e note | Valore Storico | Valore benchmark | Target Az. anno 2011 | Target Az. anno 2012 | Target Az. anno 2013 | Fonte dati |
|--|--|--|---|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|
| Governo della domanda H1_1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato <i>L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto in cui fondamentale è la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Non può essere sostitutivo di altre più efficaci e meno onerose soluzioni assistenziali che il territorio, ossia distretti e medicina di base possono fornire. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità orientare la domanda, sia difficoltà a riallocare le risorse dove sono più utili al cittadino, quindi a chiudere posti letto e strutture per attivare servizi territoriali</i> | H1_1 N. ricoveri ordinari relativi ai residenti x 1.000 ----- N. residenti | Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Sono esclusi i ricoveri: Erogati da strutture private non accreditate; Relativi a neonati sani; Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riab.ne, lungodeg. Neuro riab.ne (codici 28, 56, 60, 75) | ASL NUORO 123.22 SARDEGNA 134.24 | Media nazionale 124.56 Toscana 97.26 | | | | Flusso SDO Ministero |
| Efficienza H2 Indice di performance degenza media- DRG Chirurgici <i>Questo indicatore confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero confrontata con la media nazionale per la stessa tipologia di ricovero. Esso quindi misura rispetto alla media nazionale i giorni di ricovero in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza) erogati per la stessa casistica</i> | H2 Σ gg di degenza osservati - Σ gg di degenza attesi ----- N. Dimissioni | Si considerano solo i ricoveri ordinari e i DRG Chirurgici. Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75). Si considerano i ricoveri con degenza > 1 giorno. | ASL NUORO 0.59 SARDEGNA 0.61 | Media nazionale 0.099 Emilia Rom. -0.70 | | | | Flusso SDO Ministero |
| Efficienza H13 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (*) <i>Una volta deciso e programmato un intervento chirurgico il paziente dovrebbe essere ricoverato non più di 1 giorno prima dell'operazione. Gli esami medici necessari per affrontare l'intervento dovrebbero essere fatti in regime ambulatoriale prima del ricovero. L'indicatore misura in media quanti giorni il paziente trascorre nella struttura ospedaliera prima dell'intervento chirurgico programmato.</i> | H13 N. gg di degenza precedenti l'intervento chirurgico ----- N. di dimessi sottoposti a intervento chirurgico | Sono inclusi solo i presidi pubblici. L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione. Codifiche ICD-9 CM: Codici di procedure chirurgiche: da 00 a 86 | ASL NUORO 1.57 SARDEGNA 1.51 | Media nazionale 1.38 Friuli V.G. 0.72 | | | | Sistema Inf.vo Reg.le Flusso SDO |

| Obiettivi ASSISTENZA OSPEDALIERA | Formula indicatore | Unità di misura e note | Valore Storico | Valore benchmark | Target Az. anno 2011 | Target Az. anno 2012 | Target Az. anno 2013 | Fonte dati |
|---|---|--|--|---|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| <p>Appropriatezza H3 Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici (*)</p> <p><i>I reparti chirurgici sono dotati di attrezzature complesse e risultano maggiormente onerosi. Devono essere occupati tendenzialmente da pazienti che si sottopongono a un'operazione chirurgica. Se un paziente viene dimesso da un reparto chirurgico con una diagnosi medica, ossia senza essere stato sottoposto ad un intervento chirurgico, in alcuni casi può significare che al momento dell'intervento il paziente non presentava condizioni sanitarie adeguate per sostenere l'operazione. Questa eventualità tendenzialmente non deve superare il 20%. Se la percentuale cresce può essere il segno di disorganizzazione e di uso non appropriato delle strutture ospedaliere</i></p> | <p style="text-align: center;">H3</p> <p>N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>N. di dimessi da reparti chirurgici</p> | <p>Le specialità chirurgiche selezionate per la ASL 3 di Nuoro sono: 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 12 chirurgia plastica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 ORL, 43 urologia, 98 Day Surgery</p> | <p>ASL NUORO 40.01</p> <p>SARDEGNA 34.58</p> | <p>Media nazionale 27.606</p> <p>Marche 13.76</p> | | | | <p>Flusso SDO Ministero</p> |
| <p>Appropriatezza H4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario di 0-1 giorno</p> <p><i>In molti paesi europei e negli Stati Uniti il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica torna a casa in giornata o al massimo il giorno seguente. Questo indicatore misura la percentuale in cui questo avviene nelle nostre strutture</i></p> | <p style="text-align: center;">H4</p> <p>N. colecistectomie laparoscopiche in DS e RO 0-1 gg x 100</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>N. colecistectomie laparoscopiche</p> | <p>L'analisi è ristretta ai ricoveri programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Con One Day-Surgery si considerano i seguenti regimi di ricovero: - day-hospital - ricovero ordinario 0-1 giorno (inclusi Entrati/Usciti nello stesso giorno) Codifiche DRG Grouper XIX: DRG 493-494</p> | <p>ASL NUORO -</p> <p>SARDEGNA 5.86</p> | <p>Media nazionale 10.834</p> <p>Toscana 49.05</p> | | | | <p>Flusso SDO Ministero</p> |
| <p>Appropriatezza T9 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagn.ca (*)</p> <p><i>I letti in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno. Gli accertamenti diagnostici possono essere fatti in regime ambulatoriale e non con un ricovero ospedaliero.</i></p> | <p style="text-align: center;">T9</p> <p>N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica x 100</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>N. di ricoveri in DH medico</p> | <p>Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "motivo del ricovero in Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico" (codice 1).</p> | <p>ASL NUORO 86.22</p> <p>SARDEGNA 56.31</p> | <p>Media nazionale 45.181</p> <p>Piemonte 17.97</p> | | | | <p>Flusso SDO Ministero</p> |

| Obiettivi ASSISTENZA OSPEDALIERA | Formula indicatore | Unità di misura e note | Valore Storico | Valore benchmark | Target Az. anno 2011 | Target Az. anno 2012 | Target Az. anno 2013 | Fonte dati |
|--|---|--|--|--|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| <p>Appropriatezza H5 DRG LEA Chirurgici: % di ricoveri in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (*)</p> <p>N.B. vedere tabella DRG LEA CHIRURGICI ad alto rischio di inappropriatezza <i>La Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza ha identificato un gruppo di prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in giornata o al massimo con il ricovero di 1 giorno. Un ricovero più lungo infatti è inappropriato e rappresenta uno spreco di risorse. Questo indicatore misura la percentuale in cui regioni e strutture seguono queste indicazioni.</i></p> | <p>H5</p> <p>N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1giorno per i Drg LEA Chirurgici x 100</p> <hr/> <p>N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1 giorno per i Drg LEA Chirurgici</p> | <p>Si considerano i DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" del DPCM 29 novembre 2001. Sono esclusi i Drg preval. erogati in regime ambulatoriale: 006 – Decompr. tunnel carpale; 039 – Interv.i sul cristallino con o senza vitrectomia. Non vengono considerati i Drg che presentano meno di 10 casi all'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Sono esclusi i ricoveri: x dimessi dai reparti di unità spinale, riab.ne, lungodegenti, neuroriab.ne (cod 28, 56, 60, 75)</p> | <p>ASL NUORO 63.44</p> <p>SARDEGNA 64.27</p> | <p>Media nazionale 76.98</p> <p>Liguria 88.30</p> | | | | <p>Flusso SDO Ministero</p> |
| <p>Appropriatezza H6 DRG LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato (*)</p> <p><i>La Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza ha identificato un gruppo di casistica di tipo medico che non dovrebbe più comportare un ricovero ordinario ma che dovrebbe più appropriatamente essere seguita dal territorio, ossia dal medico di famiglia e dagli specialisti mediante visite ambulatoriali. Questo indicatore misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna regione /azienda per 10.000 abitanti.</i></p> | <p>H6</p> <p>N. dimessi effettuati in ricovero ordinario e day-hospital per i DRG LEA Medici x 10.000</p> <hr/> <p>Popolazione residente</p> | <p>Si considerano i DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" del DPCM 29 novembre 2001. Si considerano i ricoveri erogati ai residenti extra regione inclusi. Sono esclusi i ricoveri: - erogati da strutture private non accreditate - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)</p> | <p>ASL NUORO 209.53</p> <p>SARDEGNA 210.37</p> | <p>Media nazionale 185.15</p> <p>Piemonte 90.26</p> | | | | <p>Flusso SDO Ministero</p> |
| <p>Appropriatezza H14 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (*)</p> <p><i>Un ricovero medico breve (0-1-2 giorni) è assai spesso un ricovero evitabile, realizzato nei contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino. Si tratta di ricoveri da ridurre nella misura in cui si riesce a potenziare servizi adeguati sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi.</i></p> | <p>H14</p> <p>N. di ricoveri ordinari medici brevi x 100</p> <hr/> <p>N. di ricoveri ordinari medici</p> | <p>Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico. Il ricovero breve e identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni.</p> | <p>ASL NUORO 24.15</p> <p>SARDEGNA 27.67</p> | <p>Media nazionale 23.546</p> <p>P.A. Trento 15.38</p> | | | | <p>Flusso SDO Ministero</p> |



| Obiettivi ASSISTENZA OSPEDALIERA | Formula indicatore | Unità di misura e note | Valore Storico | Valore benchmark | Target Az. anno 2011 | Target Az. anno 2012 | Target Az. anno 2013 | Fonte dati |
|--|---|---|---|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <p>Qualità clinica H9 Percentuale di parti cesarei</p> <p><i>Il parto cesareo è un'operazione chirurgica che andrebbe sempre evitata se non necessaria alla salute del bambino e della mamma. L'OMS stima che i parti cesarei non dovrebbero superare il 15% dei parti totali.</i></p> | <p>H9</p> $\frac{\text{N. parti cesarei}}{\text{N. parti}} \times 100$ | <p>Si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni Parti cesarei: DRG 370-371 Parti: DRG 370-371-372-373-374-375</p> | <p>ASL NU 34.20</p> <p>SARD. 36.9</p> | <p>Media nazionale 36.907</p> <p>Friuli V.G. 23.01</p> | | | | Flusso SDO Ministero |
| <p>Qualità clinica H10 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa MDC corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione ricoveri ord. per acuti nazionale</p> <p><i>Un paziente non dovrebbe rientrare in ospedale nel corso del mese successivo alla dimissione. L'indicatore misura quante volte accade che un paziente torna in un qualsiasi ospedale del SSN entro 30 giorni dal primo ricovero per un problema assimilabile alla causa del primo ricovero</i></p> | <p>H10</p> $\frac{\text{N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC}}{\text{N. Ricoveri}} \times 100$ <p>del tasso di ospedalizzazione della regione dal tasso di ospedalizzazione medio nazionale</p> | <p>Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi a pazienti residenti in Italia, con identificativo corretto, in regime di ricovero ordinario, relativi ai primi 11 mesi dell'anno. Sono esclusi i ricoveri: - con modalita di dimissione: volontaria; trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti; trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione (modalita di dimissione 5, 6, 8, 7) - i dimessi psichiatrici (DRG 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 523) - con reparto di dimissione: unita spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) - relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (DRG 409,410,492) Si considera ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente:stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra la ammissione e una precedente dimissione <=30 giornill ricovero ripetuto e attribuito all'azienda in cui avviene il precedente ricovero. Ad esempio, se avviene un terzo ricovero anch'esso entro 30 giorni dal primo, questo e attribuito all'azienda che ha effettuato il secondo ricovero.</p> | <p>ASL NU 6.56</p> <p>SARD. 6.33</p> | <p>Media nazionale 5.398</p> <p>Piemonte 3.32</p> | | | | Flusso SDO Ministero |



| Obiettivi ASSISTENZA OSPEDALIERA | Formula indicatore | Unità di misura e note | Valore Storico | Valore bench mark | Target Azienda anno 2011 | Target Azienda anno 2012 | Target Azienda anno 2013 | Fonte dati |
|---|--|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <p>Qualità clinica H11 Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (*)</p> <p><i>In caso di frattura di femore è importante essere operati tempestivamente per garantire un rapido e completo recupero.</i></p> | <p style="text-align: center;">H11</p> <p>Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">Numero interventi per frattura del femore</p> | <p>Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del femore 820.xx AND codici ICD9-CM di intervento principale: 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna 81.51 Sostituzione totale dell'anca 81.52 Sostituzione parziale dell'anca</p> | <p>ASL NU 7.69</p> <p>SARD. 23.23</p> | <p>Media nazionale 35.896</p> <p>P.A. Bolzano 83.63</p> | | | | Flusso SDO Ministero |
| <p>Qualità clinica H12 Percentuale di fughe in punti DRG</p> <p><i>Il cittadino deve trovare nel suo territorio risposte adeguate ai propri bisogni di salute. Questo indicatore misura la percentuale di ricoveri effettuati in altre regioni pesati per il loro livello di complessità</i></p> | <p style="text-align: center;">H12</p> <p>Somma pesi dei drg relativi alle dimissioni dei residenti erogate fuori regione x 100</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p>Somma dei pesi dei DRG relativi alle dimissioni dei residenti ovunque erogate</p> | <p>Si considerano i pesi dei DRG in Mobilità Pasiva</p> | <p>ASL NU 5.37</p> <p>SARD. 6.53</p> | <p>Media nazionale 11.654</p> <p>Lombardia 4.22</p> | | | | Flusso SDO Ministero |

DRG LEA CHIRURGICI ad alto rischio di inappropriatelyzza

Per l'indicatore H5 occorre monitorare i seguenti DRG LEA Chirurgici per la % di ricoveri in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

| DRG DESCRIZIONE | TIPO | MDC |
|---|------|-----|
| 040 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni | C | 2 |
| 041 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni | C | 2 |
| 042 Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino | C | 2 |
| 055 Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola | C | 3 |
| 119 Legatura e stripping di vene | C | 5 |
| 158 Interventi su ano e stoma, senza CC | C | 6 |
| 160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC | C | 6 |
| 162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC | C | 6 |
| 163 Interventi per ernia, età < 18 anni | C | 6 |
| 222 Interventi sul ginocchio senza CC | C | 8 |
| 232 Artroscopia | C | 8 |
| 262 Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne | C | 9 |
| 267 Interventi perianali e pilonidali | C | 9 |
| 270 Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC | C | 9 |
| 364 Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne C | C | 13 |
| 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione | C | 8 |

3.7 Benchmarking con gli indicatori ministeriali territoriali

| Obiettivi ASSISTENZA TERRITORIALE | Formula indicatore | Unità di misura e note | Valore Storico | Valore bench mark | Target Azienda anno 2011 | Target Azienda anno 2012 | Target Azienda anno 2013 | Fonte dati |
|---|---|--|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Efficacia servizi territoriali T2 Tasso di ricovero per scopenso per 100.000 residenti 50-74 anni <i>Le patologie croniche rappresentano le malattie maggiormente diffuse e in crescita in tutto il mondo. Si curano efficacemente se si seguono stili di vita sani, se il paziente viene preso in carico dal medico di famiglia e dal distretto e seguito con continuità. Il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74, è spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato.</i> | T2 N. ricoveri per scopenso cardio-circolatorio 50-74 anni x 100.000 ----- Popolazione 50-74 anni | Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 Esclusi i dimessi con codici 35**, 36**, 37** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono esclusi: - i ricoveri extra regione - i dimessi dai reparti di unità spinale, riab.ne, lungod.i e neuro riab.ne (codici 28, 56, 60, 75). | ASL NUORO 219.40 SARD. 242.42 | Media nazionale 307.401 Valle d'Aosta 156.21 | | | | Flusso SDO Ministero |
| Efficacia servizi territoriali T3 Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni <i>Le patologie croniche rappresentano le malattie maggiormente diffuse e in crescita in tutto il mondo. Si curano efficacemente se si seguono stili di vita sani, se il paziente viene preso in carico dal medico di famiglia e dal distretto e seguito con continuità. Il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74, è spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato.</i> | T3 N. ricoveri per diabete 20-74 anni x 100.000 ----- Popolazione residente 20-74 anni | Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito. Sono esclusi: - i ricoveri extra regione - i dimessi dai reparti di unità spinale, riab., lungod. e neuro riab.ne (codici 28, 56, 60, 75) - i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale) | ASL NUORO 54.21 SARD. 56.28 | Media nazionale 53.889 Valle d'Aosta 8.77 | | | | Sistema Inf..vo Reg.le Flusso SDO |
| Efficacia servizi territoriali T4 Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni <i>Le patologie croniche rappresentano le malattie maggiormente diffuse e in crescita in tutto il mondo. Si curano efficacemente se si seguono stili di vita sani, se il paziente viene preso in carico dal medico di famiglia e dal distretto e seguito con continuità. Il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74, è spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato.</i> | T4 N. ricoveri per BPCO 50-74 anni x 100.000 ----- Popolazione 50-74 anni | Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione. Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica 491*: Bronchite cronica 492*: Enfisema 496*: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove Sono esclusi: - i ricoveri extra regione - i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriab. (codici 28, 56, 60, 75) | ASL NUORO 164.55 SARD. 207.70 | Media nazionale 166.581 P.A. Trento 58.76 | | | | Flusso SDO Ministero |



| Obiettivi ASSISTENZA FARMACEUTICA | Formula indicatore | Unità di misura e note | Valore Storico | Valore bench mark | Target Azienda anno 2011 | Target Azienda anno 2012 | Target Azienda anno 2013 | Fonte dati |
|---|---|---|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| <p>Efficienza Spesa farmaceutica AF5 Spesa lorda pro-capite territoriale</p> <p><i>L'indicatore misura quale è l'entità della spesa per farmaci per abitante in ciascuna regione esclusi i farmaci erogati in ospedale</i></p> | <p>AF5</p> <p>Spesa totale lorda</p> <p>-----</p> <p>Popolazione pesata relativa all'anno di riferimento</p> | <p>La popolazione è pesata per fascia di età e sesso come illustrato nel Rapporto OsMed</p> | <p>ASL NUORO -</p> <p>SARD. 223,60</p> | <p>Media nazionale 206,53</p> <p>P.A. Bolzano 149,10</p> | | | | Rapporto OsMed |

3.8 Benchmarking con gli indicatori ministeriali dell'Assistenza Collettiva e di Prevenzione

| Obiettivi ASSISTENZA COLLETTIVA | Formula indicatore | Unità di misura e note | Valore Storico | Valore benchmark | Target Azienda anno 2011 | Target Azienda anno 2012 | Target Azienda anno 2013 | Fonte dati |
|--|--|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Copertura prevenzione P1 Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti (>= 65 anni) <i>Gli anziani dovrebbero vaccinarsi contro l'influenza ogni anno per evitare rischi di patologie più gravi. L'indicatore misura a livello regionale la percentuale di anziani che si sono sottoposti alla vaccinazione</i> | P1 Vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o superiore a 65 anni x 100 ----- Popolazione di età pari o superiore a 65 anni | - | ASL NUORO - SARDEGNA 49.60 | Media nazionale 66.181 Umbria 74.70 | | | | Ministero salute |
| Copertura prevenzione P2 Copertura per vaccino MRP (Morbilli, Rosolia, Parotite) per 100 abitanti (<=2 anni) <i>La vaccinazione nei bambini relative a queste tre patologie permette di evitare il contagio in età adulta che è normalmente di maggiore gravità e rischio. L'indicatore misura a livello regionale la percentuale di bambini vaccinati.</i> | P2 Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR x 100 ----- N. bambini vaccinabili | - | ASL NUORO - SARDEGNA 92.30 | Media nazionale 90.10 Umbria 94.60 | | | | Ministero salute |
| Copertura prevenzione P3 Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni) <i>Intervenire tempestivamente in caso di tumore è essenziale. L'indicatore misura la percentuale di donne nella fascia di età 50 – 69 anni di età che in ogni regione è stata invitata a partecipare allo screening mammografico.</i> | P3 N. donne invitate allo screening x 100 ----- Popolazione di riferimento (50-69 anni) | L'indicatore e la media dell'estensione degli ultimi due anni consecutivi | ASL NUORO - SARDEGNA 26.75 | Media nazionale 66.63 Umbria 98.05 | | | | Rapporto Nazionale Screening |



| Obiettivi ASSISTENZA COLLETTIVA | Formula indicatore | Unità di misura e note | Valore Storico | Valore benchmark | Target Azienda anno 2011 | Target Azienda anno 2012 | Target Azienda anno 2013 | Fonte dati |
|---|---|---|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <p>Efficacia prevenzione P4 Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni)</p> <p><i>Intervenire tempestivamente in caso di tumore è essenziale. L'indicatore misura la percentuale di donne nella fascia di età 50 – 69 anni di età che in ogni regione ha risposto all'invito a partecipare allo screening mammografico ed ha effettuato l'esame.</i></p> | <p>P4</p> <p>N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico x 100</p> <hr/> <p>N. donne invitate allo screening mammografico</p> | - | <p>ASL NUORO -</p> <p>SARDEGNA 47.41</p> | <p>Media nazionale 53.286</p> <p>Valle d'Aosta 77.24</p> | | | | Rapporto Nazionale Screening |
| <p>Efficacia prevenzione P5 Estensione grezza di screening colon retto (50-69 anni)</p> <p><i>Intervenire tempestivamente in caso di tumore è essenziale. L'indicatore misura la percentuale di persone nella fascia di età 50 – 69 anni di età che in ogni regione ha invitato a partecipare allo screening colon retto. Alcune regioni non hanno ancora attivato il programma.</i></p> | <p>P5</p> <p>N. invitati allo screening colon retto x 100</p> <hr/> <p>(residenti/2) – esclusi dal programma relativi alla popolazione di riferimento (50-69 anni)</p> | L'indicatore è la media dell'estensione degli ultimi due anni consecutivi | <p>ASL NUORO -</p> <p>SARDEGNA 0.15</p> | <p>Media nazionale 28.268</p> <p>Lombardia 102.79</p> | | | | Rapporto Nazionale Screening |
| <p>Efficacia prevenzione P6 Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)</p> <p><i>Intervenire tempestivamente in caso di tumore è essenziale. L'indicatore misura la percentuale di persone nella fascia di età 50 – 69 anni di età che in ogni regione ha risposto all'invito a partecipare allo screening colon retto ed ha effettuato l'esame.</i></p> | <p>P6</p> <p>N. Aderenti allo screening colon retto x 100</p> <hr/> <p>(invitati – inviti inesitati – esclusi dopo l'invito per test recente)</p> | - | <p>ASL NUORO -</p> <p>SARDEGNA 24</p> | <p>Media nazionale 34.118</p> <p>Valle d'Aosta 66.10</p> | | | | Rapporto Nazionale Screening |

3.9 Monitoraggio della qualità percepita dagli utenti

L'Azienda ha l'obiettivo strategico di conoscere la valutazione ed i suggerimenti del cittadino che derivano dall'esperienza concreta nella fruizione del servizio (degenza, ambulatoriale, DH, esami clinico-diagnostici), per poter eventualmente individuare e disporre azioni correttive e migliorative della qualità.

Pertanto ai presidi ed ai dipartimenti ospedalieri viene attribuito il seguente obiettivo strategico:

- ⇒ **avvio di un sistema di monitoraggio della qualità “percepita” dagli utenti dei servizi sanitari in ambito ospedaliero, con la definizione di appositi questionari distinti per dipartimento;**
- ⇒ **svolgimento di periodiche (almeno semestrali) rilevazioni della qualità dei servizi;**
- ⇒ **diffusione dei risultati della rilevazione e definizione delle strategie di intervento e di programmi di miglioramento correlate agli esiti delle analisi;**
- ⇒ **sviluppo della cultura della misurazione e del miglioramento continuo della qualità, coinvolgendo i diversi livelli decisionali.**

La finalità è di dotarsi anche di una leva per orientare il cambiamento sotto il profilo culturale, organizzativo e tecnico, orientando la cultura interna al servizio del cittadino.

Questo nuovo processo di monitoraggio della qualità percepita dagli utenti, verrà condotto in via sperimentale nel 2011, e fornirà dati utili per la costruzione di appositi “indicatori di customer” che potranno pertanto essere utilizzati nei processi di programmazione e definizione degli obiettivi annuali in vista del “Piano della Performance 2012-2014”.

3.10 Audit clinico e definizione di “PDTA”

La conduzione di Audit Clinici¹¹, se mantenuta e ripetuta regolarmente, permette di seguire e controllare nel tempo l'efficienza e l'efficacia dei servizi, favorendo i confronti con le proprie esperienze passate e con quelle di altri Centri, al fine di ottimizzare la qualità dell'assistenza prestata.

La Direzione Sanitaria aziendale promuoverà gruppi di lavoro che coinvolgano tutti gli attori interessati all'elaborazione ed analisi dei report sull'attività sanitaria, al fine di esaminare ogni aspetto sensibile dell'attività svolta presso le Unità Operative afferenti i Dipartimenti e focalizzare i risultati rispetto ai seguenti fattori:

- ⇒ *volumi di attività,*
- ⇒ *caratteristiche dei pazienti,*
- ⇒ *categorie di intervento,*
- ⇒ *durata della degenza pre- e post-operatoria,*
- ⇒ *rischio clinico*
 - ⇒ *outcome in termini di mortalità e morbilità corrette per il rischio,*

¹¹ Audit Clinici: “revisione tra pari”, strutturata come strumento di analisi critica e sistematica, di verifica dell'appropriatezza, efficacia e qualità della performance clinico-assistenziale delle attività e dei risultati a confronto con standard espliciti, concordati, misurabili e, se necessario, modificabili.

- ⇒ *complicanze post-operatorie,*
- ⇒ *analisi delle infezioni ospedaliere.*

A tal fine, all'area dell'assistenza sanitaria aziendale, viene attribuito il seguente obiettivo strategico:

- ⇒ **avvio e potenziamento di un processo diffuso di “audit clinico”;**
- ⇒ **elaborazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).**

I “PDTA”:

- saranno definiti da gruppi di lavoro multidisciplinari e multispecialistici finalizzati alla definizione del migliore processo assistenziale di risposta a specifici bisogni di salute, valuteranno le raccomandazioni e le esperienze riconosciute, adattate al contesto locale e tenendo presenti le risorse disponibili;
- dovranno favorire l'integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, contribuire a diffondere la medicina basata sulle evidenze (EBM), utilizzare in modo congruo le risorse e permettere di valutare le prestazioni erogate mediante indicatori;
- potranno anche riguardare l'assistenza territoriale, in tal caso si predisporranno - **Profili Integrati di Cura (PIC)** – per processi orientati all'integrazione e alla completezza della presa in carico del paziente tra i diversi livelli di assistenza.

Come nel precedente paragrafo, il sistema dovrà essere avviato nel 2011 con la definizione delle PDTA prioritarie per: frequenza di DRG, indice di fuga, eventi sentinella, near miss¹² e dati epidemiologici del territorio provinciale.

L'osservazione della pratica e la raccolta dati, forniranno utili evidenze per la costruzione di appositi obiettivi e sistemi di indicatori per unità operativa, in vista del “Piano della Performance 2012-2014”.

3.11 Area Gestionale Amministrativa

L'azienda, vista come “sistema”, vede l'integrazione di processi sanitari e non sanitari sui quali intervengono diverse competenze, organizzate in uffici e servizi, con ruoli differenti di erogazione diretta e di supporto alla prima.

Alcuni processi di lavoro hanno inoltre la caratteristica di non svolgersi all'interno di una singola unità organizzativa (un servizio, un settore, un reparto) ma di essere trasversali rispetto alle strutture.

Descrivere i processi aziendali in modo analitico, aiuta il management ed i collaboratori a riflettere con estrema attenzione su tutti i particolari legati al modo in cui si lavora, alle risorse consumate, al sistema dei controlli ed alla necessità e qualità dei documenti prodotti.

A questo scopo, ogni processo può essere scomposto in fasi, ognuna delle quali produce un output “finito” per un cliente individuato (interno o esterno), ed è caratterizzata da: obiettivi, tecnologie, risorse umane con determinati ruoli e competenze, attività da svolgere, vincoli ecc.

Per migliorare le performance dell'Area amministrativa, tecnica e professionale occorre che si valutino le interconnessioni organizzative e si individuino spazi di miglioramento nei tempi e nelle logiche organizzative (efficienza) di produzione dei servizi a valore aggiunto sia per interni che per esterni (efficacia).

¹² Near Miss: incidenti evitati - “quasi incidenti”

A tal fine all'area gestionale centrale viene attribuito il seguente obiettivo strategico:

- ⇒ **Individuazione dei processi standardizzati che riguardano le grandi aree organizzative e gestionali;**
- ⇒ **Analisi dei fattori e definizione delle procedure significative;**
- ⇒ **Diffusione dei risultati della rilevazione e definizione delle strategie di intervento e di programmi di miglioramento correlate agli esiti delle analisi di processo;**
- ⇒ **Promozione di una "riflessione organizzativa" condivisa, al fine di migliorare la "produzione di valore" per l'esterno e per l'interno,**
- ⇒ **Sviluppo della cultura della misurazione e del miglioramento continuo della qualità, con il coinvolgimento dei diversi livelli decisionali.**

Fasi operative suggerite:

1. descrizione degli output e degli outcome del servizio
2. analisi delle componenti, delle risorse assorbite dal servizio e dei flussi di attività
3. ricognizione delle responsabilità, dei controlli e della documentazione prodotta
4. elaborazione di procedure schematiche per i principali processi standard
5. costruzione di una mappa di criticità e di uno schema di "processo ideale"
6. "benchmarking" - confronto sistematico - tra i processi di lavoro interni e con organizzazioni e servizi diversi, allo scopo di individuare:
 - ⇒ le differenze e le inefficienze dei processi aziendali;
 - ⇒ le prestazioni *eccellenti*;
 - ⇒ i "fattori di successo" (cioè gli elementi che consentono di "lavorare bene" e di produrre risultati ottimi e con le giuste tempistiche) come i seguenti:
 - ⇒ le modalità organizzative,
 - ⇒ le competenze necessarie,
 - ⇒ le tecniche,
 - ⇒ gli strumenti di gestione e controllo.

Al termine del processo dovranno essere individuati idonei indicatori di efficacia e di efficienza nella produzione del servizio interno o esterno, oltre a precise azioni di miglioramento e razionalizzazione, che forniranno una base significativa per la pianificazione 2012-2014.

4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

4.1. Schede di progetto strategico sanitario

La Pianificazione operativa nelle ASL è consolidata e definita nel processo di budget aziendale.

L'Azienda Sanitaria di Nuoro nella fase di **Programmazione Sanitaria Aziendale 2011-2013** che si è tenuta a fine 2010, ha definito apposite schede di progetto inviate alla Regione Sardegna, le quali riportano le strategie in modo dettagliato con gli effetti attesi, le azioni, le aree di responsabilità, i tempi previsti e le ricadute economiche.

La programmazione sanitaria è stata qualificata dall'approvazione della Conferenza Provinciale Sanitaria e Socio Sanitaria (coinvolgimento dei Sindaci e della Provincia) ed è coerente con il bilancio di previsione pluriennale 2011-2013 e con il bilancio di previsione annuale 2011.

Per quanto riguarda gli altri indirizzi strategici supplementari precedentemente definiti:

Benchmarking con indicatori ministeriali

Monitoraggio della qualità percepita dagli utenti

Audit clinici e definizione di "PDTA"

Definizione di procedure e azioni di miglioramento nell'Area Gestionale Amministrativa

verranno articolati in:

- **PIANI DI AZIONE per obiettivi organizzativi;**

Ciò avverrà con appositi tavoli tecnici di "Focus Group", durante i quali verranno anche definite le:

- **SCHEDE DI VALUTAZIONE della performance individuale** - per i dirigenti ed il personale del comparto.

4.2. Piani di Azione

I "piani di azione" individueranno per singola unità operativa o per dipartimento:

- 1) l'obiettivo operativo con uno o più indicatori;
- 2) il target (valore programmato o atteso) attribuito ad ogni indicatore;
- 3) le azioni da porre in essere secondo una precisa scansione temporale;
- 4) la quantificazione delle risorse economiche, umane e strumentali necessarie;
- 5) le responsabilità organizzative attribuite per ciascun obiettivo operativo.

Al fine di qualificare la definizione dei piani di azione, verranno coinvolti gli stake holder esterni all'Azienda come ad esempio le associazioni rappresentative dei diritti del malato.

4.3. Schede di Valutazione Individuale

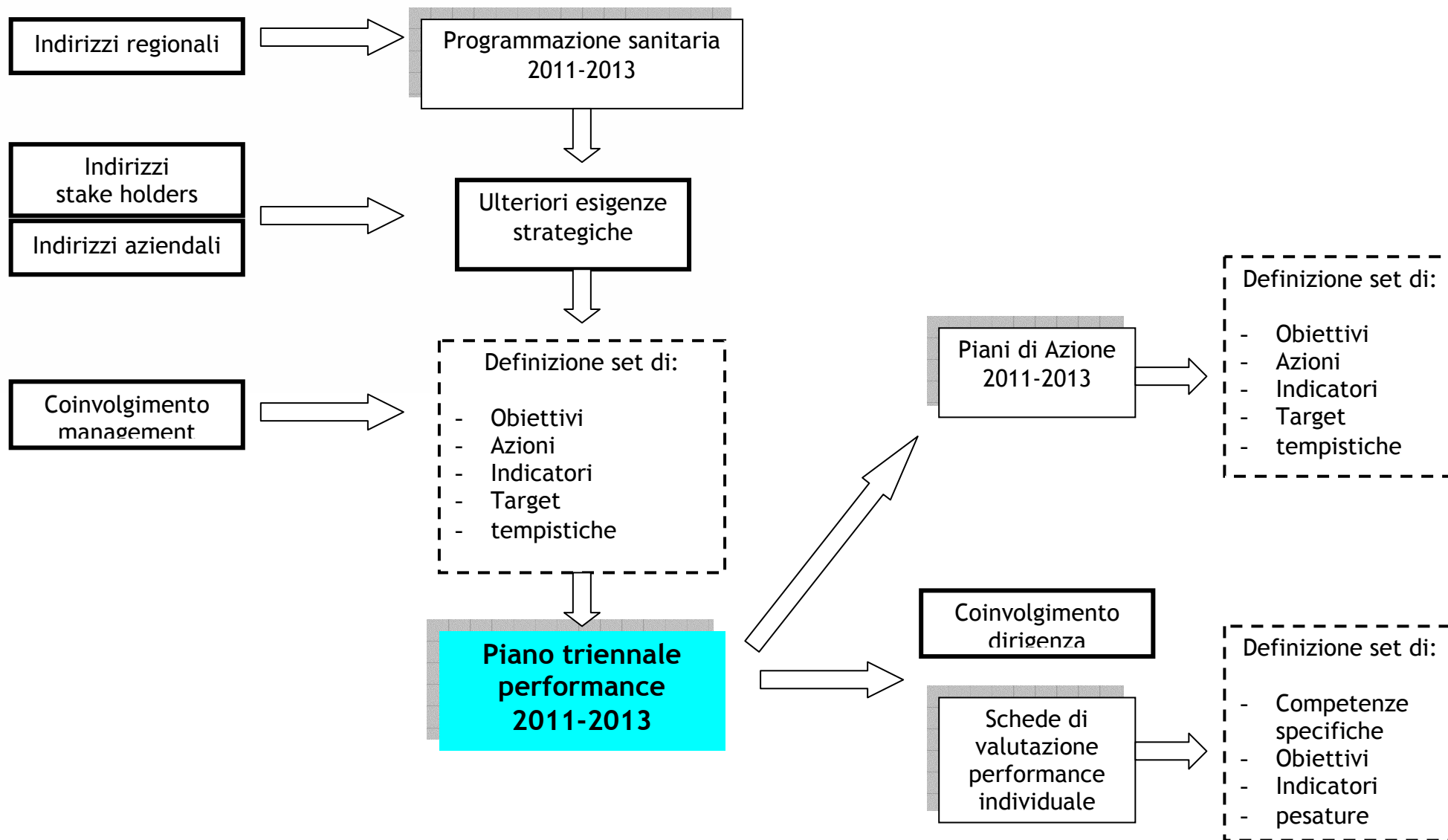
Le “schede di valutazione individuale” verranno definite a partire dall'esperienza fatta dall'Azienda nella sperimentazione della Riforma Brunetta in Sanità coordinata dalla Funzione Pubblica e richiederanno la tenuta di apposite riunioni dipartimentali e interfunzionali sulla definizione:

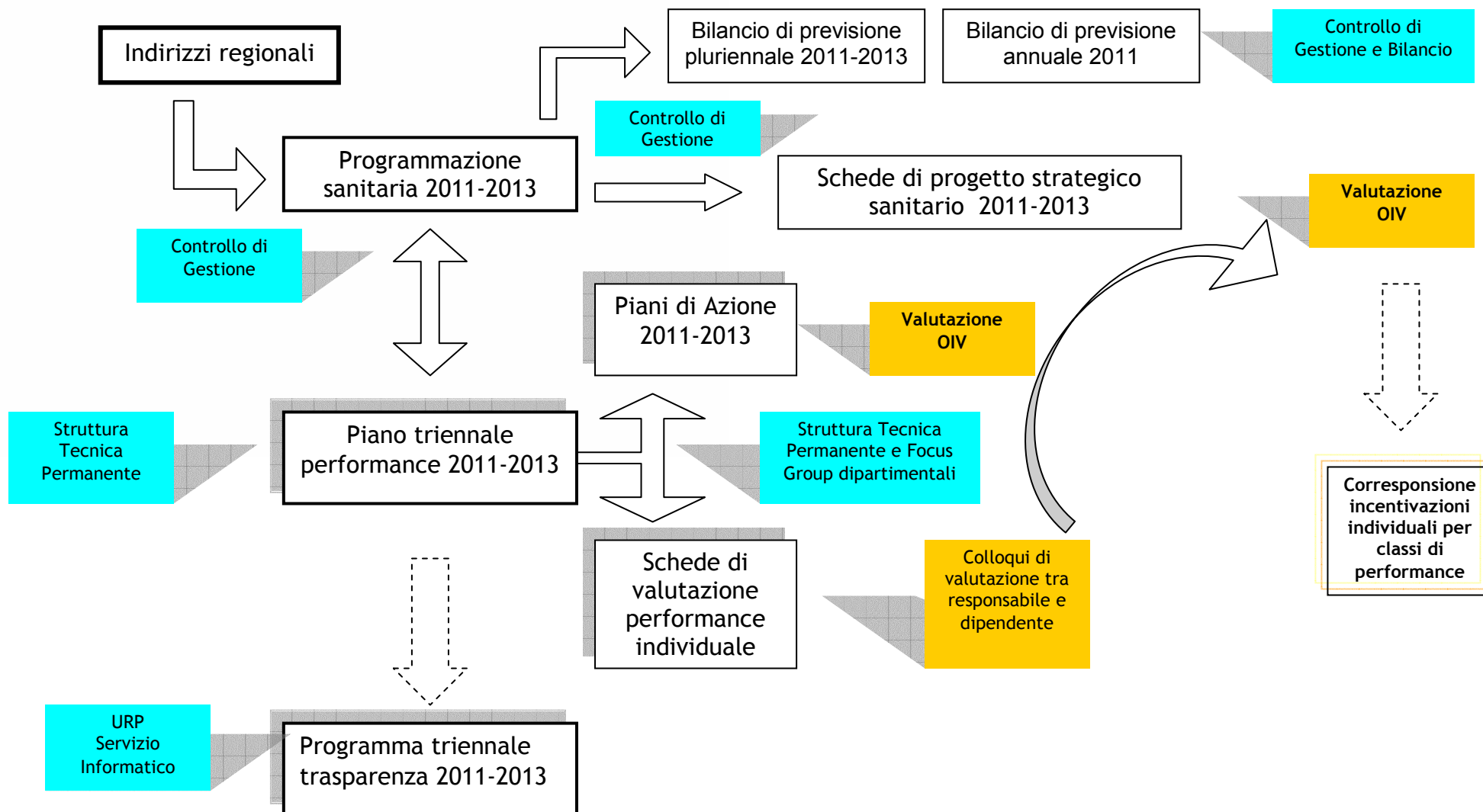
- delle competenze specifiche per profilo professionale;
- degli obiettivi assegnati dai responsabili ai singoli dipendenti;
- degli indicatori di risultato.

I quali confluiranno nelle schede in vista della presentazione delle stesse ai dipendenti e del processo di “pesatura” delle diverse variabili di valutazione. A tal fine verranno coinvolte le Associazioni Sindacali, per la condivisione di un percorso di miglioramento.

5. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

5.1 Fasi del processo di redazione del Piano





5.2 Soggetti, tempi del processo di redazione del Piano e coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

L'azienda avvia un sistema complesso che riguarda diverse funzioni aziendali:

Direzione Aziendale

- indirizzo strategico gestionale
- verifica risultati

Stake Holder

- Tribunale per i diritti del malato e Cittadinanza Attiva
- Conferenza D'Azienda
- Associazioni Sindacali

Organismo Indipendente di Valutazione

- controllo ciclo gestione performance
- valutazione Direttori Dipartimenti
- valutazione di seconda istanza dei dipendenti

Dirigenti responsabili

- valutazione di prima istanza dei dipendenti

Struttura tecnica permanente

- supporto ciclo gestione performance
- coaching dirigenti e focus group

Controllo di Gestione

- supporto programmazione, budget e rendicontazione

Focus Group

- tavoli dipartimentali e multidisciplinari a tema per la definizione di indicatori e competenze specifiche

URP

- sistema della trasparenza

Servizi aziendali

- Bilancio
- Personale
- Relazioni sindacali
- Formazione
- Risk management e qualità

Essendo il primo anno di applicazione del “Ciclo di Gestione della Performance” ed in attesa di apposite direttive regionali, occorrerà una fase transitoria di almeno sei mesi che verterà su alcune esigenze organizzative:

- selezione per la nomina dell'organismo Indipendente di Valutazione
- fase di formazione e coaching dei dirigenti con incarichi di struttura (“valutatori”) e del personale (“valutati”);
- ciclo di focus group dipartimentali e pluridisciplinari per la definizione dei piani di azione e delle schede di valutazione individuale;
- definizione di indicatori, procedure e sistemi di monitoraggio e rendicontazione
- scelta di un supporto software per il ciclo di gestione della performance.

Il ciclo andrà pertanto a regime nel 2012 sulla base dell'esperienza, dei dati e delle evidenze del 2011, salvo quanto riguarda il sistema del budget e del controllo di gestione, i quali continuano a funzionare in via ordinaria.

L'Azienda fa presente che la Programmazione Sanitaria da cui parte questo Piano Triennale della Performance, è stata approvata dalla Conferenza d'Azienda ed è coerente con il bilancio di previsione pluriennale 2011-2013 e con il bilancio di previsione annuale 2011.

5.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il Ciclo di gestione della performance integrerà flussi informativi, indirizzi regionali, esigenze di controllo ministeriali, fasi di concertazione e soprattutto lo sviluppo di assetti organizzativi e processi efficaci.

In fase di avvio questo Piano costituisce una “proposta” redatta secondo le linee guida del CIVIT¹³.

L'implementazione del sistema prevede però un momento di riflessione e valutazione delle strategie e degli indicatori proposti, in vista dell'individuazione condivisa delle azioni operative e dei riflessi nell'organizzazione del sistema.

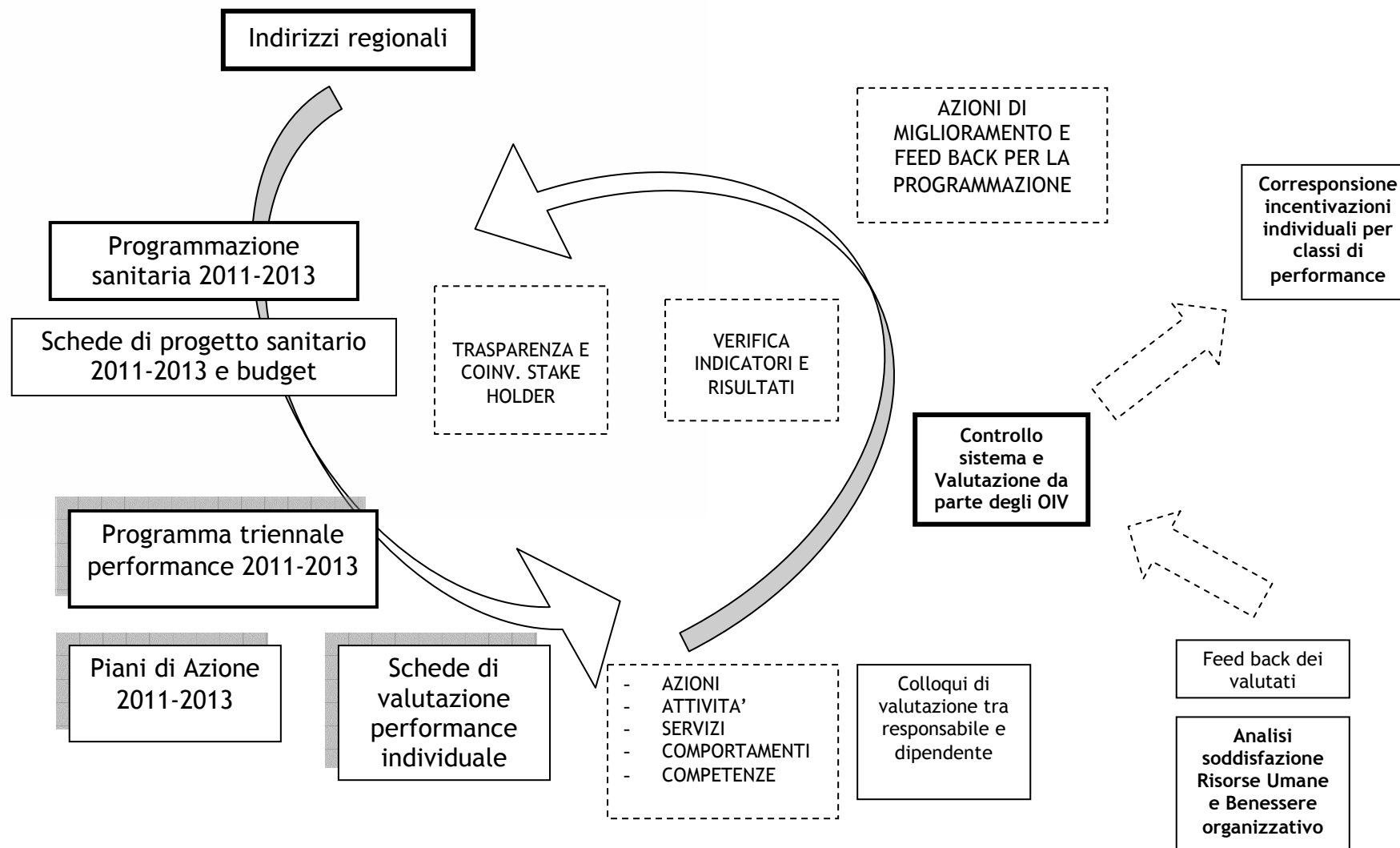
L'utilizzo di un benchmark ministeriale appare al momento la soluzione migliore per l'avvio del ciclo, tuttavia potrebbero subentrare precisi indirizzi regionali e difficoltà tecniche che potrebbero richiedere aggiustamenti significativi per questo Piano Triennale della Performance.

Quando il sistema sarà “a regime”, l'esperienza di questo primo anno consentirà di definire un sistema che parta da esperienze, “evidenze e dati di fatto”.

Sarà inoltre fondamentale avviare anche un sistema accessorio per l'analisi dei “feedback dei valutati”, oltre che le analisi di soddisfazione dei dipendenti e di verifica del “Benessere Organizzativo”.

Con l'insediamento dell'istituendo Organismo Indipendente di Valutazione verrà effettuato un riesame complessivo del sistema, per la ricerca di attività e strumenti utili al miglioramento dello stesso.

¹³ Commissione nazionale per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche.



6. Allegati tecnici

- ⇒ Analisi del contesto esterno ed interno (analisi SWOT)
- ⇒ Analisi quali-quantitativa delle risorse umane, benessere organizzativo, analisi di genere
- ⇒ Schema di Piano Operativo Aziendale