



SISTEMA SANITARIO DELLA SARDEGNA



Piano delle performance
2014 - 2016

indice

Presentazione pag. 3

PARTE PRIMA

Vision pag. 6

Mission pag. 6

Analisi criticità - input nazionali e regionali pag. 7

Indicatori sanitari - raffronto 2012/13 pag. 9

PARTE SECONDA

Visione strategica "macro" pag. 14

Piani operativi 2014-16 (e indice per documento) pag. 17

Mappa strategica triennale pag. 72

Raccordo con il Sistema di Valutazione del Personale pag. 79

Raccordo con il PTPC pag. 83

presentazione

L'Azienda Sanitaria di Nuoro svolge un ruolo centrale nella gestione del Servizio Sociosanitario regionale, finalizzato alla necessità di garantire al meglio la salute dei cittadini che risiedono nel territorio del Nuorese.

L'analisi del contesto territoriale e la lettura dei bisogni sanitari e socio-sanitari devono correttamente portare l'Azienda nel suo complesso alla programmazione di interventi finalizzati ad assicurare risposte adeguate alla domanda di salute dei cittadini, garantendo adeguati livelli di assistenza.

L'ASL, con i suoi Dipartimenti, Strutture Complesse e Strutture Semplici, anche attraverso l'articolazione distrettuale e ospedaliera, si impegna al raggiungimento degli obiettivi aziendali che, per il 2014 ed in prospettiva per il triennio 2014-2016, sono sintetizzati in questo Piano delle Performance.

Il Piano é adottato in coerenza con i contenuti ed i principi della programmazione sanitaria dell'ASL di Nuoro, in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio; illustra inoltre gli obiettivi strategici ed operativi dell'azienda nelle sue diramazioni organizzative ed i correlati indicatori per la misurazione e valutazione della performance aziendale.

Si tratta quindi di un documento programmatico, previsto dal Decreto Legislativo n. 150/2009, che l'Azienda predispone in accordo e a complemento della Programmazione Sanitaria Triennale e che costituisce un quadro informativo agile e di facile consultazione, per comprendere come l'azienda intende agire per soddisfare i bisogni sanitari e socio sanitari della popolazione di riferimento e per coloro che debbono o scelgono di rivolgersi ai servizi aziendali.

Il Direttore Generale

Dott. Antonio Maria Soru

La Programmazione e Controllo

Il Direttore Dr. Angelo Maria Serusi

Il Dirigente Analista Dr. Massimiliano Oppo

Il Controllo di Gestione

Parte prima

Analisi temi strategici e risultati dei principali indicatori sanitari

INFORMAZIONI DI SINTESI:

ASL DI NUORO - 2013

Popolazione assistita	157.934
Comuni	52
Presidi Ospedalieri	3
Distretti Sociosanitari	4
Dipartimenti	11
Dipendenti (a tempo indeterminato e determinato)	2.389
di cui:	
dirigenti medici e veterinari	542
altri dirigenti sanitari	60
dirigenti PTA	20
dirigenti delle professioni sanitarie	1
personale del comparto	1.766

PORTATORI DI INTERESSE

pazienti
cittadini
dipendenti
istituzioni
convenzionati
fornitori
imprese

SITO INTERNET

www.aslnuoro.it

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

protocollo@pec.aslnu.it

vision

Le scelte e le strategie dell'Azienda Sanitaria di Nuoro sono permeanti di una "buona gestione".

La definizione di corrette priorità e linee d'azione diffuse, che si concludono a valle con la valutazione di tutto il personale, sono un prerequisito fondamentale nel percorso che cerca di rendere efficace e coerente il collegamento tra risultati effettivamente raggiunti, esigenze assistenziali, limiti e vincoli di natura legislativo-finanziaria.

L'ASL di Nuoro intende pertanto sviluppare la propria attività strategica assicurando:

- ▶ uno stretto legame con gli orientamenti di sistema indicati dalla Regione Sardegna;
- ▶ il coinvolgimento di tutto il personale e la responsabilizzazione dei dirigenti in ordine al raggiungimento degli obiettivi aziendali, all'utilizzo delle risorse ed al rispetto delle norme sulla prevenzione della corruzione;
- ▶ il recupero di risorse da reinvestire, a partire dall'incremento dell'appropriatezza;
- ▶ il coinvolgimento di tutti i soggetti sociali e della rete dei servizi in grado di portare innovative progettualità e risorse per rispondere ai bisogni dei cittadini;
- ▶ la promozione di servizi che pongano al centro del sistema la persona e la famiglia.

mission

L'Azienda Sanitaria Nuorese concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario Nazionale e della Sanità Regionale contribuendo alla promozione, mantenimento e miglioramento dello stato di salute del singolo cittadino e della collettività mediante la soddisfazione dei bisogni sanitari e sociosanitari del proprio territorio.

L'Azienda offre l'insieme dei servizi per rispondere ai bisogni della comunità locale e per soddisfare la domanda di sicurezza sanitaria e sociosanitaria, assicurando la disponibilità e l'accesso alle diverse tipologie di assistenza, servizi e prestazioni compresi nei livelli essenziali di assistenza e organizzando interventi efficaci sul territorio, avvalendosi di interlocutori qualificati quali le Strutture private accreditate, le Associazioni di Volontariato, per meglio interpretare i bisogni dei portatori di interesse, e per una efficace collaborazione della rete degli Attori Istituzionali locali e regionali.

L'Azienda opera nel rispetto dei valori fondamentali di equità, solidarietà e rispetto della dignità umana, in modo da garantire l'eguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari e si fa interprete di principi fondamentali come la tutela della vita umana in tutte le sue fasi, tutela della libera scelta del paziente, imparzialità e tutela delle pari opportunità, buona amministrazione e trasparenza. Nel contempo, garantisce una crescita interna attraverso il miglioramento continuo nella formazione professionale, incoraggiando la buona collaborazione tra tutto il personale, promuovendone le capacità organizzative con l'attivazione di percorsi organizzativi.

La promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione vengono attuati assicurando il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, relativi:

- ▶ **All'assistenza Collettiva** nei luoghi di vita e di lavoro, attraverso programmi di prevenzione per la diagnosi precoce, in particolare all'attività di screening, alla sanità pubblica veterinaria, l'attuazione del Piano della Salute attraverso attività di educazione, volti al miglioramento degli stili di vita, alle attività di profilassi rivolte alla persona e connesse agli ambienti di vita e ai rischi infortunistici e sanitari negli ambienti di lavoro.
- ▶ **All'assistenza Territoriale**, attraverso l'assistenza della Medicina di Base e Specialistica ambulatoriale, del Materno infantile, della Salute Mentale e delle Dipendenze, dell'Assistenza Riabilitativa Ambulatoriale Globale e delle Cure Domiciliari e una maggior integrazione degli stessi attraverso i Punti Unici di Accesso e le Unità di Valutazione Territoriale. Inoltre, si rafforzerà l'integrazione ospedale-territorio e relativi percorsi per le dimissioni protette.
- ▶ **All'assistenza Ospedaliera**, da realizzarsi attraverso una assistenza sempre più qualificata anche attraverso il potenziamento/attivazione di servizi altamente strategici quali, la radioterapia, la medicina nucleare e la riabilitazione di lungo degenza.

analisi criticità – input nazionali e regionali

L'Azienda Sanitaria di Nuoro viene monitorata da anni dal Ministero e dalla Regione con l'utilizzo di alcuni indicatori chiave per valutare l'appropriatezza dell'assetto sanitario caratteristico.

Tali indicatori di tipo "sanitario" traggono spunto principalmente dai seguenti indirizzi:

1) INDIRIZZI NAZIONALI E REGIONALI: RIDUZIONE DELL'ECCESSO DI OSPEDALIZZAZIONE

- ▶ Necessità di ridurre le disfunzioni organizzative aziendali legate ad una eccessiva "ospedalizzazione", ovvero alla gestione delle patologie concentrate nelle strutture ospedaliere piuttosto che in quelle distrettuali, con un tasso attuale pari a 170x1000 ab., a fronte di uno standard di riferimento prospettico inferiore a 160x1000 ab., di cui il 25% riferito a ricoveri diurni
- ▶ La stessa considerazione può essere effettuata per il tasso di ospedalizzazione delle bronco pneumopatie croniche ostruttive (BPCO) che vedono l'Azienda attestarsi su un tasso del 115x100.000 ab., mentre lo standard nazionale ottimale dovrebbe essere dell'80x100.000 ab.

- ▶ Altra evidenza riguarda la necessità di ridurre i ricoveri in Day Hospital medici, sostitutivi di una normale attività ambulatoriale diagnostica (pari al 62% , ma che deve raggiungere l'obiettivo del 23%) o dei ricoveri ordinari di durata fino a 2 giorni (che dovrà passare dal 21% al 17%)
- ▶ Ulteriore elemento è legato ai DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatazza (ricoveri evitabili), con potenziamento della gestione alternativa in Day Surgery

2) INDIRIZZI NAZIONALI E REGIONALI : POTENZIAMENTO DEI SISTEMI PREVENTIVI E TERRITORIALI

- ▶ Attività domiciliare al 3,5% della popolazione anziana non autosufficiente (con età ≥ 65 anni), con standard di riferimento superiore al 4%
- ▶ Copertura vaccinale degli anziani over 65 anni (dal 61 all'obiettivo del 70%)
- ▶ Eccesso di "ricoveri ripetuti" per carenza di alternative territoriali (dal 5,1 all'obiettivo del 4%)

L'eccesso di ospedalizzazione porta alla saturazione dell'attività ospedaliera, ad un'esplosione delle liste di attesa, all'incremento della spesa farmaceutica e del costo del personale senza, peraltro, alcun vantaggio per l'utente finale critico. Anche l'accesso anomalo all'attività di pronto soccorso segnala la ancora debole identità assistenziale, nell'immaginario del cittadino/utente, del sistema territoriale rispetto a quello ospedaliero-centrico.

Segue adesso l'evidenziazione dei risultati dipartimentali e distrettuali, rispetto agli indicatori ministeriali adottati.

Indicatori sanitari – raffronto 2012/13

DIPARTIMENTO CURE CHIRURGICHE

codice az.le (minist.le)	indicatore	obiettivo/target	2012	2013	andamento
H1 (T9)	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%	63,15%	52,06%	-11,09%
H2 - (H14)	% Ricoveri ordinari medici brevi	tendenza <= 17%	27,89%	23,96%	-3,93%
H3 (H5)	% di ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1 giorno per i Drg LEA Chirurgici	tendenza >= 87%	65,67%	69,23%	3,56%
H4 - (H10.1)	% re_ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	tendenza <= 4%	4,64%	4,87%	0,23%
H5	Peso DRG	>= Anno 2012	1,0713	1,0986	0,03
H6	% Ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza	<= Anno 2012	12,57%	11,82%	-0,75%
H8	% Ricoveri con degenza oltre 30 gg	<= Anno 2012	1,08%	1,10%	0,02%
HC3	% Drg medici da reparti chirurgici	<= Anno 2012	33,58%	25,21%	-8,37%
HC4	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<= Anno 2012	0,7812	0,7499	-3,13%
HC5	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario di 0-1 giorno	>= Anno 2012	31,82%	48,48%	16,66%
HC6	Percentuale di parti cesarei	tendenza <= 35%	38,41%	37,42%	-0,99%
HC7	% di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	tendenza >= 36%	13,82%	21,38%	7,56%

DIPARTIMENTO CURE MEDICHE

codice az.le (minist.le)	indicatore	obiettivo/target	2012	2013	andamento
H1 (T9)	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%	51,04%	30,51%	-20,53%
H2 - (H14)	% Ricoveri ordinari medici brevi	tendenza <= 17%	17,23%	15,72%	-1,51%
H4 - (H10.1)	% re_ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	tendenza <= 4%	4,72%	5,09%	0,36%
H5	Peso DRG	>= Anno 2012	1,0014	1,0142	0,01
H6	% Ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	<= Anno 2012	11,57%	9,81%	-1,76%
H8	% ricoveri con degenza oltre 30 gg	<= Anno 2012	1,94%	1,81%	-0,13%
HT1 - tasso aziendale (*)	Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti di età 50-74 anni	<= Anno 2012 e tendenza <= 80 x 100.000 ab.	91,07	51,96	- 39,11
HT2 - tasso aziendale (*)	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	<= Anno 2012 e tendenza <= 30 x 100.000 ab.	31,58	36,15	4,56
HT3 - tasso aziendale (*)	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	<= Anno 2012 e tendenza <= 180 x 100.000 ab.	135,60	161,89	26,29

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA

codice az.le (minist.le)	indicatore	obiettivo/target	2012	2013	andamento
H1 (T9)	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%	35,14%	41,53%	6,39%
H2 - (H14)	% Ricoveri ordinari medici brevi	tendenza <= 17%	53,68%	40,58%	-13,10%
H5	Peso DRG	>= Anno 2012	1,8892	1,8416	- 0,05
H6	% Ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	<= Anno 2012	3,37%	3,60%	0,23%
HT3 - tasso aziendale (*)	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	<= Anno 2012 e tendenza <= 180 x 100.000 ab.	135,60	161,89	26,29

(*) Nota bene: gli indicatori sanitari HT1, HT2 e HT3 non possono al momento tener conto del dato della mobilità passiva 2013, in quanto lo stesso verrà messo a disposizione dalla Regione Autonoma della Sardegna appena saranno disponibili i dati di raffronto tra ASL. Pertanto, per favorire la confrontabilità dei dati, si precisa che il dato di mobilità passiva è stato sottratto anche per il 2012.

P.O. SORGONO

codice az.le (minist.le)	indicatore	obiettivo/target	2012	2013	andamento
H1 (T9)	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%	17,95%	15,05%	-2,90%
H2 - (H14)	% Ricoveri ordinari medici brevi	tendenza <= 17%	25,39%	23,78%	-1,61%
H3 (H5)	% di ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1 giorno per i Drg LEA Chirurgici	tendenza >= 87%	69,40%	67,44%	-1,96%
H4 - (H10.1)	% re_ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	tendenza <= 4%	3,03%	2,72%	-0,31%
H5	Peso DRG	>= Anno 2012	0,9725	0,9602	-1,22%
H6	Percentuale di ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza	<= Anno 2012	13,92%	11,96%	-1,96%
H8	% ricoveri con degenza oltre 30 gg	<= Anno 2012	0,73%	0,79%	0,06%
HC3	% Drg medici da reparti chirurgici	<= Anno 2012	50,33%	57,43%	7,10%
HC4	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<= Anno 2012	0,36	0,46	0,10
HC5	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario di 0-1 giorno	>= Anno 2012	n.d.	n.d.	n.d.
HC7	% di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	tendenza >= 36%	87,76%	59,09%	-28,67%
HT1 - tasso Distretto di Sorgono (*)	Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti di età 50-74 anni	<= Anno 2012 e tendenza <= 80 x 100.000 ab.	128,94	72,91	-56,02
HT2 - tasso Distretto di Sorgono (*)	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	<= Anno 2012 e tendenza <= 30 x 100.000 ab.	33,21	58,60	25,40
HT3 - tasso Distretto di Sorgono (*)	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	<= Anno 2012 e tendenza <= 180 x 100.000 ab.	92,10	91,14	-0,96

(*) Nota bene: gli indicatori sanitari HT1, HT2 e HT3 non possono al momento tener conto del dato della mobilità passiva 2013, in quanto lo stesso verrà messo a disposizione dalla Regione Autonoma della Sardegna appena saranno disponibili i dati di raffronto tra ASL. Pertanto, per favorire la confrontabilità dei dati, si precisa che il dato di mobilità passiva è stato sottratto anche per il 2012.

INDICATORI TERRITORIALI SUDDIVISI PER DISTRETTI

codice az.le	indicatore	obiettivo	2012	2013	andamento
HT1 - tasso Distretto di Nuoro (*)	Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti di età 50-74 anni	<= Anno 2012 e tendenza <= 80 x 100.000 ab.	103,87	47,70	- 56,17
HT1 - tasso Distretto di Macomer (*)			13,16	52,29	39,13
HT1 - tasso Distretto di Siniscola (*)			95,50	51,85	- 43,65
HT1 - tasso Distretto di Sorgono (*)			128,94	72,91	- 56,02
HT2 - tasso Distretto di Nuoro (*)	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	<= Anno 2012 e tendenza <= 30 x 100.000 ab.	30,49	33,91	3,42
HT2 - tasso Distretto di Macomer (*)			24,02	24,21	0,19
HT2 - tasso Distretto di Siniscola (*)			39,17	39,06	- 0,11
HT2 - tasso Distretto di Sorgono (*)			33,21	58,60	25,40
HT3 - tasso Distretto di Nuoro (*)	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	<= Anno 2012 e tendenza <= 180 x 100.000 ab.	170,64	198,12	27,49
HT3 - tasso Distretto di Macomer (*)			52,63	26,14	- 26,49
HT3 - tasso Distretto di Siniscola (*)			127,33	207,40	80,07
HT3 - tasso Distretto di Sorgono (*)			92,10	91,14	- 0,96

(*) Nota bene: gli indicatori sanitari HT1, HT2 e HT3 non possono al momento tener conto del dato della mobilità passiva 2013, in quanto lo stesso verrà messo a disposizione dalla Regione Autonoma della Sardegna appena saranno disponibili i dati di raffronto tra ASL. Pertanto, per favorire la confrontabilità dei dati, si precisa che il dato di mobilità passiva è stato sottratto anche per il 2012.

T3 - Aziendale	Percentuale di anziani, di età >= 65 anni, trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI)	tendenza >= 4%	7,10%	n.d.	-
-----------------------	---	----------------	-------	------	---

INDICATORI DELLA PREVENZIONE

codice az.le (minist.le)	indicatore	obiettivo	2012	stima 2013	andamento
PR1 - Aziendale	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti di età >= 65 anni	tendenza >= 70%	66,40%	66,00%	-0,40%

Parte seconda

*Definizione visione strategica aziendale e pianificazione operativa di dettaglio
dipartimentale e di macro-struttura*

Visione strategica "macro"

Promozione efficienza sanitaria e manageriale

- Governo del personale
- Governo degli acquisti di beni e servizi
- Controllo interno
- Valutazione performance
- Management processi
- Innovazione
- Prevenzione Corruzione

DIRETTIVE E INDIRIZZI REGIONALI E NAZIONALI



ESAME CONTESTO ESTERNO E INTERNO



ESAME OFFERTA SANITARIA AZIENDALE



STRATEGIA AZIENDALE



OUTCOME - Miglioramento stato salute e soddisfazione esigenze dei cittadini

STRATEGIA AREA OSPEDALIERA

Gestione in via esclusiva delle acuzie

Gestione della medio-alta complessità

Innovazione dei processi e dei percorsi di cura

STRATEGIA AREA TERRITORIALE

Governo della domanda e dell'accesso ai servizi

Gestione della cronicità

Gestione della bassa criticità

Presenza in carico differenziale in base al bisogno

Integrazione sociosanitaria

STRATEGIA AREA DELLA PREVENZIONE

Azioni pervasive di prevenzione

Comunicazione azioni per fasce sensibili

Tempestività azioni

Incisività azioni

DEFINIZIONE OBIETTIVI DI AREA STRATEGICA

AREA OSPEDALIERA

- ▶ Riduzione delle Liste di Attesa
- ▶ Umanizzazione dell'assistenza ospedaliera e miglioramento degli indici di Customer Satisfaction
- ▶ Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna inappropriata o domiciliabile
- ▶ Riduzione attività di natura ambulatoriale e di ricovero diurno (DH e DS) inappropriata
- ▶ Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni
- ▶ Ottimizzazione dell'organizzazione e allocazione del personale per intensità e tipologie di cure
- ▶ Riduzione costi variabili e diretti, controllabili dalle Unità Operative
- ▶ Completezza sistema dei flussi informativi

AREA TERRITORIALE

- ▶ Riduzione delle Liste di Attesa
- ▶ Potenziamento gestione patologie domiciliabili
- ▶ Miglioramento appropriatezza prescrittiva
- ▶ Potenziamento controlli quali quantitativi sulla committenza esterna
- ▶ Integrazione "ospedale-territorio" e percorsi in Day Service
- ▶ Miglioramento della qualità dei servizi e dell'umanizzazione nel rapporto col paziente e con i familiari
- ▶ Riduzione costi variabili e diretti, controllabili dalle Unità Operative
- ▶ Completezza sistema dei flussi informativi

AREA DELLA PREVENZIONE

- ▶ Rispetto standard regionali sulle vaccinazioni e sugli screening
- ▶ Pieno utilizzo fondi a destinazione vincolata su progetti regionali
- ▶ Rispetto obiettivi regionali e ministeriali di sanità animale e produzione zootecnica
- ▶ Miglioramento della qualità dei servizi e dell'umanizzazione nel rapporto con le utenze e le aziende oggetto di controllo
- ▶ Riduzione costi variabili e diretti, controllabili dalle Unità Operative
- ▶ Completezza sistema dei flussi informativi

AREA AMMINISTRATIVA

- ▶ Miglioramento della qualità dei servizi interni e di supporto, ottimizzazione dei processi e dei tempi di risposta agli utenti interni
- ▶ Riduzione costi variabili e diretti, controllabili dalle Unità Operative
- ▶ Semplificazione documentale e snellimento dei tempi burocratici per gli utenti esterni

OBIETTIVO GENERALE E TRASVERSALE

- ▶ Azioni di Prevenzione della corruzione ed applicazione prescrizioni del PTPC
- ▶ Miglioramento dell'efficacia e tempestività dell'area strategica: capacità dei dirigenti di "farsi carico" della risoluzione effettiva delle problematiche assegnate, con un'ottica incentrata sul risultato finale conseguito
- ▶ Responsabilizzazione del personale; rispetto codice di comportamento dipendenti; selettività dei sistemi di valutazione
- ▶ Miglioramento del benessere organizzativo, della comunicazione e del clima collaborativo nelle singole Unità Operative

ASPETTI TECNOLOGICO STRUTTURALI

L'Azienda intende realizzare l'ammodernamento tecnologico e strutturale soprattutto attraverso lo strumento della Finanza di Progetto. Gli interventi comprendono i lavori di ristrutturazione, ammodernamento tecnologico e riqualificazione delle degenze e dei

servizi sanitari, coerentemente con i requisiti strutturali e tecnologici di cui alle norme sull'accreditamento istituzionale e nel rispetto di quelle sulla sicurezza, superando così i problemi di carattere strutturale tutt'ora presenti nei vari siti aziendali.

Una fase strategica del progetto di finanza, oltre il già citato completamento strutturale, è rappresentata dalla riorganizzazione logistica dei servizi sanitari e amministrativi nei presidi sanitari e ospedalieri di Nuoro, Sorgono, Macomer e Siniscola.

Si intende infatti cogliere l'occasione fornita dagli interventi sulle strutture, per meglio ridisegnare e rivisitare anche la dislocazione degli spazi assegnati alle singole Unità Operative principalmente nell'ottica di una maggiore funzionalità e sicurezza degli ambienti di lavoro.

In particolare, nel 2014 è previsto per gli Ospedali un primo riassetto funzionale che ne segni più marcatamente la funzione strategico assistenziale di ciascuno.

Piani operativi 2014-2016

SUB INDICE DEI PIANI OPERATIVI:

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO Ospedali: San Francesco / C. Zonchello e San Camillo	Pag. 19
Unità Operative del - DIPARTIMENTO DELLE CURE MEDICHE	Pag. 23
Unità Operative del - DIPARTIMENTO DELLE CURE CHIRURGICHE	Pag. 27
Unità Operative del - DIPARTIMENTO DEI SERVIZI OSPEDALIERI	Pag. 32
Unità Operative del - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA	Pag. 35
Unità Operative del - DIPARTIMENTO DI RADIO ONCOLOGIA	Pag. 41
Unità Operative della - ASSISTENZA DISTRETTUALE - NUORO / MACOMER / SINISCOLA / SORGONO	Pag. 44
ASSISTENZA COLLETTIVA - Unità Operative del DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Pag. 50
ASSISTENZA COLLETTIVA - Unità Operative del DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	Pag. 54
DIPARTIMENTO ATTIVITA' SANITARIE - Unità Operative del Servizio - RIABILITAZIONE, RESID.TA' SAN. E HOSPICE	Pag. 57
DIPARTIMENTO ATTIVITA' SANITARIE - Unità Operative del Servizio - FARMACIA	Pag. 60
DIPARTIMENTO ATTIVITA' SANITARIE - altre Unità Operative del Dipartimento	Pag. 63
Unità Operative del - DIPARTIMENTO ATTIVITA' AMMINISTRATIVE E TECICO LOGISTICHE	Pag. 65
Unità Operative degli - UFFICI DI STAFF	Pag. 70

COSA SONO I PIANI OPERATIVI:

Il Piano Triennale della Performance contiene due livelli di obiettivi: uno di livello aziendale "strategico e generale" ed uno di livello dipartimentale o di Macro-Centro, con obiettivi di tipo "operativo".

Gli obiettivi aziendali strategici sono stati definiti nel precedente paragrafo quali obiettivi aziendali di "sistema", che delineano la strategia a medio lungo termine per l'Azienda sanitaria di Nuoro.

Gli stessi devono essere però "adattati" e "presi in carico" dalle differenti realtà operative che permeano l'organizzazione aziendale. Inoltre devono essere messi in sinergia con ulteriori obiettivi di "portata inferiore", che dettagliano i risultati attesi dalle diverse strutture aziendali.

Il "**Piano Operativo**" è pertanto un documento che formalizza il sistema di obiettivi strategici e di dettaglio definiti per tutte le Unità Operative afferenti i **Dipartimenti e le Macro-Strutture aziendali**. Al suo interno vengono riportati anche indicatori, target e risultati attesi, specifiche di dettaglio operativo. Gli obiettivi vengono differenziati nella loro importanza strategica attraverso un sistema di "pesi" che, nel suo totale, ammonta a 100.

I Piani Operativi puntualmente "adottati" dalle differenti strutture complesse e semplici dipartimentali per "area" di appartenenza, saranno la base fondamentale del successivo processo di valutazione della "**Performance Organizzativa**", che avverrà a consuntivo e terrà conto delle peculiarità, delle risorse a disposizione, degli ambiti gestionali di ciascuna Unità Organizzativa e della mutevolezza infrannuale del quadro strategico di riferimento.

Per il raccordo tra la "Performance Organizzativa" aziendale e strutturale e la "Performance Individuale" dei dipendenti, che porta ad un sistema di incentivazione "selettivo e differenziato", si legga il capitolo apposito, a pag. 81.

PIANO OPERATIVO 2014-2016

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO Ospedali: San Francesco / C. Zonchello e San Camillo

Missione: La DM di presidio supporta la Direzione aziendale nella realizzazione dei programmi di sviluppo strategico attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulle interfacce operative. I principali obiettivi della DMP sono di concorrere a migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle attività svolte in ospedale, assicurando la sicurezza e l'equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, l'efficiente utilizzo delle risorse assegnate ed una spinta all'innovazione culturale congruente con le scelte istituzionali che coinvolgono l'Azienda. La DMP supporta inoltre la Direzione Aziendale nelle attività di monitoraggio e rendicontazione, nella gestione delle problematiche igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, di aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni. E' inoltre corresponsabile del governo clinico del Presidio, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e del rischio clinico in collaborazione con il Risk Management.

Spese per farmaci, dispositivi e presidi medico chirurgici: supporto e monitoraggio sulla corretta tenuta dell'armadietto (ciclo carico/scarico/rimanenze/scaduti). Supporto alla distribuzione diretta del farmaco.

Degenze ordinarie: Occorre supportare il processo di riduzione dei ricoveri con finalità diagnostica e miglioramento degli altri parametri oggetto di specifici indicatori ospedalieri. E' inoltre assai rilevante il massimo supporto e monitoraggio all'ottimizzazione delle consulenze interne, in particolare per le emergenze e per i pazienti in dimissione (onde consentire la riduzione della degenza media dei pazienti dei reparti che chiedono le consulenze). Riveste particolare rilevanza anche il supporto ai percorsi di gestione del c.d. "Tumor Board" per la valutazione e gestione simultanea, multidisciplinare ed integrata dei pazienti con sospetta neoplasia da parte delle strutture competenti (reparti chirurgici, medici, medicina oncologica e radio-oncologia).

Supporto strategico: la DMP concorre alla riconversione delle degenze ordinarie e dell'assetto ospedaliero, indirizzando le U.O. a rafforzare il ricorso al DS/DH in sostituzione dei ricoveri ordinari e, nella prospettiva finale, ad aumentare l'utilizzo del sistema ambulatoriale basato su percorsi PDTA (percorsi diagnostico terapeutico assistenziali), PACC e Day Service Ambulatoriali (DSA), previsti e tariffati dalla RAS con Delibera GR 37/9 del 25/09/2007, anche per la corretta gestione degli aspetti tariffari e organizzativi. (vedere di seguito nota esplicativa). Supporta i processi di ottimizzazione dei processi concernenti il blocco operatorio (fase pre e post operatoria), al fine di verificare il miglioramento dei tempi di attesa per la chirurgia programmata ed il supporto anestesilogico

Gestione aspetti strutturali: verifica puntuale, tecnico professionale, delle norme sull'accreditamento delle strutture sanitarie aziendali, anche rispetto all'evoluzione del quadro normativo; verifica prioritariamente centrata sulle nuove strutture in consegna; verifica rispetto tempi consegna strutture, secondo programmi concordati con la società di progetto, in partnership con le strutture tecnico logistiche competenti;

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
DM1	svolgimento attività istituzionale e strategica (ambito strutturale e tecnologico)	puntuale risoluzione delle problematiche emergenti; n. non conformità riscontrate e formalizzate dal gruppo tecnico regionale per le autorizzazioni e gli accreditamenti; n. prescrizioni documentali ricevute/ n. trasferimenti		10		supervisione sanitaria delle norme sull'accreditamento delle strutture ospedaliere, anche rispetto all'evoluzione del quadro normativo; verifica prioritariamente centrata sulle nuove strutture in consegna; verifica rispetto prescrizioni tecniche regionali; capacità di predisporre e tenere aggiornata la documentazione progettuale ed esecutiva inerente le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture; gestione in partnership con le unità tecniche di manutenzioni e lavori (costante verifica degli standard tecnologico strutturali); verifica rispetto della check list regionale sulle norme in materia di apparecchiature tecnologiche e impiantistiche.
DM2	svolgimento attività istituzionale e strategica (ambito processi, procedure e rischio clinico)	puntuale risoluzione delle problematiche emergenti; n. non conformità riscontrate e formalizzate dal gruppo tecnico regionale per le autorizzazioni e gli accreditamenti		10		Verifica check list regionale sulle procedure organizzative dei reparti e supporto agli stessi per la loro concreta predisposizione e attuazione; coinvolgimento servizio infermieristico e responsabili di reparto, nelle materie ora elencate; studio e analisi dati infezioni ospedaliere, attraverso gruppo di lavoro (comitato infezioni ospedaliere); predisposizione rilevazioni statistiche e relazione per il DG sulle principali evidenze riscontrate; raccolta di tutti i documenti sui collaudi di consegna delle apparecchiature tecnologiche; revisione degli assetti strutturali e organizzativi esistenti, alla luce dei requisiti vigenti dell'accREDITAMENTO sanitario

GR1	Gestione risorse umane e strumentali	supporto alla puntuale gestione dei fabbisogni di risorse umane, apparecchiature e tecnologie. Contenimento della spesa.		10	Supporto alla Direzione Generale nella oculata gestione del personale. In particolare si chiede un attento e responsabile monitoraggio attivo delle richieste di risorse aggiuntive provenienti dalle U.O. afferenti la macro struttura, in collaborazione con il Servizio Infermieristico e delle Professioni Sanitarie. Occorre privilegiare l'oculata riallocazione delle risorse sulla base dei carichi di attività, rispetto alle nuove acquisizioni, salvo le professionalità non fungibili. Ulteriore supporto concerne le risorse strumentali, tecnologiche e strutturali, per le quali occorre una valutazione di economicità e sostenibilità degli acquisti, in collaborazione con le strutture all'uso dedicate; revisione degli assetti strutturali e organizzativi esistenti, alla luce dei requisiti vigenti dell'accreditamento sanitario
SO1	supporto all'ottimizzazione dei processi di sala operatoria	incremento n. interventi x seduta; valore DRG chirurgici; minimizzazione liste e tempi di attesa della chir. programmata		10	supporto alla: revisione organizzativa del blocco operatorio; ottimizzazione e monitoraggio liste di attesa; monitoraggio supporto anestesilogico; monitoraggio livello di utilizzo della sala operatoria e programmazione chirurgia elettiva.
H1	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%		10	media U.O. ospedaliere
Q1 a	customer satisfaction degenze	>= 3			media U.O. ospedaliere. Favorire crescita umanizzazione ed accoglienza.
Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3			
Q2	benessere organizzativo	>= 3		5	dato di DMP

LA1	liste e tempi di attesa specifici	monitoraggio miglioramento dato storico delle liste di attesa; utilizzo parametri di priorità clinica / emergenza; attivazione di PDTA, PAC e Day service		15	Occorre supportare il governo della domanda di prestazioni: razionalizzare ed ottimizzare l'offerta delle prestazioni, gestire razionalmente il sistema degli accessi mediante la riorganizzazione del C.U.P., rivedere periodicamente l'attività prescrittiva e promuovere la refertazione tempestiva delle prestazioni effettuate, riorganizzare l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) e fissare i tempi massimi per le prestazioni. Occorre condividere un percorso per la gestione delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari secondo criteri di appropriatezza e di priorità clinica e diagnostica, garantendo la trasparenza a tutti i livelli di programmazione, di organizzazione e di erogazione delle prestazioni sanitarie.
P1	efficienza organizzativa: implementazione PDTA, PAC e Day service centrati sul paziente	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti gestiti		10	Supportare l'implementazione di PAC e day service in accordo con U.O. Garantire appropriatezza e tempestività delle attività sanitarie, ma anche offrire ai cittadini gli strumenti per una migliore conoscenza del sistema, ai fini della trasparenza e dell'equità nell'accesso.
P2	completezza file C	tendenza 100%		5	Controllare la correttezza dei dati di attività sanitaria e di tipo epidemiologico, il rispetto dei tempi di trasmissione e la loro completezza.
P3	completezza e correttezza SDO	chiusura SDO entro 15 gg del mese successivo. Completezza SDO		10	monitoraggio scadenze chiusura e verifica DRG anomali. Gestione documentazione sanitaria e consegna cartelle cliniche, vigilanza sulla tenuta degli archivi clinici.
P4	consulenze interne e refertazioni	verifica processi. Supporto alle verifiche da parte di unità "cliente". Valutazione "costo" delle consulenze interne richieste		5	monitoraggio presenza segnalazioni ritardi e problemi di processo; controlli sul campo
				100	-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

Unità Operative del - DIPARTIMENTO DELLE CURE MEDICHE

Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa dell'Azienda. Esso supporta la Direzione aziendale nella realizzazione dei programmi di sviluppo strategico attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulle interfacce operative. I principali obiettivi del dipartimento sono di migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle attività svolte, assicurando la massima flessibilità organizzativa dei servizi, equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, efficiente utilizzo delle risorse assegnate e una spinta all'innovazione culturale congruente con le scelte istituzionali che coinvolgono l'Azienda. Dovere delle strutture afferenti è quello di garantire la massima adesione alle politiche dipartimentali di miglioramento e sviluppo.

Missione: *le unità del dipartimento debbono potenziare l'appropriatezza dell'attività di degenza e la qualificazione delle attività di Day Hospital. Il miglioramento quali-quantitativo dell'offerta e del peso medio dei DRG necessita di una particolare attenzione per l'organizzazione dei processi di presa in carico del paziente anche in sinergia con le attività territoriali e col PS, in tal senso sono necessari sforzi di integrazione e massima collaborazione, anche con il coinvolgimento delle commissioni sull'appropriatezza prescrittiva istituite nei distretti territoriali. Da un punto di vista dipartimentale è necessario potenziare maggiormente la capacità di operare in modo trasversale, superando i confini tra le differenti strutture, per giungere a risultati condivisi ed efficaci sia in termini di risposta sanitaria e organizzativa che economica, anche in un'ottica di partnership con le attività diagnostiche, chirurgiche e dell'emergenza.*

Spese per farmaci, dispositivi e presidi medico chirurgici: *in questo ambito, estremamente rilevante, occorre dare luogo ad una imputazione sempre più analitica delle spese in capo ai pazienti, al fine di evidenziare i consumi correlati alle singole attività di degenza, con il miglioramento dell'utilizzo degli strumenti automatizzati di gestione degli armadietti di reparto (gestione ciclo carico/scarico/rimanenze/scaduti). Negli ultimi anni si confermano gli eccellenti risultati relativi alla distribuzione diretta del farmaco, pertanto tale attività è da presidiare e potenziare ulteriormente.*

Degenze: *il contenimento dei ricoveri ordinari o diurni ad alto rischio di inappropriatazza o di quelli con finalità diagnostica passa anche per l'implementazione dei percorsi ambulatoriali complessi di cui al punto successivo, in collaborazione con i servizi diagnostici di volta in volta interessati. Occorre pertanto definire processi che garantiscano il massimo supporto reciproco tra U.O., sia nelle consulenze interne (in particolare per le emergenze e per i pazienti in dimissione, ove il fattore "tempo" è fondamentale per la riduzione della degenza media dei pazienti dei reparti che chiedono le consulenze stesse) che nelle attività di diagnosi strumentale e di laboratorio. Riveste particolare rilevanza, data l'ascesa delle patologie oncologiche, l'istituzione del c.d. "Tumor Board" per la valutazione e gestione simultanea, multidisciplinare ed integrata dei pazienti con sospetta neoplasia da parte delle strutture competenti (reparti chirurgici, medici, medicina oncologica e radio-oncologia, i servizi anatomo patologici, la terapia antalgica e le cure palliative). Ulteriori aspetti migliorativi riguarderanno la gestione dei ricoveri indotti dal Pronto Soccorso con il quale occorre introdurre e definire processi di gestione in partnership.*

Gestione ambulatoriale: *occorre potenziare la collaborazione e l'interazione con i Distretti (integrazione ospedale-territorio), coinvolgendo in particolare i MMG, i PLS e la specialistica ambulatoriale, al fine di instaurare percorsi integrati di gestione dei pazienti affetti dalle principali e ricorrenti patologie. Da un punto di vista organizzativo occorrerà implementare il maggior numero possibile di percorsi PDTA (percorsi diagnostico terapeutico assistenziali), di PACC (percorsi ambulatoriali complessi) e Day Service Ambulatoriali (DSA), previsti e tariffati dalla RAS con Delibera GR 37/9 del 25/09/2007, in accordo con la Direzioni Mediche di Presidio, anche per la corretta gestione degli aspetti tariffari e organizzativi. (vedere di seguito nota esplicativa)*

Mobilità: sin dall'entrata in vigore del d.lgs. 502/92 la compensazione finanziaria regionale della mobilità sanitaria, ha rappresentato un elemento importante per riconoscere l'effettiva capacità di attrazione sanitaria e qualitativa delle singole U.O.. Qualsiasi sia il senso della scelta individuale di mobilità, è evidente che buona parte della mobilità ospedaliera rappresenti per molti versi un fenomeno patologico che impatta negativamente sotto una molteplicità di profili: i costi privati intangibili, connessi all'inevitabile disagio sociale vissuto dal paziente e dai suoi familiari a causa di un ricovero lontano dalla propria abitazione e comunque in una regione diversa da quella in cui si risiede abitualmente; i costi privati tangibili, legati alle spese connesse al ricovero ed alle esigenze di assistenza comunque amplificate dalla lontananza dal luogo di vita abituale; i costi aziendali dovuti all'insufficiente utilizzazione delle capacità produttive ed allo scorporo della tariffa DRG; i problemi organizzativi legati alle scelte di programmazione, all'aumento delle liste d'attesa ed alla conseguente inappropriata utilizzazione dei posti letto. Emerge pertanto la necessità di avviare le più opportune azioni di gestione di tale rilevante aspetto nelle singole U.O., soprattutto per la mobilità dovuta a sfiducia verso i servizi locali.

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AS1	valutazione quali-quantitativa dei volumi di attività e dei dati di mobilità	miglioramento quali-quantitativo dato storico		18		valutazione specifica per U.O.
F1	Rapporto spesa farmaci e mat. sanitario / produzione DRG	riduzione		15		Riduzione degli antibiotici iniettabili; consumo inibitori di pompa protonica; % abbandono pz in terapia con statine.
F3	Rapporto spesa presidi m.c. e mat. protesici / produzione DRG	riduzione				
H1	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%		15		(vedere nota a piè pagina)
H2	% Ricoveri ordinari medici brevi	tendenza <= 17%				
H3	% di ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1 giorno	tendenza >= 87%				
H4	% re_ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	tendenza <= 4%				

H5	Peso DRG	incremento dato storico				
H6	% DRG alto rischio inappropriata	riduzione dato storico			secondo allegato patto salute Stato-Regione	
H8	% ricoveri con degenza oltre 30 gg	riduzione dato storico			integrazione ospedale-territorio	
HT1	Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti di età 50-74 anni	riduzione dato storico			indicatore esclusivo della Pneumologia e dei Distretti territoriali	
HT2	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	riduzione dato storico			indicatore esclusivo della Medicina, della diabetologia e dei Distretti territoriali	
HT3	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	riduzione dato storico			indicatore esclusivo di Cardiologia, Medicina, Geriatria, Pronto Soccorso e Distretti territoriali	
Q1 a	customer satisfaction degenze	>= 3		5	Favorire crescita umanizzazione ed accoglienza.	
Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3		3		
Q2	benessere organizzativo	>= 3		2		
LA1	liste e tempi di attesa specifici	monitoraggio miglioramento dato storico delle liste di attesa; utilizzo parametri di priorità clinica / emergenza; attivazione di PDTA, PAC e Day service			15	Occorre condividere un percorso per la gestione delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari secondo criteri di appropriatezza e di priorità clinica e diagnostica, garantendo la trasparenza a tutti i livelli di programmazione, di organizzazione e di erogazione delle prestazioni sanitarie.
P1	efficienza organizzativa: implementazione PDTA, PAC e Day service centrati sul paziente	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti gestiti			13	Implementare PDTA, PAC e day service in accordo con Direzione di Presidio. Garantire appropriatezza e tempestività delle attività sanitarie, ma anche offrire ai cittadini gli strumenti per una migliore conoscenza del sistema, ai fini della trasparenza e dell'equità nell'accesso.
P2	completezza file C	tendenza 100%			5	

P3	completezza e correttezza SDO	chiusura SDO entro 15 gg del mese successivo. Completezza SDO.		5		per la dirigenza medica si pongono gli obiettivi della chiusura della SDO entro il 15 del mese successivo ed il controllo sui DRG anomali (rimane sempre alto infatti il numero di SDO non compilate correttamente e completamente col rischio di rendere non del tutto attendibili i dati sulla produzione e le classificazioni dei DRG, con conseguente rischio di esiti "inappropriati")
P4	consulenze interne e refertazioni	miglioramento tempi supporto. Verifica tempi da parte di unità "cliente". Verifica "costo" delle consulenze interne richieste		4		verifica presenza segnalazioni ritardi e problemi di processo; controlli sul campo
				100		-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

Unità Operative del - DIPARTIMENTO DELLE CURE CHIRURGICHE

Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa dell'Azienda. Esso supporta la Direzione aziendale nella realizzazione dei programmi di sviluppo strategico attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulle interfacce operative. I principali obiettivi del dipartimento sono di migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle attività svolte, assicurando la massima flessibilità organizzativa dei servizi, equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, efficiente utilizzo delle risorse assegnate e una spinta all'innovazione culturale congruente con le scelte istituzionali che coinvolgono l'Azienda. Dovere delle strutture afferenti è quello di garantire la massima adesione alle politiche dipartimentali di miglioramento e sviluppo.

Missione: *le strutture del dipartimento sono chiamate al potenziamento quali-quantitativo dell'attività chirurgica in esse svolta e ad abbattere la mobilità passiva dei pazienti. Ricerca di una maggiore attenzione all'appropriatezza clinica e agli esiti delle azioni e degli interventi sanitari. Miglioramento produttività delle sale operatorie che rappresentano, anche da un punto di vista economico visto l'elevatissimo impatto per l'assistenza ospedaliera nel suo complesso. Le maggiori criticità nel blocco op. hanno riguardato l'organizzazione dei processi di presa in carico del paziente sia nella fase pre operatoria (visite pre intervento, movimentazione dai reparti ecc.) che in quella operatoria (inizio primo intervento; tempi dei cambi; utilizzo pieno sedute operatorie), le quali presentano ancora oggi importanti spazi di miglioramento in partnership con l'Anestesia ed i servizi complementari e diagnostici. Occorre infatti dare corso ad un abbattimento dei tempi della gestione chirurgica (avvio quotidiano operatività delle sale), con una riduzione dei momenti di inattività legati ad aspetti organizzativi di processo e di programmazione delle sedute, per arginare a livello aziendale la diminuzione del numero di interventi con conseguente allungamento dei tempi di attesa dei pazienti per la chirurgia programmata.*

Spese per farmaci, dispositivi e presidi medico chirurgici: *questo ambito, estremamente rilevante, richiede una responsabilizzazione sui consumi dei dispositivi, beni e materiali protesici per singola specialità chirurgica. Deve essere infatti drasticamente ridotta l'imputazione indifferenziata del consumo di tale materiale sanitario, talora di importo rilevante, al centro di costo comune del blocco operatorio. Occorre pertanto dare luogo ad una imputazione analitica delle spese, al fine di evidenziare i consumi correlati alle singole attività chirurgiche, anche attraverso l'uso di strumenti automatizzati di lettura ottica messi a disposizione dal sistema regionale SISAR e provvedere alla corretta tenuta dell'armadietto (ciclo carico/scarico/rimanenze/scaduti). Negli ultimi anni si confermano gli eccellenti risultati relativi alla distribuzione diretta del farmaco, pertanto tale attività è da presidiare e potenziare ulteriormente.*

Degenze ordinarie: *Occorre ridurre i ricoveri con finalità diagnostica e migliorare gli altri parametri oggetto di specifici indicatori sotto riportati in questo Piano Operativo dipartimentale. E' inoltre assai rilevante il massimo supporto reciproco nelle consulenze interne, in particolare per le emergenze e per i pazienti in dimissione (onde consentire la riduzione della degenza media dei pazienti dei reparti che chiedono le consulenze). Riveste particolare rilevanza anche la rivisitazione dei percorsi di gestione del c.d. "Tumor Board" per la valutazione e gestione simultanea, multidisciplinare ed integrata dei pazienti con sospetta neoplasia da parte delle strutture competenti (reparti chirurgici, medici, medicina oncologica, radio-oncologia, terapia antalgica e cure palliative). Ulteriori aspetti migliorativi riguarderanno, infine, i reparti per i ricoveri programmati e per quelli provenienti dal Pronto Soccorso con degenza superiore ai tre giorni (partendo dal presupposto che potrebbe esserci una codifica non congrua della SDO) mentre per i ricoveri urgenti con degenza inferiore o uguale a tre giorni si valuteranno aspetti migliorativi in partnership con lo stesso Pronto Soccorso.*

Degenze in Day Surgery: *passaggio dalle degenze ordinarie a DH/DS/Day Service Ambulatoriali (DSA) anche secondo lo spirito di cui all'art. 4 della Legge Regionale 7 novembre 2012, n.21 che, privilegiando il riassetto ospedaliero, indirizza le aziende a rafforzare il ricorso al DS/DH in sostituzione dei ricoveri ordinari e, nella prospettiva finale, ad aumentare l'utilizzo del sistema ambulatoriale come sotto evidenziato.*

Gestione ambulatoriale: occorre potenziare la collaborazione con i distretti (integrazione ospedale-territorio), al fine di instaurare percorsi integrati di gestione dei pazienti cronici e non. Da questo punto di vista è importante la collaborazione attiva con le Commissioni Appropriatazza prescrittiva istituite nei singoli Distretti. Da un punto di vista organizzativo occorre sviluppare direttamente (e/o supportare lo sviluppo da parte di altre U.O.) di PACC e Day Service Ambulatoriali (DSA), previsti e tariffati dalla RAS con Delibera GR 37/9 del 25/09/2007, in accordo con la DM di Presidio, anche per la corretta gestione degli aspetti tariffari e organizzativi. (vedere di seguito nota esplicativa)

Mobilità: sin dall'entrata in vigore del d.lgs. 502/92 la compensazione finanziaria regionale della mobilità sanitaria, ha rappresentato un elemento importante per riconoscere l'effettiva capacità di attrazione sanitaria e qualitativa delle singole U.O.. Qualsiasi sia il senso della scelta individuale di mobilità, è evidente che buona parte della mobilità ospedaliera rappresenti per molti versi un fenomeno patologico che impatta negativamente sotto una molteplicità di profili: i costi privati intangibili, connessi all'inevitabile disagio sociale vissuto dal paziente e dai suoi familiari a causa di un ricovero lontano dalla propria abitazione e comunque in una regione diversa da quella in cui si risiede abitualmente; i costi privati tangibili, legati alle spese connesse al ricovero ed alle esigenze di assistenza comunque amplificate dalla lontananza dal luogo di vita abituale; i costi aziendali dovuti all'insufficiente utilizzazione delle capacità produttive ed allo scorporo della tariffa DRG; i problemi organizzativi legati alle scelte di programmazione, all'aumento delle liste d'attesa ed alla conseguente inappropriata utilizzazione dei posti letto. Emerge pertanto la necessità di avviare le più opportune azioni di gestione di tale rilevante aspetto nelle singole U.O., soprattutto per la mobilità dovuta a sfiducia verso i servizi locali.

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AS1	valutazione quali-quantitativa dei volumi di attività e dei dati di mobilità	miglioramento quali-quantitativo dato storico		15		valutazione specifica per U.O.

SO1	ottimizzazione dipartimentale uso sala operatoria	puntualità inizio primo intervento; incremento n. interventi x seduta; valore DRG chirurgici; minimizzazione liste e tempi di attesa della chir. Programmata; Produttività (vedere nota a piè pagina)		15	revisione organizzativa del blocco operatorio; ottimizzazione gestione ferristi, movimentazione pazienti ecc., ottimizzazione della programmazione degli interventi e delle varie combinazioni sala operatoria-giorno (o porzione di giornata) a ciascuna unità chirurgica. Integrazione con anestesisti. Suddivisione dei pazienti in diverse categorie (classificazioni di priorità basata sullo stato clinico) per l'ottimizzazione della lista d'attesa. Riduzione dei tempi di inattività tra un intervento e il successivo. Livellamento delle risorse e degli interventi per evitare la formazione di picchi di attività (rischi da "saturazione") o di inattività (costi da sotto-utilizzo). Minimizzazione degli "overtime", ovvero delle ore di straordinario fatte rispetto al normale orario di lavoro ed agli orari di apertura soliti delle sale operatorie.	
F2	Rapporto spesa farmaci / produzione DRG	riduzione incidenza		15	Riduzione degli antibiotici iniettabili; consumo inibitori di pompa protonica; % abbandono pz in terapia con statine.	
F3	Rapporto spesa presidi m.c. e mat. protesici / produzione DRG	riduzione incidenza				
F4	Spesa Presidi medico chirurgici e Materiale Protesico imputati a blocco operatorio / produzione DRG (o valore produzione)	riduzione entità "costi comuni"				
H1	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%		15	vedere nota a piè pagina	
H2	% Ricoveri ordinari medici brevi	tendenza <= 17%				
H3	% di ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1 giorno	tendenza >= 87%				
H4	% re_ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	tendenza <= 4%				
H5	Peso DRG	incremento dato storico				
H6	% DRG alto rischio inappropriatezza	riduzione dato storico				secondo allegato patto salute Stato-Regione
H7	Percentuale di fughe in punti DRG	riduzione dato storico				

H8	% ricoveri con degenza oltre 30 gg	riduzione dato storico				integrazione ospedale-territorio
HC1	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	riduzione dato storico				Una volta deciso e programmato un intervento chirurgico il paziente dovrebbe essere ricoverato non più di 1 giorno prima dell'operazione. Gli esami e la visita pre-anestesiologica, necessari per affrontare l'intervento, devono essere fatti in regime ambulatoriale prima del ricovero.
HC2	Indice di sepsi chirurgica in elezione ogni 1000 pz	riduzione dato storico				
HC3	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	riduzione dato storico				
HC4	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	miglioramento dato storico				
HC5	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario di 0-1 giorno	incremento dato storico				indicatore esclusivo della chirurgia generale ed urologia
HC6	Percentuale di parti cesarei	tendenza <= 35%				indicatore esclusivo della ostetricia
HC7	Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	tendenza >= 36%				indicatore esclusivo dell'ortopedia
Q1 a	customer satisfaction degenze	>= 3			5	Favorire crescita umanizzazione ed accoglienza.
Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3			3	
Q2	benessere organizzativo	>= 3			2	

LA1	liste e tempi di attesa specifici	monitoraggio miglioramento dato storico delle liste di attesa; utilizzo parametri di priorità clinica / emergenza; attivazione di PDTA, PAC e Day service		15	Occorre supportare il governo della domanda di prestazioni: razionalizzare ed ottimizzare l'offerta delle prestazioni, gestire razionalmente il sistema degli accessi mediante C.U.P., rivedere periodicamente l'attività prescrittiva e promuovere la refertazione tempestiva delle prestazioni effettuate, riorganizzare l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) e fissare i tempi massimi per le prestazioni. Occorre condividere un percorso per la gestione delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari secondo criteri di appropriatezza e di priorità clinica e diagnostica, garantendo la trasparenza a tutti i livelli di programmazione, di organizzazione e di erogazione delle prestazioni sanitarie.
P1	efficienza organizzativa: implementazione PDTA, PAC e Day service centrati sul paziente	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti gestiti		4	Implementare PDTA, PAC e day service in accordo con Direzione di Presidio. Garantire appropriatezza e tempestività delle attività sanitarie, ma anche offrire ai cittadini gli strumenti per una migliore conoscenza del sistema, ai fini della trasparenza e dell'equità nell'accesso.
P2	completezza file C	tendenza 100%		3	
P3	completezza e correttezza SDO	chiusura SDO entro 15 gg del mese successivo. Completezza SDO.		5	per la dirigenza medica si pongono gli obiettivi della chiusura della SDO entro il 15 del mese successivo ed il controllo sui DRG anomali (rimane sempre alto infatti il numero di SDO non compilate correttamente e completamente col rischio di rendere non del tutto attendibili i dati sulla produzione e le classificazioni dei DRG, con conseguente rischio di esiti "inappropriati")
P4	consulenze interne e refertazioni	miglioramento tempi supporto. Verifica tempi da parte di unità "cliente". Verifica "costo" delle consulenze interne richieste		3	verifica presenza segnalazioni ritardi e problemi di processo; controlli sul campo

100

-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

Unità Operative del - DIPARTIMENTO DEI SERVIZI OSPEDALIERI

Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa dell'Azienda. Esso supporta la Direzione aziendale nella realizzazione dei programmi di sviluppo strategico attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulle interfacce operative. I principali obiettivi del dipartimento sono di migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle attività svolte, assicurando la massima flessibilità organizzativa dei servizi, equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, efficiente utilizzo delle risorse assegnate e una spinta all'innovazione culturale congruente con le scelte istituzionali che coinvolgono l'Azienda. Dovere delle strutture afferenti è quello di garantire la massima adesione alle politiche dipartimentali di miglioramento e sviluppo.

Missione: *i servizi diagnostici ospedalieri concorrono in modo determinante a garantire la tempestività ed accuratezza dei servizi di diagnosi e cura. In particolare viene richiesto un contributo fattivo alla riduzione dell'ospedalizzazione e dei tempi di attesa, spesso legati a processi ed aspetti organizzativi che presentano ancora importanti margini di ottimizzazione. In tal senso è atteso un pieno supporto allo sviluppo dei pacchetti ambulatoriali complessi e dei Day Service che hanno la finalità di migliorare la gestione delle patologie maggiormente comuni e ricorrenti al fine di consentire ai reparti interessati la possibilità di evitare ricoveri ordinari e diurni con finalità diagnostica. Questi ultimi infatti concorrono in maniera determinante alla perdita di efficienza dell'attività ospedaliera nel suo complesso. Altra criticità da risolvere concerne quei percorsi diagnostici che riguardano i pazienti del Pronto Soccorso, che spesso lamentano tempi di attesa anche legati ai servizi richiesti.*

Spese per farmaci, dispositivi e materiali diagnostici: *occorre razionalizzare e potenziare l'efficienza nella gestione dei dispositivi e materiali diagnostici*

Tempi di attesa: *rappresentano forse la voce di maggior sofferenza nella percezione della qualità della sanità pubblica da parte dei cittadini. L'Azienda sta investendo importanti risorse al fine di migliorare una situazione riflessa anche dalla c.d. "medicina difensiva", ma che presenta, comunque, importanti spazi di ottimizzazione e riorganizzazione dei processi fra tutti l'introduzione di razionali criteri di priorità diagnostica.*

Supporto all'attività ambulatoriale: *come richiamato nella missione, occorre garantire il pieno supporto allo sviluppo, da parte delle U.O. aziendali, di PACC e Day Service Ambulatoriali (DSA), previsti e tariffati dalla RAS con Delibera GR 37/9 del 25/09/2007, in accordo con la Direzione di Presidio. A tal fine è doveroso intervenire per la corretta gestione degli aspetti di processo, tariffari e organizzativi, al fine ultimo di garantire una riduzione dei tempi di risposta e delle liste di attesa correlati all'ospedalizzazione e non.*

Prevenzione della corruzione: *rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.*

Nota metodologica: *i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.*

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AS1	valutazione quali-quantitativa dei volumi di attività diagnostica	miglioramento quali-quantitativo dato storico		25		valutazione specifica per U.O.
F1	Rapporto spesa farmaci e mat. sanitario / valore produzione	riduzione incidenza		15		
F5	Rapporto spesa materiale diagnostico (lab-rad) / valore produzione	riduzione incidenza				
H1	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%		30		valutazione congiunta con le U.O. che attivano processi e percorsi diagnostici ambulatoriali e con il Pronto Soccorso
LA1	liste e tempi di attesa specifici	monitoraggio miglioramento dato storico delle liste di attesa; utilizzo parametri di priorità clinica / emergenza; attivazione di PDTA, PAC e Day service				Occorre supportare il governo della domanda di prestazioni: razionalizzare ed ottimizzare l'offerta delle prestazioni, gestire razionalmente il sistema degli accessi mediante C.U.P., rivedere periodicamente l'attività prescrittiva e promuovere la refertazione tempestiva delle prestazioni effettuate e fissare i tempi massimi per le prestazioni. Occorre condividere con le altre U.O. un percorso per la gestione delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari secondo criteri di appropriatezza e di priorità clinica e diagnostica, garantendo la trasparenza a tutti i livelli di programmazione, di organizzazione e di erogazione delle prestazioni sanitarie. Utilizzo a pieno regime di strumenti e apparecchiature diagnostiche
LA2	refertazione per codici colore priorità	riduzione dato storico tempi attesa PS				valutazione congiunta con le U.O. che attivano processi e percorsi diagnostici ambulatoriali e con il Pronto Soccorso
Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3			10	
Q2	benessere organizzativo	>= 3				

P1	efficienza organizzativa: implementazione PDTA, PAC e Day service centrati sul paziente	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti gestiti, in accordo con U.O. "clienti"		20		Valutazione congiunta con le U.O. che attivano tali processi. Implementare PDTA, PAC e day service in accordo con Direzione di Presidio. Obiettivo: garantire appropriatezza e tempestività delle attività sanitarie, ma anche offrire ai cittadini gli strumenti per una migliore conoscenza del sistema, ai fini della trasparenza e dell'equità nell'accesso.
P2	completezza file C	tendenza 100%				
P4	consulenze interne e refertazioni	miglioramento tempi supporto. Verifica tempi da parte di unità "cliente".				valutazione congiunta con le U.O. interessate, verifica presenza segnalazioni ritardi e problemi di processo; controlli sul campo
P5	supporto diagnostico strumentale al Pronto Soccorso	incremento n. percorsi attivati e riduzione tempi di refertazione e di attesa pz del PS				valutazione congiunta con il PS: verifica presenza segnalazioni ritardi e problemi di processo; controlli sul campo
				100	-	

PIANO OPERATIVO 2014-2016

Unità Operative del - DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA

Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa dell'Azienda. Esso supporta la Direzione aziendale nella realizzazione dei programmi di sviluppo strategico attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulle interfacce operative. I principali obiettivi del dipartimento sono di migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle attività svolte, assicurando la massima flessibilità organizzativa dei servizi, equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, efficiente utilizzo delle risorse assegnate e una spinta all'innovazione culturale congruente con le scelte istituzionali che coinvolgono l'Azienda. Dovere delle strutture afferenti è quello di garantire la massima adesione alle politiche dipartimentali di miglioramento e sviluppo.

Missione: *fornire una risposta adeguata alla gestione sanitaria dell'emergenza urgenza. Pur essendo eterogenee quanto a processi e tipologia di attività, le unità del dipartimento sono chiamate al miglioramento quali-quantitativo: dell'offerta; del peso medio dei DRG (nel caso della cardiologia, essendo le altre due U.O. legate ad attività non programmabile); dell'organizzazione dei processi di presa in carico del paziente, con la selezione dei differenti gradi di complessità e l'avvio dei casi non urgenti, all'attività ambulatoriale presso altre U.O. ospedaliere o territoriali. Da un punto di vista dipartimentale è necessario potenziare la capacità di operare in modo trasversale, sinergico, adottando protocolli e linee guida condivisi, per le patologie più frequenti di ambito internistico, chirurgico e traumatologico. Tali percorsi necessitano di condivisione e partnership con le attività diagnostiche, mediche e chirurgiche. I nuovi spazi realizzati nel 2013 consentiranno infine di offrire risposte maggiormente appropriate in termini qualitativi.*

Spese per farmaci, dispositivi e presidi medico chirurgici: *in questo ambito, estremamente rilevante da un punto di vista economico, occorre potenziare, nei limiti della sicurezza e qualità assistenziale per il paziente, il controllo analitico e responsabile dei consumi correlati alle singole attività di assistenza ed alla corretta tenuta dell'armadietto (ciclo carico/scarico/rimanenze/scaduti). Negli ultimi anni si confermano infine gli eccellenti risultati relativi alla distribuzione diretta del farmaco, pertanto tale attività è da presidiare e potenziare ulteriormente.*

Pronto soccorso: *l'UOC Pronto Soccorso - OBI è chiamata istituzionalmente a potenziare la capacità di filtro rispetto alla "ospedalizzazione" oltrechè alla gestione iniziale delle emergenze/urgenze. E' fondamentale l'efficacia della presa in carico del cittadino, con particolare attenzione a tutti i seguenti aspetti: adeguata informazione all'utenza sul codice colore attribuito e sul numero dei pz in attesa; riduzione dei tempi d'attesa relativamente a ciascun codice colore (accesso alla visita medica) ed avvio di protocolli di gestione integrata per visite specialistiche ed esami diagnostici; riduzione dei tempi di permanenza (in collaborazione con altre U.O. e servizi diagnostici); riduzione dei casi di abbandono del PS da parte degli utenti in attesa di visita o di diagnostica. Riduzione richieste visite e consulenze interne non necessarie, con introduzione di codici colore per le stesse, da monitorare negli esiti temporali e di appropriatezza della richiesta (definizione apposito protocollo con altre U.O. e con D.M. di presidio). OBI: funzionamento a pieno regime.*

Cardiologia UTIC: *l'UOC è chiamata a proseguire il percorso di crescita quali-quantitativa nell'attività intensiva e semi-intensiva, nella degenza cardiologica, nell'emodinamica (elettiva e d'urgenza), nell'elettrofisiologia (elettiva e d'urgenza). In ambito ambulatoriale anche questa U.O. è chiamata a contribuire alla riduzione dell'ospedalizzazione (compresa quella di altri reparti, in un'ottica di sistema), anche attraverso l'avvio o il perfezionamento di percorsi di gestione integrata e coordinata della patologia coronarica, delle aritmie, dello scompenso, della sincope in rapporto con gli specialisti ospedalieri ed i distretti territoriali (ai quali saranno proposti protocolli e linee guida di governo per le più comuni e ricorrenti patologie, al fine di uniformare e rendere omogenee, nei confronti dei pz, le attività ed i percorsi ospedale-territorio di diagnosi e cura). Si richiede inoltre un appropriato supporto nelle consulenze ai reparti, in particolare per la gestione delle emergenze e dei pazienti in dimissione, ove il fattore "tempo" è fondamentale per la riduzione della loro degenza media.*

Anestesia e Terapia Antalgica: l'anestesia risponde all'esigenza di supportare adeguatamente gli operatori delle chirurgie, in relazione alla disponibilità ed alle prestazioni del personale ed all'efficienza del trattamento antalgico pre e post operatorio. Tale obiettivo verte sulla necessità di migliorare fortemente l'efficienza del blocco operatorio, che è al centro degli obiettivi delle politiche sanitarie aziendali. In tal senso è richiesta una piena collaborazione con il Dipartimento delle Cure Chirurgiche per l'ottimizzazione della fase preoperatoria (visite anestesilogiche) ed il pieno utilizzo delle sedute programmate, finalizzate all'abbattimento delle correlate liste d'attesa, per garantire l'adeguatezza delle funzioni infermieristiche e mediche di supporto alle varie Sale Operatorie attive ed alla fase di risveglio. Per la Terapia Antalgica è necessario stendere protocolli diagnostico terapeutici per le principali condizioni di dolore cronico (polineuropatia diabetica, nevralgia post erpetica, lombosciatalgia, dolore articolare, dolori iatrogeni neuropatici), in collaborazione con le Cure Palliative.

Rianimazione: La Rianimazione e la Terapia Intensiva sono dedicate al trattamento intensivo di soggetti, provenienti dall'accettazione esterna o dal trasferimento interno dalle Sale Operatorie e dai Reparti Ospedalieri, affetti da una o più insufficienze di organo acute e potenzialmente reversibili, tali - però - da comportare pericolo di vita o di insorgenza di complicanze maggiori. L'UOC deve contribuire al miglioramento qualitativo dell'assistenza aziendale, focalizzando l'attenzione sui processi di gestione dei pz in terapia intensiva e potenziando la terapia semi-intensiva, la T.I. post operatoria.

Gestione ambulatoriale: occorre sviluppare direttamente (e/o supportare lo sviluppo da parte di altre U.O.) di PACC e Day Service Ambulatoriali (DSA), previsti e tariffati dalla RAS con Delibera GR 37/9 del 25/09/2007, in accordo con la Direzione di Presidio, anche per la corretta gestione degli aspetti tariffari e organizzativi. (vedere di seguito nota esplicativa)

Mobilità: sin dall'entrata in vigore del d.lgs. 502/92 la compensazione finanziaria regionale della mobilità sanitaria, ha rappresentato un elemento importante per riconoscere l'effettiva capacità di attrazione sanitaria e qualitativa delle singole U.O.. Qualsiasi sia il senso della scelta individuale di mobilità, è evidente che buona parte della mobilità ospedaliera rappresenti per molti versi un fenomeno patologico che impatta negativamente sotto una molteplicità di profili: i costi privati intangibili, connessi all'inevitabile disagio sociale vissuto dal paziente e dai suoi familiari a causa di un ricovero lontano dalla propria abitazione e comunque in una regione diversa da quella in cui si risiede abitualmente; i costi privati tangibili, legati alle spese connesse al ricovero ed alle esigenze di assistenza comunque amplificate dalla lontananza dal luogo di vita abituale; i costi aziendali dovuti all'insufficiente utilizzazione delle capacità produttive ed allo scorporo della tariffa DRG; i problemi organizzativi legati alle scelte di programmazione, all'aumento delle liste d'attesa ed alla conseguente inappropriata utilizzazione dei posti letto. Emerge pertanto la necessità di avviare le più opportune azioni di gestione di tale rilevante aspetto nelle singole U.O., soprattutto per la mobilità dovuta a sfiducia verso i servizi locali.

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AS1	valutazione quali-quantitativa dei volumi di attività e dei dati di mobilità (per la cardiologia - UTIC)	miglioramento quali-quantitativo dato storico		20		valutazione specifica per U.O.
F1	Rapporto spesa farmaci e mat. sanitario / produzione DRG (o valore produzione)	riduzione incidenza		20		
F3	Rapporto spesa presidi m.c. e mat. protesici / produzione DRG (o valore produzione)	riduzione incidenza				
H1	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%		60		indicatore esclusivo per Cardiologia - UTIC - Emodinamica (vedere nota a piè pagina)
H2	% Ricoveri ordinari medici brevi	tendenza <= 17%				indicatore esclusivo per Cardiologia - UTIC - Emodinamica
H5	Peso DRG	incremento dato storico				indicatore esclusivo per Cardiologia - UTIC - Emodinamica
H6	% DRG alto rischio inappropriatezza	riduzione dato storico				indicatore esclusivo per Cardiologia - UTIC - Emodinamica
HT3	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	riduzione dato storico				indicatore esclusivo di Cardiologia, Medicina, Geriatria, Pronto Soccorso e Distretti territoriali
HT4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato	riduzione dato storico				indicatore esclusivo per Pronto Soccorso OBI

<p>SO1</p>	<p>ottimizzazione dipartimentale uso sala operatoria</p>	<p>ottimizzazione visite anestesilogiche pre intervento; puntualità inizio primo intervento; incremento n. interventi x seduta; valore DRG chirurgici; minimizzazione liste e tempi di attesa della chir. Programmata; Numero visite e consulenze preoperatorie e postoperatorie; Numero di interventi chirurgici in Day surgery e di interventi chirurgici programmati, non eseguiti per motivi anestesilogici; Produttività (vedere nota a piè pagina)</p>	
<p>HE1</p>	<p>attività di emergenza</p>	<p>Numero interventi di emergenza o per l'accettazione di Pronto Soccorso. Numero interventi e procedure varie (di terapia antalgica, impianti di sistemi vari per neuromodulazione, ecc.); Numero e significatività degli Eventi "Sentinella" in terapia intensiva e/o dimissione. indicatori di qualità clinica.</p>	

	<p>indicatore esclusivo per Anestesia. Obiettivo relativo alla pianificazione di attività preoperatorie, quali visite anestesilogiche e predepositi ematici, che permettono l'ottimizzazione dell'uso di risorse costose o scarse come i letti per il ricovero e le sacche ematiche della banca del sangue attiva; alla minimizzazione del numero di visite anestesilogiche e di prelievi ematici, di pazienti definiti critici o idonei, non pianificati e il numero di visite e di prelievi resi disponibili e rimasti inutilizzati nell'arco dell'orizzonte temporale. Riduzione dei tempi di inattività tra un intervento e il successivo. Livellamento delle risorse e degli interventi per evitare la formazione di picchi di attività (rischi da "saturazione") o di inattività (costi da sotto-utilizzo). Minimizzazione degli "overtime", ovvero delle ore di straordinario fatte rispetto al normale orario di lavoro ed agli orari di apertura soliti delle sale operatorie.</p>
	<p>indicatore esclusivo per Rianimazione con valutazione dei volumi di emergenze-urgenze intraospedaliere, sepsi severe, politraumi, insufficienze respiratorie acute, complicanze postoperatorie e di tutte le condizioni che richiedono terapia intensiva. Tuttavia l'attività non può essere misurata solo in termini di quantità delle prestazioni prodotte. La qualità clinica deve pertanto accompagnare questo processo di valutazione.</p>

HE2	% pz in codice giallo visitati entro 30'	riduzione dato storico	
HE3	% pz in codice verde visitati entro 60'	riduzione dato storico	
HE4	% pz in codice bianco visitati entro 90'	riduzione dato storico	
P1	efficienza organizzativa: implementazione PAC e Day service (per scompenso cardiaco ed altre patologie ricorrenti) centrati sul paziente; definizione di precisi protocolli di terapia antalgica	definizione, attuazione, incremento n. percorsi attivati e n. pazienti gestiti	
P2	completezza file C (e file L in caso di attivazione)	tendenza 100%	
P3	completezza e correttezza SDO	chiusura SDO entro 15 gg del mese successivo. Completezza SDO.	
P5	supporto diagnostico strumentale al Pronto Soccorso	incremento n. percorsi attivati e riduzione tempi di refertazione e di attesa pz del PS	
P4	consulenze interne e refertazioni	miglioramento tempi supporto. Verifica tempi da parte di unità "cliente". Verifica "costo" delle consulenze interne richieste	
Q1 a	customer satisfaction degenze	>= 3	

	indicatore esclusivo per Pronto Soccorso OBI
	indicatore esclusivo per Pronto Soccorso OBI
	indicatore esclusivo per Pronto Soccorso OBI
	Indicatore esclusivo per Cardiologia - UTIC - Emodinamica in accordo con Direzione di Presidio e Distretti territoriali. Implementare PDTA, PAC e day service in accordo con Direzione di Presidio. Garantire appropriatezza e tempestività delle attività sanitarie, ma anche offrire ai cittadini gli strumenti per una migliore conoscenza del sistema, ai fini della trasparenza e dell'equità nell'accesso.
	per la dirigenza medica si pongono gli obiettivi della chiusura della SDO entro il 15 del mese successivo ed il controllo sui DRG anomali (rimane sempre alto infatti il numero di SDO non compilate correttamente e completamente col rischio di rendere non del tutto attendibili i dati sulla produzione e le classificazioni dei DRG, con conseguente rischio di esiti "inappropriati")
	valutazione congiunta con il PS: verifica presenza segnalazioni ritardi e problemi di processo; controlli sul campo
	verifica presenza segnalazioni ritardi e problemi di processo; controlli sul campo
	indicatore esclusivo per Cardiologia - UTIC - Emodinamica

Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3			obiettivo esclusivo per Cardiologia e Pronto Soccorso
Q2	benessere organizzativo	>= 3			
				100	-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

Unità Operative del - DIPARTIMENTO DI RADIO ONCOLOGIA

Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa dell'Azienda. Esso supporta la Direzione aziendale nella realizzazione dei programmi di sviluppo strategico attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulle interfacce operative. I principali obiettivi del dipartimento sono di migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle attività svolte, assicurando la massima flessibilità organizzativa dei servizi, equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, efficiente utilizzo delle risorse assegnate e una spinta all'innovazione culturale congruente con le scelte istituzionali che coinvolgono l'Azienda. Dovere delle strutture afferenti è quello di garantire la massima adesione alle politiche dipartimentali di miglioramento e sviluppo.

Missione: *la razionalizzazione dell'offerta ospedaliera per il paziente oncoematologico è finalizzata a rimodulare l'uso del ricovero ordinario e qualificare la rete assistenziale con l'identificazione di percorsi diagnostico terapeutici che rispettino gli standard nazionali e internazionali. Il processo a livello macro parte con la stadiazione della malattia e giunge alla pianificazione di un piano di cura, anche di tipo radioterapico, per concludere il processo con la valutazione della risposta al trattamento previsto ed al follow-up del paziente. Ciò implica il potenziamento dei day hospital e delle prestazioni ambulatoriali oltre all'attuazione di adeguati e tempestivi percorsi diagnostico-terapeutici a garanzia della migliore presa in carico dell'assistito; i servizi diagnostici ospedalieri debbono collaborare in tal senso, concorrendo in modo determinante a garantire l'integrazione, la tempestività e l'accuratezza qualitativa dei processi clinici.*

Spese per farmaci, dispositivi e presidi medico chirurgici: *in questo ambito, estremamente rilevante, occorre dare luogo ad una imputazione sempre più analitica delle spese in capo ai pazienti, al fine di evidenziare i consumi correlati alle singole attività di degenza, con il miglioramento dell'utilizzo degli strumenti automatizzati di gestione degli armadietti di reparto (gestione ciclo carico/scarico/rimanenze/scaduti). Negli ultimi anni si confermano gli eccellenti risultati relativi alla distribuzione diretta del farmaco, pertanto tale attività è da presidiare e potenziare ulteriormente.*

Degenze: *il contenimento dei ricoveri ordinari o diurni ad alto rischio di inappropriatazza o di quelli con finalità diagnostica passa anche per processi che garantiscano il massimo supporto reciproco dalle attività di diagnosi strumentale e di laboratorio. Riveste particolare rilevanza il potenziamento del c.d. "Tumor Board" per la valutazione e gestione simultanea, multidisciplinare ed integrata dei pazienti con sospetta neoplasia da parte delle strutture competenti (reparti chirurgici, medici, medicina oncologica e radio-oncologia, i servizi anatomico patologici, la terapia antalgica e le cure palliative).*

Gestione ambulatoriale: *occorre potenziare la collaborazione e l'interazione con i Distretti (integrazione ospedale-territorio), coinvolgendo in particolare i MMG, i PLS e la specialistica ambulatoriale, al fine di instaurare percorsi integrati di gestione dei pazienti affetti dalle principali e ricorrenti patologie. Da un punto di vista organizzativo occorrerà implementare il maggior numero possibile di percorsi PDTA (percorsi diagnostico terapeutico assistenziali), di PACC (percorsi ambulatoriali complessi) e Day Service Ambulatoriali (DSA), previsti e tariffati dalla RAS con Delibera GR 37/9 del 25/09/2007, in accordo con la Direzioni Mediche di Presidio, anche per la corretta gestione degli aspetti tariffari e organizzativi. (vedere di seguito nota esplicativa)*

Mobilità: sin dall'entrata in vigore del d.lgs. 502/92 la compensazione finanziaria regionale della mobilità sanitaria, ha rappresentato un elemento importante per riconoscere l'effettiva capacità di attrazione sanitaria e qualitativa delle singole U.O.. Qualsiasi sia il senso della scelta individuale di mobilità, è evidente che buona parte della mobilità ospedaliera rappresenti per molti versi un fenomeno patologico che impatta negativamente sotto una molteplicità di profili: i costi privati intangibili, connessi all'inevitabile disagio sociale vissuto dal paziente e dai suoi familiari a causa di un ricovero lontano dalla propria abitazione e comunque in una regione diversa da quella in cui si risiede abitualmente; i costi privati tangibili, legati alle spese connesse al ricovero ed alle esigenze di assistenza comunque amplificate dalla lontananza dal luogo di vita abituale; i costi aziendali dovuti all'insufficiente utilizzazione delle capacità produttive ed allo scorporo della tariffa DRG; i problemi organizzativi legati alle scelte di programmazione, all'aumento delle liste d'attesa ed alla conseguente inappropriata utilizzazione dei posti letto. Emerge pertanto la necessità di avviare le più opportune azioni di gestione di tale rilevante aspetto nelle singole U.O., soprattutto per la mobilità dovuta a sfiducia verso i servizi locali.

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AS1	valutazione quali-quantitativa dei volumi di attività e dei dati di mobilità	miglioramento quali-quantitativo dato storico		55		valutazione specifica per U.O. (degenze, attività ambulatoriale, attività di radioterapia)
H1	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%			indicatore esclusivo di U.O. con degenza	
H2	% Ricoveri ordinari medici brevi	tendenza <= 17%				
H5	Peso DRG	incremento dato storico				
H6	% DRG alto rischio inappropriata	riduzione dato storico				
H8	% ricoveri con degenza oltre 30 gg	riduzione dato storico				
F1	Rapporto spesa farmaci e mat. sanitario / produzione DRG (o valore produzione)	riduzione incidenza				
Q1 a	customer satisfaction degenze	>= 3			indicatore esclusivo di U.O. con degenza	
Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3			Favorire crescita umanizzazione ed accoglienza.	

Q2	benessere organizzativo	>= 3		3		
LA1	liste e tempi di attesa specifici	monitoraggio miglioramento dato storico delle liste di attesa; utilizzo parametri di priorità clinica / emergenza; attivazione di PDTA, PAC e Day service		22		Occorre condividere un percorso per la gestione delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari secondo criteri di appropriatezza e di priorità clinica e diagnostica, garantendo la trasparenza a tutti i livelli di programmazione, di organizzazione e di erogazione delle prestazioni sanitarie.
P1	efficienza organizzativa: implementazione PDTA, PAC e Day service centrati sul paziente	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti gestiti		20		Implementare PDTA, PAC e day service in accordo con Direzione di Presidio. Garantire appropriatezza e tempestività delle attività sanitarie, ma anche offrire ai cittadini gli strumenti per una migliore conoscenza del sistema, ai fini della trasparenza e dell'equità nell'accesso.
P2	completezza file C	tendenza 100%				
P3	completezza e correttezza SDO	chiusura SDO entro 15 gg del mese successivo. Completezza SDO.				per la dirigenza medica si pongono gli obiettivi della chiusura della SDO entro il 15 del mese successivo ed il controllo sui DRG anomali (rimane sempre alto infatti il numero di SDO non compilate correttamente e completamente col rischio di rendere non del tutto attendibili i dati sulla produzione e le classificazioni dei DRG, con conseguente rischio di esiti "inappropriati")
P4	consulenze interne e refertazioni	miglioramento tempi supporto. Verifica tempi da parte di unità "cliente". Verifica "costo" delle consulenze interne richieste				Verifica tempi da parte di unità "cliente". Verifica "costo" delle consulenze interne richieste

100

-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

Unità Operative della – ASSISTENZA DISTRETTUALE – NUORO / MACOMER / SINISCOLA / SORGONO

Missione: assicurare l'Assistenza Primaria relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie ed il necessario rapporto tra i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i servizi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) notturna e festiva, le guardie turistiche, i presidi specialistici ambulatoriali, i convenzionati, i PLUS e le Residenze Assistenziali, attraverso l'analisi dei bisogni di salute espressi dalla comunità locale e l'individuazione, in relazione alle capacità operative, di livelli aggregati di erogazione dell'offerta; garantire l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali; attivare ed attuare protocolli diagnostici e terapeutici adottati dall'Azienda anche sulla base di linee guida regionali; sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti; concorrere, con le proprie risorse, ai programmi di prevenzione concordati con i Dipartimenti di Prevenzione, di Salute Mentale e con i servizi della Riabilitazione. Occorrerà in prospettiva favorire la costituzione di forme organizzative complesse che, coinvolgendo tutti gli attori dell'assistenza primaria, diano attuazione a tipologie di associazionismo da parte dei medici di Medicina Generale, fortemente integrate nel contesto dell'offerta distrettuale.

Spese per farmaci, dispositivi e presidi medico chirurgici: miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione dei farmaci (monitoraggio e promozione "buone pratiche"); promozione della distribuzione diretta.

Integrazione ospedale-territorio: Il Distretto è la struttura gestionale e organizzativa del Servizio sanitario nazionale per l'offerta delle assistenze primaria (domiciliare e ambulatoriale) e intermedia (residenziale e semi residenziale) che ha la missione di integrarsi con l'assistenza ospedaliera per acuti, in una logica di processo. A tal fine occorre instaurare percorsi di gestione integrata dei pazienti affetti dalle principali e ricorrenti patologie, attraverso percorsi di cura condivisi da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, specialisti ospedalieri. Inoltre è essenziale la presa in carico dei gruppi di popolazione affetti da patologie croniche al fine di contribuire alla riduzione dei ricoveri impropri e dei codici bianchi in pronto soccorso.

Assistenza domiciliare: assolve al compito di garantire una sempre maggiore presa in carico dei soggetti anziani non autosufficienti, dei pazienti fragili e dei pazienti affetti da patologie croniche progressive invalidanti, pertanto necessita di una più efficace azione di sensibilizzazione dei MMG sui servizi erogabili. Ampliamento assistenza domiciliare e cure palliative in particolare per pazienti oncologici e terminali.

Tempi, liste di attesa e PDTA: è il problema più lamentato da parte dei cittadini e influenza fortemente il grado di soddisfazione espresso dai cittadini sul servizio sanitario e incrementa le disuguaglianze. Occorre pertanto definire e garantire tempi massimi di attesa sui quali occorre una piena ed esaustiva informazione dei cittadini. Avviare la gestione delle singole prestazioni secondo la metodica dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO oltre all'uso diffuso delle classi di priorità per le prenotazioni sia ambulatoriali che di ricovero, con prestazioni garantite sulla base del quadro clinico presentato dal paziente. L'individuazione e lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) prioritariamente nell'area cardiovascolare e oncologica, considerate priorità di sistema, e la fissazione dei relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento.

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AS1	valutazione quali-quantitativa dei volumi di attività specialistica e della mobilità extra distrettuale	miglioramento dato storico e tendenza a raggiungere il 100% dell'attività programmata o necessaria				Oggetto di valutazione: prestazioni di specialista ambulatoriale e produttività singoli specialisti (n. prestazioni medie e valore medio orario)
GR1	Gestione risorse umane e strumentali	supporto alla puntuale gestione dei fabbisogni di risorse umane, apparecchiature e tecnologie. Contenimento della spesa.		15		Supporto alla Direzione Generale nella oculata gestione del personale. In particolare si chiede un attento e responsabile monitoraggio attivo delle richieste di risorse aggiuntive provenienti dalle U.O. afferenti la macro struttura, in collaborazione con il Servizio Infermieristico e delle Professioni Sanitarie. Occorre privilegiare l'oculata riallocazione delle risorse sulla base dei carichi di attività, rispetto alle nuove acquisizioni, salvo le professionalità non fungibili. Ulteriore supporto concerne le risorse strumentali, tecnologiche e strutturali, per le quali occorre una valutazione di economicità e sostenibilità degli acquisti, in collaborazione con le strutture all'uopo dedicate.

F6	Rapporto spesa farmaci / popolazione distrettuale	riduzione spesa farmaceutica lorda procapite territoriale. Incremento percentuale sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A		7		i consumi farmaceutici per abitante del distretto sono influenzati dal miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi nei servizi territoriali e riabilitativi. Verrà valutata inoltre la capacità di promozione della "distribuzione diretta".
E2	Controllo spesa materiale protesico	monitoraggio collaudi e sanificazione				obiettivo esclusivo della riabilitazione; prescrizione, collaudo degli ausili, delle protesi e delle ortesi forniti nell'ambito del nomenclatore tariffario e verifica della efficacia e dell'efficienza del servizio di fornitura in collaborazione con la riabilitazione
T1	appropriatezza prescrittiva	funzionamento delle Commissioni e riduzione spesa farmaceutica convenzionata		7		funzionamento commissioni appropriatezza in partnership con la farmacia e le U.O. dei presidi ospedalieri
T2	presa in carico pazienti UVT	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti inseriti				unificare percorsi e procedure tra i diversi distretti; identificare le persone incaricate formalmente delle incombenze specifiche; Programmare/codificare un sistema di verifiche in itinere o al termine del percorso, per attivare le procedure del caso, al fine di ridurre i tempi di ricovero / trattamento per le persone che non ne hanno una vera necessità, o modificare il regime di prestazione; Monitorare "numero proroghe non necessarie/non verificate" (come indice di cattiva pianificazione); Valutare inserimenti presso strutture convenzionate, solo dopo aver ottenuto l'assenso dell'UVT di competenza territoriale. Valutare in modo multidisciplinare il bisogno del paziente.
T3	pazienti over 65 anni trattati in ADI	tendenza >= 5%		15		Alcuni di questi indicatori sono centrati su quelle patologie croniche che dovrebbero prevedere una presa in carico diretta della medicina di base ed includere solo visite specialistiche e diagnostiche specifiche concordate per ogni percorso
HT1	Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti di età 50-74 anni	riduzione dato storico				

HT2	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	riduzione dato storico				assistenziale. Altri indicatori analizzano la capacità di evitare l'ospedalizzazione inappropriata. I risultati dipenderanno anche dalla capacità di implementare efficaci PDTA (vedere obiettivo P1) insieme alle strutture ospedaliere ed ai MMG e PLS. Il Distretto verrà valutato per il suo ruolo di propulsione attiva e per i risultati quali-quantitativi effettivamente raggiunti
HT3	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	riduzione dato storico				
HT4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato	riduzione dato storico				
HT5	Entità codici bianchi dei Pronto Soccorso ospedalieri	tendenza alla riduzione del dato storico				
Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3		7		
Q2	benessere organizzativo	>= 3		3		
P1	efficienza organizzativa: implementazione PDTA, PAC e Day service centrati sul paziente	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti gestiti		10		valutazione congiunta alle U.O. ospedaliere e della riabilitazione: ottimizzazione processi di presa in carico ospedale-territorio-riabilitazione, continuità terapeutica e lavoro di gruppo, percorsi chiari per l'utenza; protocolli di lavoro integrato in continuità assistenziale; dimissioni protette; uso obbligatorio delle classi di priorità per le prenotazioni sia ambulatoriali che di ricovero, la definizione di PDTA soprattutto in due aree prioritarie quali quella cardiovascolare ed oncologica con la gestione puntuale dei relativi tempi d'attesa. Anche le cure primarie e i relativi modelli organizzativi hanno il compito di partecipare alla realizzazione di protocolli diagnostici terapeutici e di condividere le linee guida sulle prescrizioni diagnostiche/specialistiche.
P2	completezza file C	tendenza 100%		4		attività di monitoraggio CUP

P7	controlli quali-quantitativi su convenzionati	report su verifiche effettuate		3	controlli su strutture delegate per attività assegnata dall'UVT; controllo ricette consegnate mensilmente dalle strutture convenzionate (correttezza compilazione; pagamento ticket; esami erroneamente non esenti); analisi e verifica andamento attività e rendicontazioni analitiche presentate mensilmente; controllo impegnative sotto il profilo dell'appropriatezza e regolarità amministrativa; controllo quali quantitativo su strutture convenzionate inerenti permanenza requisiti contrattuali; richiesta autocertificazioni semestrali obbligatorie; controlli sui flussi informativi; verifica contabile ed amministrativa delle rendicontazioni a dei tabulati allegati alle fatture per rispetto tetti di spesa; eventuale applicazione procedure di regressione tariffaria in caso di sfioramento quote
LA1	liste e tempi di attesa specifici	monitoraggio miglioramento dato storico delle liste di attesa; utilizzo parametri di priorità clinica / emergenza; attivazione di PDTA, PAC e Day service		20	Garantire il governo della domanda: occorre condividere un percorso per la gestione delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari secondo criteri di appropriatezza e di priorità clinica e diagnostica, garantendo la trasparenza a tutti i livelli di programmazione, di organizzazione e di erogazione delle prestazioni sanitarie. Ulteriori obiettivi: potenziamento attività di recalling degli utenti iscritti/prenotati. Valutazione produttività specialisti (vedere obiettivo A1). Razionalizzare ed ottimizzare l'offerta delle prestazioni, gestire razionalmente il sistema degli accessi mediante C.U.P., rivedere periodicamente l'attività prescrittiva e promuovere la refertazione tempestiva delle prestazioni effettuate, riorganizzare l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) e fissare i tempi massimi per le prestazioni.
E1	contenimento spese di servizio ed economali (materiali non sanitari)	riduzione incidenza		3	

E4	Sopravvenienze passive rilevate a bilancio	riduzione dato storico e tendenza 0%		2		minimizzazione ritardi nelle registrazioni contabili, con riduzione impatto a bilancio delle "sopravvenienze". Tempestiva e corretta gestione degli ordini a fornitori per prestazioni domiciliari a pazienti (esempio ventilatori). Ad ogni prestazione richiesta deve conseguire un ordine commerciale che consenta la corretta contabilizzazione e l'impegno di spesa.
E5	Corretta alimentazione contabilità analitica	tendenza 0% errori		4		verifica correttezza rilevazioni contabili (imputazione ai centri di costo) ad opera del Controllo di gestione
				100		-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

ASSISTENZA COLLETTIVA - Unità Operative del DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa dell'Azienda. Esso supporta la Direzione aziendale nella realizzazione dei programmi di sviluppo strategico attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulle interfacce operative. I principali obiettivi del dipartimento sono di migliorare l'appropriatezza e la pervasività delle attività svolte, assicurando la massima flessibilità organizzativa dei servizi, equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini/imprese, efficiente utilizzo delle risorse assegnate e una spinta all'innovazione culturale congruente con le scelte istituzionali che coinvolgono l'Azienda. Dovere delle strutture afferenti è quello di garantire la massima adesione alle politiche dipartimentali di miglioramento e sviluppo.

Missione del Dipartimento della Prevenzione: *la promozione della salute; la prevenzione delle malattie e della disabilità; il potenziamento delle attività di screening; il miglioramento della qualità della vita; la crescita della cultura della prevenzione e della salute; il potenziamento del controllo del benessere animale (rafforzando anche il coordinamento e la cooperazione fra tutti gli enti che a vario titolo possono rientrare in tale attività, e sviluppando occasioni formative congiunte e procedure condivise). Potenziamento del controllo nei settori in cui le recenti novità normative impongono adeguamenti (ovicaprino, vaccino, avicolo, suinicolo e macellazioni); sensibilizzazione appropriata degli operatori che operano al macello circa le disposizioni previste dal Reg. 1999/2009/CE sulla protezione degli animali durante l'abbattimento; rafforzamento del processo di valutazione del rischio quale base fondante della programmazione dei controlli ufficiali.*

Spese per farmaci, dispositivi, e materiale economale e dei mezzi di trasporto: *questo ambito, estremamente rilevante, richiede una responsabilizzazione sui consumi dei dispositivi, beni, materiali e mezzi di trasporto per tipologia di attività. Deve essere ridotta l'imputazione indifferenziata dei consumi ai servizi, per giungere ad una puntuale e corretta imputazione analitica delle spese al fine di evidenziare i consumi correlati alle singole attività.*

Reportistica e informatizzazione: *potenziamento delle attività di rendicontazione aziendale sulla produzione e sulle spese; rispetto delle scadenze e dei contenuti attesi nella rendicontazione aziendale, regionale, ministeriale, comunitaria.*

Epidemiologia: *nei programmi di prevenzione secondaria (screening mammella, colon-retto e cervice uterina) l'esperienza di altre regioni suggerisce che tanto per lo screening mammografico, quanto per quello della cervice uterina deve considerarsi come critica un'estensione inferiore all' 80% (su due anni per il primo e su tre per il secondo), per lo screening coloretale si inizia a parlare di criticità per valori inferiori al 40% (sul biennio). Sempre a livello extraregionale per gli obiettivi di adesione si prevedono soglie ottimali dell' 80% per lo screening mammografico, del 70% per il coloretale e del 60% per la cervice uterina.*

Buone pratiche: *Diffusione "Buone Pratiche" indirizzate ai corretti stili di vita della popolazione, alla gestione dei rischi di ambito umano e veterinario. Potenziamento dell'attività formativa che, coinvolgendo i veterinari, possa raggiungere gli allevatori sensibilizzandoli alle buone pratiche di allevamento che permettono una migliore gestione dei loro animali; rafforzamento del processo di valutazione del rischio quale base fondante della programmazione dei controlli ufficiali; realizzazione attività di supervisione professionale sugli operatori ASL nel campo del benessere animale, come prevista da DGR 1689/2011 e attività di audit settoriale regionale delle ASL. La programmazione annuale del controllo ufficiale degli alimenti è riportata sul Piano Dipartimentale Integrato che viene adottato ufficialmente con Delibera Direttore Generale entro il 1° semestre dell'anno di riferimento.*

Prevenzione della corruzione: *rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.*

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AS1	valutazione quali-quantitativa dei volumi di attività istituzionale. Completezza controlli, ispezioni e verifiche di sanità animale, igiene allevamenti, alimenti OA, igiene pubblica, SPRESAL, igiene urbanistica	miglioramento dato storico e tendenza a raggiungere il 100% dell'attività programmata o necessaria		55		Rispetto obiettivi Regionali e Ministeriali di attività e rispetto dei criteri fondamentali dell'attività di controllo; tutela della popolazione da rischi di malattie e infortuni sui luoghi di lavoro e di vita; prevenzione malattie infettive; attività di igiene e sanità pubblica e medicina legale; integrazione salute-ambiente; prevenzione tossi-infezioni derivanti dall'ingestione di alimenti di origine animale e non; prevenzione insorgenza di problemi nutrizionali nella popolazione; salvaguardia benessere animale, sicurezza allevamenti e produzioni zootecniche; interventi di prevenzione sugli effetti dell'inquinamento ambientale; interventi mirati al benessere psico-fisico, promozione e tutela nelle attività sportive; interventi rivolti alla valutazione ed all'inserimento sociale e lavorativo dei portatori di handicap; interventi di educazione alla salute e di formazione; interventi di vigilanza e controllo in genere; attività di promozione e controllo sicurezza; formazione agli allevatori sulle buone pratiche di gestione dei loro animali.

GR1	Gestione risorse umane e strumentali	supporto alla puntuale gestione dei fabbisogni di risorse umane, apparecchiature e tecnologie. Contenimento della spesa.				Supporto alla Direzione Generale nella oculata gestione del personale. In particolare si chiede un attento e responsabile monitoraggio attivo delle richieste di risorse aggiuntive provenienti dalle U.O. afferenti la macro struttura, in collaborazione con il Servizio Infermieristico e delle Professioni Sanitarie. Occorre privilegiare l'oculata riallocazione delle risorse sulla base dei carichi di attività, rispetto alle nuove acquisizioni, salvo le professionalità non fungibili. Ulteriore supporto concerne le risorse strumentali, tecnologiche e strutturali, per le quali occorre una valutazione di economicità e sostenibilità degli acquisti, in collaborazione con le strutture all'uopo dedicate.
PR1	Massimizzazione del grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti di età >= 65 anni	incremento dato storico e tendenza a raggiungere il 100% dell'attività programmata o necessaria				indicatore esclusivo dell'igiene pubblica
PR2	Massima estensione e adesione ai programmi screening mammella, colon-retto e cervice uterina nella popolazione "bersaglio"	rispetto prescrizioni regionali sulla programmazione della diagnosi precoce dei tumori; incremento dato storico e tendenza a raggiungere le soglie citate in premessa, nella sezione "epidemiologia"				indicatore esclusivo del CEA
Q1 b	customer satisfaction	>= 3		10		
Q2	benessere organizzativo	>= 3		5		
P6	rispetto tempi rendicontazione verso l'Azienda e/o verso altre istituzioni	rispetto scadenze e assenza richiami		10		
F1	Rapporto spesa farmaci e mat. sanitario / valore produzione	riduzione dato storico		20		

E1	contenimento spese di servizio ed economali (materiali non sanitari)	riduzione incidenza			
E3	Controllo spesa mezzi di trasporto	riduzione incidenza			
				100	-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

ASSISTENZA COLLETTIVA - Unità Operative del DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa dell'Azienda. Esso supporta la Direzione aziendale nella realizzazione dei programmi di sviluppo strategico attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulle interfacce operative. I principali obiettivi del dipartimento sono di migliorare l'integrazione territoriale e ospedaliera, l'appropriatezza e la pervasività delle attività svolte, assicurando massima flessibilità organizzativa dei servizi, equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, efficiente utilizzo delle risorse assegnate e una spinta all'innovazione culturale congruente con le scelte istituzionali che coinvolgono l'Azienda. Dovere delle strutture afferenti è quello di garantire la massima adesione alle politiche dipartimentali di miglioramento e sviluppo.

Missione: *Il bisogno di salute mentale è in rapida crescita in tutto il mondo in virtù di rapidi cambiamenti sociali e demografici che richiedono altrettanto rapidi mutamenti all'intero sistema di assistenza. Il DSM è la struttura dell'ASL che programma, coordina e realizza gli interventi di salute mentale attraverso la prevenzione, diagnosi, cura riabilitazione della malattia psichica e del disagio mentale in generale. E' costituito dall'insieme dei servizi territoriali e dall'SPDC. L'obiettivo prioritario è quello di garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale, che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale. Le U.O. del Dipartimento debbono promuovere il benessere psichico e sociale delle persone affette da malattie mentali e dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità, in ogni età della vita.*

Spese per farmaci, dispositivi e presidi medico chirurgici: *miglioramento dell'appropriatezza dell'uso di psicofarmaci nei servizi di salute mentale e nelle strutture residenziali per anziani; promozione distribuzione diretta.*

Continuità assistenziale: *è un principio che implica diversi significati ed impegna il sistema di cura e quello di comunità su più fronti. Continuità della relazione di cura, tempestività, specificità ed appropriatezza degli interventi, disponibilità a renderli in forma coordinata ed integrata, ma soprattutto autenticità della relazione di cura. Ogni intervento, oltre ad essere tecnicamente fondato, deve prevedere la partecipazione emotiva del professionista coinvolto. L'organizzazione deve consentire che gli interventi giusti, appropriati e tempestivi vengano prestati nella cornice della "cura", della umana "preoccupazione" senza la quale le persone sofferenti andrebbero perdute o si sentirebbero perse perché avvertirebbero che il destino della propria esistenza non interessa a nessuno. Tale impegno deve coinvolgere ogni attore del sistema ai fini di preservare e valorizzare il patrimonio professionale in tutte le sue competenze, soprattutto quelle emotive e motivazionali. Questi contenuti, a partire dal primo momento della comunicazione della diagnosi, sono parte del processo di supervisione e formazione continua che l'organizzazione promuove.*

Servizio psichiatrico ospedaliero: *una corretta politica di salute mentale privilegia l'intervento territoriale, ma al contempo considera il momento ospedaliero come fondamentale nella gestione di situazioni acute che richiedono protezione e cure intensive, vincolandone l'utilizzo alla massima appropriatezza clinica e, per la delicatezza dei compiti che svolge - che prevede tra l'altro in alcune occasioni la limitazione della libertà del paziente - l'attuazione di elevati standard etici e tecnici.*

Prevenzione della corruzione: *rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.*

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AS1	valutazione quali-quantitativa dei volumi di attività istituzionale ed altre prestazioni (terapie, interventi, colloqui, visite, indagini, esami, analisi tipologie utenti presi in carico)	miglioramento dato storico e tendenza a raggiungere il 100% dell'attività programmata o necessaria		45		Oggetto di valutazione: continuità terapeutica SPDC-CSM; livello territoriale (inserimenti lavorativi, rapporto con gli enti territoriali, accessi I e II livello); attività semiresidenziale (azioni di riabilitazione progettate con Enti Locali e famiglie volte al mantenimento ed al recupero di abilità residue; interventi svolti presso il Centro Diurno; interazione tra realtà del volontariato e dell'associazionismo di categoria sostenuti dall'Ente Locale con le attività del settore semiresidenziale); attività residenziali (a trattamento intensivo; a trattamento protratto; a trattamento socio-riabilitativo; comunità alloggio); Inserimenti individuali e la continuità con il settore anziani e disabili; attività SERD (trattamenti pz con abuso stupefacenti; alcohol; tabagisti, gioco d'azzardo, abuso alimentare); attività di promozione della salute e dei corretti stili di vita nelle voci ora indicate; sistema di gestione dell'emergenza-urgenza; integrazione col servizio NPIA; psichiatria penitenziaria.
AS1 b	valutazione quali-quantitativi dell'attività di natura ospedaliera					Oggetto di valutazione: produzione DRG, peso DRG, consulenze interne, continuità terapeutica SPDC-CSM

GR1	Gestione risorse umane e strumentali	supporto alla puntuale gestione dei fabbisogni di risorse umane, apparecchiature e tecnologie. Contenimento della spesa.				Supporto alla Direzione Generale nella oculata gestione del personale. In particolare si chiede un attento e responsabile monitoraggio attivo dell'effettività delle richieste di risorse aggiuntive, in collaborazione con il Servizio Infermieristico e delle Professioni Sanitarie. Occorre privilegiare l'oculata riallocazione delle risorse sulla base dei carichi di attività, rispetto alle nuove acquisizioni, salvo le professionalità non fungibili.
F1	Rapporto spesa farmaci e mat. sanitario / produzione DRG (o valore produzione)	riduzione incidenza		10		miglioramento dell'appropriatezza dell'uso di psicofarmaci nei servizi di salute mentale e nelle strutture residenziali per anziani. Promozione distribuzione diretta.
Q1 a	customer satisfaction degenze (per SPDC)	>= 3		10		Favorire crescita umanizzazione; accoglienza pazienti, familiari e percorsi semplificati
Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3				
Q2	benessere organizzativo	>= 3		5		
P1	efficienza organizzativa: implementazione PDTA, PAC e Day service centrati sul paziente	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti gestiti		15		sistema rete salute mentale: ottimizzazione processi di presa in carico ospedale-territorio-riabilitazione, continuità terapeutica e lavoro di gruppo, percorsi chiari per l'utenza; protocolli di lavoro integrato in continuità assistenziale
P2	completezza file C	tendenza 100%		5		verifica incongruità ed attivazione percorsi di pagamento prestazioni CSM
E1	contenimento spese di servizio ed economali (materiali non sanitari)	riduzione incidenza		5		
E5	Corretta alimentazione contabilità analitica	tendenza 0% errori		5		verifica correttezza rilevazioni contabili (imputazione ai centri di costo) ad opera del Controllo di gestione

100

-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

DIPARTIMENTO ATTIVITA' SANITARIE - Unità Operative del Servizio - RIABILITAZIONE, RESIDENZIALITA' SANITARIE E HOSPICE

Dipartimento Attività Sanitarie: *Costituisce l'area delle attività sanitarie e comprende diverse funzioni/attività aventi natura di indirizzo e di coordinamento. Sono ricomprese le seguenti strutture Complesse : Servizio dell'Assistenza Ospedaliera e Territoriale; Servizio delle Professioni sanitarie Tecniche ed Infermieristiche; Servizio dell'Integrazione Socio Sanitaria; Servizio Farmacia; Servizio Materno - Infantile; Servizio della Riabilitazione, Residenzialità Sanitarie e Hospice; Le suddette strutture assicurano: Il supporto professionale e tecnico all'attività di gestione dell'Azienda nell'elaborazione delle strategie, dei piani e programmi, nell'allocazione delle risorse, nella valutazione e verifica dei risultati; Il supporto alla Direzione Generale ed al Servizio Controllo di Gestione nel processo di formazione del budget generale di azienda e nell'attività di controllo di gestione e del rispetto del budget; Il coordinamento tecnico professionale transmurale delle attività sanitarie finalizzate all'integrazione degli interventi e dei comportamenti in coerenza con gli obiettivi aziendali, all'impiego ottimale delle risorse, allo sviluppo dei progetti trasversali; L'elaborazione di indirizzi operativi, protocolli, criteri, standard, indicatori, norme tecniche, interpretazioni normative nelle materie che risultano trasversali ai diversi servizi; Il controllo e verifica del rispetto degli obiettivi assegnati alle strutture complesse; Il supporto funzionale al governo complessivo dell'attività sanitaria posta in capo alle strutture gestionali Ospedaliere e Territoriali.*

Missione: *costruire progetti di processo/percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute (complessità clinica) al quale rispondono; costruire interfacce tra i vari attori del sistema di riabilitazione; progettare e costruire i segmenti assenti o carenti dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali); monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative e dell'interdisciplinarietà.*

Spese per farmaci, dispositivi e presidi medico chirurgici: *miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione degli ausili protesici, in collaborazione con i Distretti Territoriali.*

Continuità assistenziale: *il servizio integrato ospedale-territorio garantisce il percorso più sostenibile nel setting più appropriato nelle diverse fasi di cura, mirando al più rapido e completo reinserimento nel contesto individuale, familiare, ambientale e sociale. A tal fine assicura la presa in carico e la continuità delle cure in tutte le fasi garantendo: la centralità della Persona e la condivisione del Progetto Riabilitativo e Assistenziale con la stessa e con i suoi familiari; l'accessibilità; la sostenibilità e l'appropriatezza del Progetto riabilitativo individuale e dei programmi attuativi; la globalità e la precocità degli interventi; l'interdisciplinarietà e multi professionalità degli interventi; la continuità delle cure; l'integrazione socio sanitaria; la restituzione della persona al suo ambiente di vita.*

Servizio riabilitativo ospedaliero e residenziale: *una corretta politica riabilitativa privilegia l'intervento territoriale, ma al contempo considera il momento ospedaliero e residenziale come fondamentale nella gestione di situazioni acute che richiedono protezione e cure intensive, vincolandone l'utilizzo alla massima appropriatezza clinica ed alle consulenze interne per i pz ricoverati presso altre U.O..*

Hospice: *il servizio ospita persone non assistibili a domicilio, in fase avanzata e/o terminale di malattia. L'obiettivo principale è di accompagnare la persona e la sua famiglia in questa fase della vita nel pieno rispetto della sua dignità, mediante il controllo del dolore e del disagio fisico e psichico, garantendo il più elevato livello di umanizzazione possibile: aree di socializzazione, possibilità per i famigliari di rimanere all'interno della struttura durante tutta la giornata, senza limiti di accesso o di tempo, disponibilità per un famigliare di dormire nella stessa stanza accanto al malato.*

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AS1	valutazione quali-quantitativa dei volumi di attività istituzionale	miglioramento dato storico e tendenza a raggiungere il 100% dell'attività programmata o necessaria		25		Oggetto di valutazione: prestazioni e programmi riabilitativi territoriali; consulenze interne (partecipazione ai processi di diagnosi e cura delle malattie a rischio disabilitante per contenere l'insorgenza dei danni secondari e terziari, a volte prevalenti nel determinare la misura della disabilità residua;); continuità terapeutica ospedale-territorio con proposta del percorso riabilitativo unico integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa; dimissioni protette e "dimissioni critiche" nonché la necessaria continuità di interventi riabilitativi al domicilio o in strutture assistenziali (in raccordo con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, nonché con i servizi territoriali).
AS1 b	valutazione quali-quantitativi dell'attività di natura ospedaliera					Oggetto di valutazione: consulenze interne; produzione DRG, peso DRG; continuità terapeutica ospedale-territorio
AS1 c	valutazione quali-quantitativi dell'attività in ambito hospice					Valutazione volumi di attività residenziale e inserimento pz.
E1	contenimento spese di servizio ed economali (materiali non sanitari)	riduzione incidenza		20		

E2	Controllo spesa materiale protesico	monitoraggio collaudi e sanificazione				obiettivo esclusivo della riabilitazione; prescrizione, collaudo degli ausili, delle protesi e delle ortesi forniti nell'ambito del nomenclatore tariffario e verifica della efficacia e dell'efficienza del servizio di fornitura in collaborazione con il Distretto
Q1 a	customer satisfaction degenze (per riabilitazione ospedaliera)	>= 3		7		indicatore esclusivo U.O. con degenze
Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3				Favorire crescita umanizzazione; accoglienza pazienti, familiari e percorsi semplificati
Q2	benessere organizzativo	>= 3		3		
P1	efficienza organizzativa: implementazione PDTA, PAC e Day service centrati sul paziente	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti gestiti		20		sistema rete riabilitativa: ottimizzazione processi di presa in carico ospedale-territorio-riabilitazione, continuità terapeutica e lavoro di gruppo, percorsi chiari per l'utenza; protocolli di lavoro integrato in continuità assistenziale
P2	completezza file C	tendenza 100%		5		
LA1	liste e tempi di attesa specifici	monitoraggio miglioramento dato storico delle liste di attesa; utilizzo parametri di priorità clinica / emergenza; attivazione di PDTA, PAC e Day service		20		Occorre condividere un percorso per la gestione delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari secondo criteri di appropriatezza e di priorità clinica e diagnostica, garantendo la trasparenza a tutti i livelli di programmazione, di organizzazione e di erogazione delle prestazioni sanitarie. Valutazione di ulteriori parametri: grado di disabilità e multimorbilità.

100

-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

DIPARTIMENTO ATTIVITA' SANITARIE - Unità Operative del Servizio - FARMACIA

Dipartimento Attività Sanitarie: *Costituisce l'area delle attività sanitarie e comprende diverse funzioni/attività aventi natura di indirizzo e di coordinamento. Sono ricomprese le seguenti strutture Complesse : Servizio dell'Assistenza Ospedaliera e Territoriale; Servizio delle Professioni sanitarie Tecniche ed Infermieristiche; Servizio dell'Integrazione Socio Sanitaria; Servizio Farmacia; Servizio Materno - Infantile; Servizio della Riabilitazione, Residenzialità Sanitarie e Hospice; Le suddette strutture assicurano: Il supporto professionale e tecnico all'attività di gestione dell'Azienda nell'elaborazione delle strategie, dei piani e programmi, nell'allocazione delle risorse, nella valutazione e verifica dei risultati; Il supporto alla Direzione Generale ed al Servizio Controllo di Gestione nel processo di formazione del budget generale di azienda e nell'attività di controllo di gestione e del rispetto del budget; Il coordinamento tecnico professionale transmurale delle attività sanitarie finalizzate all'integrazione degli interventi e dei comportamenti in coerenza con gli obiettivi aziendali, all'impiego ottimale delle risorse, allo sviluppo dei progetti trasversali; L'elaborazione di indirizzi operativi, protocolli, criteri, standard, indicatori, norme tecniche, interpretazioni normative nelle materie che risultano trasversali ai diversi servizi; Il controllo e verifica del rispetto degli obiettivi assegnati alle strutture complesse; Il supporto funzionale al governo complessivo dell'attività sanitaria posta in capo alle strutture gestionali Ospedaliere e Territoriali.*

Missione: *L'assistenza farmaceutica assorbe una fetta importante delle risorse del fondo sanitario regionale. Il corretto utilizzo di tali cospicue risorse e, quindi, le scelte inerenti il governo delle politiche del farmaco determinano in positivo o in negativo, oltre che la salute dei cittadini, anche il funzionamento, la qualità ed i costi della sanità regionale ed, in particolare, di quella aziendale. Occorre pertanto proseguire nell'opera di informazione e uniformazione a livello territoriale delle modalità di prescrizione, dispensazione e monitoraggio in tema di farmaceutica, e nelle conseguenti azioni di vigilanza interna ed esterna. Completano l'attività la promozione del farmaco equivalente e dei farmaci biologici, nonché di forme innovative di acquisto e distribuzione. Vedere in merito le note in coda al presente documento.*

Spese per farmaci, dispositivi e presidi medico chirurgici: *questo ambito, estremamente rilevante, richiede una responsabilizzazione sui consumi di dispositivi, beni e materiali protesici per singola specialità. Deve essere infatti drasticamente ridotta l'imputazione indifferenziata del consumo di tale materiale sanitario, talora di importo rilevante, al centro di costo comune del blocco operatorio. Occorre pertanto dare luogo alla verifica puntuale della corretta imputazione analitica delle spese alle sale ed ai reparti, al fine di evidenziare i consumi correlati alle singole attività chirurgiche, anche attraverso l'uso di strumenti automatizzati di lettura ottica. In particolare occorre proseguire nelle azioni di programmazione, controllo e vigilanza della gestione del farmaco, sia in ambito ospedaliero che territoriale, monitorando il corretto utilizzo degli armadietti di reparto/servizio, rispetto al flusso della presa in carico, scarico paziente, inventario e gestione dello scaduto, anche in termini di valorizzazione analitica dei prodotti e non solo di smaltimento.*

Reportistica e informatizzazione: *occorre proseguire nell'opera di informazione di tutti i Medici prescrittori (territoriali e ospedalieri) attraverso l'invio di reportistica per il tramite di Distretti e delle Direzioni di Presidio, contenente indicatori di farmacoeconomia; elaborazione di chiari indicatori sull'appropriatezza prescrittiva riscontrata per il singolo prescrittore; informatizzazione dei piani terapeutici (compatibilmente con l'attivazione del programma AREAS).*

Buone pratiche di gestione del farmaco: *diffusione Buone Pratiche per la gestione, la conservazione, dispensazione diretta dei farmaci e presidi. Potenziamento dell'attività di controllo finalizzato alla riduzione delle inappropriatezze e degli sprechi sia all'interno che verso gli erogatori esterni.*

Farmaceutica convenzionata: monitoraggio della farmaceutica convenzionata con report specifici e personalizzati da inviare a tutte le U.O. ed a tutti i medici convenzionati dell'Azienda.

Distribuzione diretta: occorre proseguire nelle azioni di incremento della distribuzione diretta del farmaco, anche in virtù degli indubbi vantaggi economici derivanti dalle prescrizioni aziendali.

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
GF1	programmazione acquisto farmaci e materiale sanitario	Azioni di programmazione e monitoraggio spesa		20		Monitoraggio del "tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale" (convenzionata + distribuzione diretta + distribuzione per conto), modificato e rideterminato con DL 95/2012 in misura pari all'11,5% nel 2013. Monitoraggio del tetto di "spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera" (vedere nota a pè pagina). Monitoraggio della distribuzione diretta e per conto e della distribuzione dei farmaci aggiudicati a prezzo più vantaggioso. Monitoraggio contenimento per la spesa farmaceutica convenzionata sulla base del D.L. n. 78 del 2010 (art. 11, comma 7, let. B) con particolare riguardo alle sei Aree Terapeutiche particolarmente critiche, ivi citate.
GF2	Gestione gare procedura aperta a valenza regionale. Avvio processi di preparazione farmaci antitumorali	Gestione gare ed implementazione processi		18		D.G.R. Sardegna n. 17/13 del 24 aprile 2012. Gestione procedura aperta a valenza regionale per la fornitura di dispositivi medici delle categorie H, K ed M04 della Classificazione Nazionale Dispositivi Medici (D.G.R. n. 39/40 del 26 settembre 2012)

GF3	Attività di promozione e monitoraggio sull'appropriatezza dei farmaci; Attività di promozione della distribuzione diretta	presenza report, incontri informativi; Incremento del valore della distribuzione diretta e dei farmaci aggiudicati per convenienza (equivalenti o non)		18		la finalità è di stimolare nei medici prescrittori, comportamenti omogenei e corretti nel rispetto delle linee guida aziendali. Occorre pertanto potenziare il controllo dei profili prescrittivi dei medici generici e specialisti; incrementare la distribuzione diretta e per conto; incrementare la distribuzione dei farmaci nel rispetto delle aggiudicazioni di gara.
GF4	reportistica su consumi e attività di ispezione nelle UO sulla gestione di farmaci, mat. sanitario e protesico	report e valutazione andamento spesa		19		la finalità è di stimolare nelle unità operative, comportamenti omogenei e corretti rispetto alle esigenze di gestione e monitoraggio nel rispetto delle linee guida aziendali. Il Ministero suggerisce inoltre di monitorare la "percentuale di abbandono delle statine" e dei farmaci per patologie croniche (che rappresenta la quantità di farmaci non adeguatamente utilizzata in termini terapeutici), al fine di rilevare lo spreco di risorse rispetto all'obiettivo di salute. Tale monitoraggio è stato ampiamente implementato dalle regioni Toscana, Liguria, Piemonte e Umbria.
F4	verifica su consumi analitici Presidi medico chirurgici e Materiale Protesico imputati al blocco operatorio	riduzione entità "costi comuni" blocco operatorio		20		la finalità è di stimolare nelle unità operative che effettuano un'attività chirurgica, comportamenti rispettosi dei principi di efficienza ed il controllo analitico e concomitante delle spese per singolo intervento chirurgico e per attività chirurgica specialistica
Q2	benessere organizzativo	>= 3		5		

100

-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

DIPARTIMENTO ATTIVITA' SANITARIE - altre Unità Operative del Dipartimento

Dipartimento Attività Sanitarie: *Costituisce l'area delle attività sanitarie e comprende diverse funzioni/attività aventi natura di indirizzo e di coordinamento. Sono ricomprese le seguenti strutture Complesse : Servizio dell'Assistenza Ospedaliera e Territoriale; Servizio delle Professioni sanitarie Tecniche ed Infermieristiche; Servizio dell'Integrazione Socio Sanitaria; Servizio Farmacia; Servizio Materno - Infantile; Servizio della Riabilitazione, Residenza Sanitaria e Hospice; Le suddette strutture assicurano: Il supporto professionale e tecnico all'attività di gestione dell'Azienda nell'elaborazione delle strategie, dei piani e programmi, nell'allocazione delle risorse, nella valutazione e verifica dei risultati; Il supporto alla Direzione Generale ed al Servizio Controllo di Gestione nel processo di formazione del budget generale di azienda e nell'attività di controllo di gestione e del rispetto del budget; Il coordinamento tecnico professionale transmurale delle attività sanitarie finalizzate all'integrazione degli interventi e dei comportamenti in coerenza con gli obiettivi aziendali, all'impiego ottimale delle risorse, allo sviluppo dei progetti trasversali; L'elaborazione di indirizzi operativi, protocolli, criteri, standard, indicatori, norme tecniche, interpretazioni normative nelle materie che risultano trasversali ai diversi servizi; Il controllo e verifica del rispetto degli obiettivi assegnati alle strutture complesse; Il supporto funzionale al governo complessivo dell'attività sanitaria posta in capo alle strutture gestionali Ospedaliere e Territoriali.*

PROFESSIONI SANITARIE, TECNICHE E INFERMIERISTICHE: *assicurare la risposta al bisogno di assistenza al cittadino, a gruppi a rischio, ed alla collettività in relazione allo stato di salute ai diversi livelli (domiciliare, territoriale, ospedaliera), attraverso la gestione delle risorse umane e materiali afferenti al servizio infermieristico. Programmare, organizzare, erogare e valutare l'assistenza garantendo l'omogeneità della stessa nell'ambito dell'azienda attraverso il raggiungimento degli obiettivi di salute, di gestione del personale e di controllo dei risultati. Promuovere e gestire le competenze professionali attraverso progetti di formazione ricorrente e permanente, di aggiornamento e ricerca finalizzati al mantenimento e miglioramento qualitativo ed organizzativo dei livelli di assistenza erogati.*

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA: *affiancare la Direzione Generale nell'individuazione dei modelli organizzativi e gestionali per il potenziamento dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria. Supportare la realizzazione di azioni di informazione e sensibilizzazione in materia di accesso ai servizi socio-sanitari e sanitari specialistici. Supportare tecnicamente l'individuazione e la sperimentazione di modalità operative mutate da altri contesti sull'accessibilità dei servizi sanitari e socio-sanitari.*

ASSISTENZA OSPEDALIERA E TERRITORIALE: *assicurare alla Direzione Aziendale il supporto necessario al governo delle attività ospedaliere e territoriali, favorendo l'adozione di procedure, indirizzi operativi e monitoraggi per l'integrazione e l'ottimizzazione dei processi sanitari.*

MATERNO INFANTILE: *assicurare l'integrazione di tutte le unità operative territoriali e ospedaliere nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività proprie di ciascuna componente sia ospedaliera sia territoriale coinvolta nella salvaguardia della salute delle donne in età fertile a dei soggetti in età pediatrica inclusa l'assistenza psichiatrica in età evolutiva; l'attivazione e l'integrazione tra l'attività dei consultori, servizi IVG e i servizi sociali dei Comuni, al fine di incentivare la contraccezione responsabile.*

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo.

obiettivo	azione	Struttura	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli valutazione
AM1	valutazione quali-quantitativa dell'attività a supporto della Direzione Aziendale	A - PROFESSIONI SANITARIE, TECNICHE E INFERMIERISTICHE		85		Coordinamento nell'utilizzo delle Risorse Umane delle professioni S.T.I. e ricerca di margini di ottimizzazione organizzativa, efficacia allocativa ed efficienza
		B - INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA				Azioni di Integrazione socio sanitaria e socio assistenziale in accordo con Enti Locali e Volontariato
		C - ASSISTENZA OSPEDALIERA E TERRITORIALE				Percorsi di integrazione e di supporto alla governance Ospedale - Territorio; Supporto direzionale al governo delle Liste di Attesa; Monitoraggio ALPI e dinamica Liste di Attesa rispetto ad evoluzione della domanda/offerta
		D - MATERNO INFANTILE				Ausilio alla governance ed integrazione territoriale ed ospedaliera dei servizi sanitari materno infantili. Governo dei servizi Territoriali dei Consultori Familiari
Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3				Materno Infantile: Favorire crescita umanizzazione; accoglienza pazienti, familiari e percorsi semplificati
Q2	benessere organizzativo			5		azioni di coinvolgimento delle risorse umane e riorganizzazione carichi di lavoro
E1	contenimento spese di servizio ed economali (materiali non sanitari)	riduzione incidenza		10		
				100	-	

PIANO OPERATIVO 2014-2016

Unità Operative del - DIPARTIMENTO ATTIVITA' AMMINISTRATIVE E TECICO LOGISTICHE

Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa dell'Azienda. Esso supporta la Direzione aziendale nella realizzazione dei programmi di sviluppo strategico attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulle interfacce operative. I principali obiettivi del dipartimento sono di migliorare la qualità tecnico professionale, la tempistica e l'organizzazione delle attività svolte. Il Dipartimento assicura la massima flessibilità organizzativa dei servizi, la trasparenza e l'accesso alle informazioni da parte dei cittadini, l'efficiente utilizzo delle risorse assegnate e una spinta all'innovazione culturale congruente con le scelte istituzionali che coinvolgono l'Azienda. Dovere delle strutture afferenti è quello di garantire la massima adesione alle politiche dipartimentali di miglioramento e sviluppo.

Missione: *attività di supporto nei confronti della Direzione Strategica nonché di tutte le altre strutture aziendali, garantendo l'espletamento delle funzioni amministrative e la massima integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche, per il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali e di servizio all'area sanitaria. Supporta la Direzione Generale nei processi legati alla Legge 190/2012 (prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione).*

UOC Affari Generali e Legali: *provvede alla trattazione compiuta e complessiva dei problemi, degli affari sia generali che particolari e speciali, degli adempimenti ed operazioni – sotto il profilo giuridico-amministrativo – di interesse dell'Azienda e delle sue articolazioni operative e di supporto in materia giuridica. Gestisce le sanzioni amministrative ai sensi della legge 698/1981 e gli illeciti depenalizzati ex art. 102 del D.Lgs. n°507/1999; l'intero iter procedurale degli atti deliberativi dell'azienda; gestisce il protocollo generale.*

UOC Amm. Personale e Risorse Umane: *attua gli indirizzi gestionali espressi dalla Direzione Aziendale, quale struttura di pianificazione, di reclutamento, di amministrazione, di sviluppo di carriera del personale dipendente. Gestione giuridica dei dipendenti: Gestisce le funzioni di verifica dei fabbisogni di personale e di reclutamento dello stesso. Garantisce la corretta applicazione della normativa di riferimento sulla gestione del personale nel suo aspetto giuridico - amministrativo e ne assicura l'omogenea attuazione nell'ambito delle diverse articolazioni aziendali. Gestione economica e previdenziale dei dipendenti: Gestisce le funzioni di liquidazione delle retribuzioni del personale dipendente e delle altre forme flessibili di lavoro. Garantisce la corretta applicazione della normativa di riferimento sulla gestione del personale nei suoi aspetti economici e ne assicura l'omogenea attuazione nell'ambito delle diverse articolazioni aziendali. Gestisce i trattamenti di previdenza e quiescenza del personale dipendente cessato dal servizio. Gestione delle presenze.*

UOC Provveditorato e Risorse Materiali: *garantisce la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività dell'azienda attraverso l'acquisizione di beni e servizi alle migliori condizioni possibili nelle quantità e qualità necessarie, nel rispetto dei principi di eticità, legalità, efficienza, efficacia ed economicità. Economato: Acquisisce beni e servizi secondo le procedure in economia; verifica la regolare esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi economici, la tenuta dell'inventario e gestisce la cassa economica. Interagisce con il RUP del Project Finance in tutte le materie di competenza gestite dai vari direttori di esecuzione, garantendo e rispondendo del rispetto delle tempistiche e della qualità dell'esecuzione.*

UOC Contabilità, Bilancio e Risorse Finanziarie: svolge funzioni di monitoraggio economico mediante tutte le attività correlate alla costruzione e gestione del Bilancio Aziendale ed alla documentazione contabile. **Contabilità Generale:** redige il Bilancio Economico Preventivo, il Bilancio d'Esercizio consuntivo ed i rendiconti economici trimestrali per Sezioni relative alle Attività Sanitarie, Socio-Sanitarie Integrate e Socio-Assistenziali con le correlate note integrative. **Clienti e Fornitori:** provvede alla gestione di clienti e fornitori, alla emissione-registrazione dei documenti contabili, provvede alla gestione di cassa attraverso l'emissione di reversali di incasso o mandati di pagamento. Redige il Rendiconto Finanziario preventivo e consuntivo, il rendiconto consuntivo della gestione liquidatoria e provvede alla gestione dell'attività fiscale.

UOC Programmazione e Controllo: supporta la Direzione Generale nel controllo strategico, nella programmazione istituzionale, nel controllo della committenza. Il Controllo di Gestione gestisce i processi di contabilità analitica ed il sistema di reporting. La Programmazione e Valutazione delle Performance supporta la Direzione, il management aziendale e l'OIV nei processi di pianificazione operativa e di valutazione delle performance organizzative e individuali. Il sistema informativo cura la gestione dei flussi informativi, l'implementazione dei moduli SISAR e degli altri strumenti di alimentazione del sistema (fascicolo sanitario elettronico e cartella clinica informatizzata).

UOC Gestione Logistica e Tecnica: individua gli interventi da realizzare secondo le priorità conformi alle linee guida aziendali. Verifica tutti i processi e le attività concernenti gli interventi. Gestisce il patrimonio immobiliare aziendale attraverso una nuova e più completa politica di valorizzazione e utilizzo del patrimonio immobiliare. **Pianificazione, progettazione e controllo degli interventi:** Programma (costi e tempi), redige i progetti architettonici e controlla la realizzazione degli interventi previsti. **Patrimonio immobiliare e Appalti:** Provvede alla gestione amministrativa del patrimonio immobiliare in uso all'azienda ed alle procedure finalizzate all'affidamento dei lavori, in funzione degli obiettivi fissati dalla struttura gestione patrimonio tecnico. **Ingegneria clinica:** ottimizzare la gestione esecutiva degli acquisti in tecnologie biomedicali, fornendo una valutazione in termini di costo/beneficio, al fine di orientare correttamente le scelte. Svolge azioni di prevenzione sul cattivo utilizzo della strumentazione. Interagisce con il RUP del Project Finance in tutte le materie di competenza gestite dai vari direttori di esecuzione, garantendo e rispondendo del rispetto delle tempistiche e della qualità dell'esecuzione.

Monitoraggio: ogni settore amministrativo ha il compito di monitorare le attività di competenza ed il rispetto dei vincoli economico finanziari di competenza.

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo. In tal caso il peso degli obiettivi potrebbe essere riconsiderato.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AM1	valutazione attività istituzionale	tempestività; correttezza; precisione; efficacia; accuratezza; rispetto norme, contratti, regolamenti e programmi in ordine di priorità		50		Valutazione dello stato di avanzamento, della presa in carico e della conclusione dei procedimenti assegnati dalla Direzione Generale, con criteri di priorità.
AM2	razionalizzazione e revisione dei processi amministrativi gestiti e incremento della produttività	analisi costo/beneficio dei processi; eventuali attività di reingegnerizzazione				attività di revisione dei processi; eventuali atti di riorganizzazione degli uffici con l'obiettivo di razionalizzare i procedimenti e rendere più efficaci i monitoraggi, migliorando nel contempo l'integrazione tra funzioni e servizi.
AM3	monitoraggio costi aziendali di competenza	supporto nel monitoraggio diffuso della spesa di competenza (report e analisi di monitoraggio)		25		Supporto ai Servizi aziendali "clienti" in un ottica di revisione e monitoraggio della spesa di competenza (ad es. potenziamento di alcune attività in ambito economale, gestione automezzi, trasporti interni, inventario, controllo servizi appaltati, magazzino unico, costo variabile del personale; spese per contenziosi legali ecc.).

AM4	investimenti strutturali e supporto tecnico amministrativo	rispetto tempi ed assenza reclami / richiami / non conformità			Verifica puntuale tecnico professionale e vigilanza sull'applicazione delle normative di sicurezza e accreditamento negli interventi di manutenzione straordinaria e di ristrutturazione di stabili ed edifici. Capacità di effettiva e autonoma presa in carico delle problematiche tecniche strutturali impiantistiche (indicatore: n. non conformità riscontrate e formalizzate dal gruppo tecnico regionale per le autorizzazioni e gli accreditamenti/ n. trasferimenti); capacità di predisporre e tenere aggiornata la documentazione progettuale ed esecutiva inerente le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture (indicatore: n. prescrizioni documentali ricevute/ n. trasferimenti); gestione in partnership con le unità tecniche, di manutenzioni e lavori (costante verifica degli standard strutturali). Verifica check list regionale in materia di apparecchiature tecnologiche e impiantistiche; raccogliere tutti i documenti sui collaudi di consegna delle apparecchiature tecnologiche.
AM5	rispetto del debito informativo ministeriale, regionale, aziendale	rispetto dei tempi ed esatta compilazione di quanto previsto			Rispetto del 100% delle scadenze di tutti i flussi informativi, di documenti e programmi a valenza interna ed esterna. Verifica correttezza dati e informazioni.
AM6	autorizzazioni di spesa	andamento spesa			Bilancio e Controllo di gestione dovranno vigilare sul corretto andamento dei processi che regolano le dinamiche delle varie autorizzazioni di spesa, monitorando le azioni dei servizi ed eventualmente richiamando gli stessi al rispetto delle direttive impartite. Fermo restando il principio basilare che per ogni voce di spesa la struttura ordinante deve monitorarne l'andamento in autonomia.
AM7	semplificazione documentale, informatizzazione e reportistica online	alimentazione area web dedicata di ciascuna U.O.; utilizzo moduli SISAR		5	Semplificazione documentale e snellimento dei tempi burocratici per soggetti interni ed esterni. Predisposizione e completamento modulistica e regolamenti online; supporto all'implementazione del sistema SISAR in particolare per quei moduli non ancora a regime (ad es. order entry ecc.)

Q2	benessere organizzativo	>= 3		5		azioni di coinvolgimento delle risorse umane e riorganizzazione carichi di lavoro
E1	contenimento spese di servizio ed economali (materiali non sanitari)	riduzione incidenza		5		
E5	Corretta alimentazione contabilità analitica	tendenza 0% errori		10		verifica correttezza rilevazioni contabili (imputazione ai centri di costo) ad opera del Controllo di gestione
				100		-

PIANO OPERATIVO 2014-2016

Unità Operative degli - UFFICI DI STAFF

Missione: l'area della direzione aziendale è la sede elettiva nella quale si favorisce l'integrazione del governo clinico ed economico; al suo interno operano gli uffici di staff con funzioni di supporto ai processi decisionali nelle materie di particolare impatto strategico. Gli uffici di staff, attribuiti mediante il conferimento di incarichi professionali, fanno riferimento al Direttore Generale, pur mantenendo l'autonomia decisionale.

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE: esercita in piena autonomia, le molteplici funzioni ad esso attribuite dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

RUP PROJECT: sviluppare la capacità di effettiva e autonoma presa in carico delle problematiche tecniche riguardanti la gestione del Project Financing; Predisporre e tenere aggiornata la documentazione; implementazione adeguati strumenti di controllo quali-quantitativi. Coordinare i vari direttori per l'esecuzione al fine di garantire il massimo rispetto delle norme e dei regolamenti per il governo dei singoli servizi. Monitorare trimestralmente l'andamento del pagamento dei canoni trimestrali e l'adempimento della società di progetto rispetto alle tempistiche ed agli interventi concordati e programmati.

COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE: potenziare la comunicazione sulle liste d'attesa anche attraverso la valorizzazione della partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire sia un'adeguata conoscenza delle attività che delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, attraverso campagne informative, URP, Carte dei servizi, ma anche sezioni dedicate e facilmente accessibili sul sito web aziendale; Gestione Privacy e Trasparenza nel rispetto delle prescrizioni nazionali. Potenziare lo strumento comunicativo attraverso il sito web aziendale (regolamenti, documenti, atti, contatti, informazioni). Garantire tramite l'URP la tutela dei cittadini attraverso l'accoglienza, l'informazione e l'orientamento e la gestione dei reclami.

MEDICO COMPETENTE: Collabora con la Direzione Generale alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psicofisica degli operatori dell'Azienda. L'attività del Medico Competente è quella prevista dalle vigenti normative in materia di tutela e salute nei luoghi di lavoro, in particolare tutti gli adempimenti previsti dalla normativa vigente, in collaborazione con lo SPEP.

Prevenzione della corruzione: rispetto delle disposizioni della Legge n. 190/2012 "Anticorruzione" e, per quanto di competenza, delle prescrizioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in qualità di "Referenti A.C."; Attuazione degli obiettivi specifici di cui al Piano Triennale delle Performance, ultimo paragrafo.

Nota metodologica: i seguenti indicatori faranno riferimento, per le singole unità operative, al confronto tra i dati a consuntivo del 2013 con quelli degli anni precedenti, secondo quanto verrà illustrato nei report informativi, ed in relazione alle peculiarità della singola struttura. Alcuni indicatori fanno inoltre riferimento a singole unità operative, specificate nelle note di dettaglio. I risultati delle singole strutture verranno valutati in considerazione della mutevolezza del quadro di riferimento e delle dinamiche che si verificheranno in corso d'anno e di quei fattori che dovessero eventualmente far perdere di significatività all'obiettivo.

obiettivo	azione	indicatore	risultato conseguito	peso	risultato pesato	dettagli
AM1	valutazione quali-quantitativa dell'attività	tempestività; correttezza; precisione; efficacia; accuratezza; rispetto norme, contratti, regolamenti e programmi in ordine di priorità		30		Valutazione dello stato di avanzamento, della presa in carico e della conclusione dei procedimenti assegnati dalla Direzione Generale, con criteri di priorità.
AM2	razionalizzazione e revisione dei processi amministrativi gestiti e incremento della produttività	analisi costo/beneficio dei processi; eventuali attività di reingegnerizzazione		20		attività di revisione dei processi; eventuali atti di riorganizzazione degli uffici con l'obiettivo di razionalizzare i procedimenti e rendere più efficaci i monitoraggi, migliorando nel contempo l'integrazione tra funzioni e servizi.
AM5	rispetto del debito informativo ministeriale, regionale, aziendale	rispetto dei tempi ed esatta compilazione di quanto previsto		20		Rispetto del 100% delle scadenze di tutti i flussi informativi, di documenti e programmi a valenza interna ed esterna. Verifica correttezza dati e informazioni.
AM7	semplificazione documentale, informatizzazione e reportistica online	alimentazione area web dedicata di ciascuna U.O.; utilizzo moduli SISAR		15		Semplificazione documentale e snellimento dei tempi burocratici per soggetti interni ed esterni. Predisposizione e completamento modulistica e regolamenti online
Q2	benessere organizzativo	>= 3		5		azioni di coinvolgimento delle risorse umane e riorganizzazione carichi di lavoro
E1	contenimento spese di servizio ed economiche (materiali non sanitari)	riduzione incidenza		10		
E5	Corretta alimentazione contabilità analitica	tendenza 0% errori				verifica correttezza rilevazioni contabili (imputazione ai centri di costo) ad opera del Controllo di gestione
				100	-	

Mapa strategica triennale

"Obiettivi 2014-2016 - ASL di Nuoro - Piani Operativi"

codice	obiettivo	specifica	Dir. Mediche Presidio	Dip. Cure Mediche	Dip. Cure Chirurgiche	Dip. Servizi Ospedalieri	Dip. Emergenze Urgenze	Dip. Radio Oncologia	DISTRETTI - Nu/Sin/Sor/Mac	DPR -Dip. Prevenzione	DSM - Dip. Sal. Mentale	(DAS) RIAB - Serv. Riab.	(DAS) FARM - Serv. Farm.	(DAS) Altre Unità Dip. Att. Sanitarie	AMM - Dip. Ammin.vo	Staff
AS1	valutazione quali-quantitativi dei volumi di attività e dei dati di mobilità	miglioramento quali-quantitativo dato storico	S	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
SO1	ottimizzazione dipartimentale uso sala operatoria	puntualità inizio primo intervento; incremento n. interventi x seduta; valore DRG chirurgici; minimizzazione liste e tempi di attesa della chir. Programmata; Produttività (vedere nota a piè pagina)	S		X		anestesia									
F1	Rapporto spesa farmaci e mat. sanitario / produzione DRG (o valore produzione)	riduzione incidenza				X		X		X	X	X	S			
F2	Rapporto spesa farmaci / produzione DRG (o valore produzione)	riduzione incidenza		X	X		X						S			
F3	Rapporto spesa presidi m.c. e mat. protesici / produzione DRG (o valore produzione)	riduzione incidenza		X	X		X						S			

			DMP	DCM	DCC	DSO	DEU	DRO	DISTR	DPR	DSM	DSA Riab	DSA Farm	DSA Altro	AMM	STAFF
F4	Spesa Presidi medico chirurgici e Materiale Protesico imputati a blocco operatorio / produzione DRG (o valore produzione)	riduzione entità "costi comuni"	S	S	X	S	S						S			
F5	Rapporto spesa materiale diagnostico (lab-rad) / valore produzione	riduzione entità "costi comuni"				X							S			
F6	Rapporto spesa farmaci / popolazione	riduzione spesa farmaceutica lorda procapite territoriale. Incremento percentuale sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A							X				S			
H1	% Ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	tendenza <= 23%	S	X	X	X	cardio logia UTIC	onco- emato logia								
H2	% Ricoveri ordinari medici brevi	tendenza <= 17%		X	X		cardio logia UTIC	onco- emato logia								
H3	% di ricoveri effettuati in Day-Surgery e RO 0-1 giorno	tendenza >= 87%		X	X											
H4	% re_ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	tendenza <= 4%		X	X											
H5	Peso DRG	incremento dato storico		X	X		cardio logia UTIC	X								
H6	% DRG alto rischio inappropriatezza	riduzione dato storico		X	X		cardio logia UTIC	X								
H7	Percentuale di fughe in punti DRG	riduzione dato storico			sosp.											
H8	% ricoveri con degenza oltre 30 gg	riduzione dato storico		X	X			X								

			DMP	DCM	DCC	DSO	DEU	DRO	DISTR	DPR	DSM	DSA Riab	DSA Farm	DSA Altro	AMM	STAFF
HC1	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	riduzione dato storico			sosp.											
HC2	Indice di sepsi chirurgica in elezione ogni 1000 pz	riduzione dato storico			sosp.											
HC4	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	miglioramento dato storico			X											
HC5	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario di 0-1 giorno	incremento dato storico			chirurg. e urolog.											
HC6	Percentuale di parti cesarei	tendenza <= 35%			ostet. r. ginec.											
HC7	Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	tendenza >= 36%			ortopedia											
HE1	attività di emergenza	Numero interventi di emergenza o per l'accettazione di Pronto Soccorso. Numero interventi e procedure varie (di terapia antalgica, impianti di sistemi vari per neuromodulazione, ecc.); Numero e significatività degli Eventi "Sentinella" in terapia intensiva e/o dimissione. indicatori di qualità clinica.					X									
HE2	% pz in codice giallo visitati entro 30'	riduzione dato storico					PS									
HE3	% pz in codice verde visitati entro 60'	riduzione dato storico					PS									
HE4	% pz in codice bianco visitati entro 90'	riduzione dato storico					PS									
HT1	Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti di età 50-74 anni	riduzione dato storico		S					X							

			DMP	DCM	DCC	DSO	DEU	DRO	DISTR	DPR	DSM	DSA Riab	DSA Farm	DSA Altro	AMM	STAFF
HT2	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	riduzione dato storico		S					X							
HT3	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	riduzione dato storico		S			cardiologi a UTIC		X							
HT4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato	riduzione dato storico					PS		X							
HT5	Entità codici bianchi dei Pronto Soccorso ospedalieri	tendenza alla riduzione del dato storico							X							
Q1 a	customer satisfaction degenze	>= 3	X	X	X		cardiologi a UTIC	oncematologia			SPDC	degenze				
Q1 b	customer satisfaction ambulatoriale	>= 3	X	X	X	X	cardiologi a UTIC e PS	X	X	X	X	X		mat. Inf.le		
Q2	benessere organizzativo	>= 3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
LA1	liste e tempi di attesa specifici	miglioramento dato storico delle liste di attesa; utilizzo parametri di priorità clinica / emergenza; attivazione di PDTA, PAC e Day service	S	X	X	X		X	X			X				
LA2	refertazione per codici colore priorità	riduzione dato storico tempi attesa PS	S			X										
P1	efficienza organizzativa: implementazione PDTA, PAC e Day service centrati sul paziente	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti gestiti	X	X	X	X	X	X	X		X	X				
P2	completezza file C	tendenza 100%	S	X	X	X	X	X	X		CSM	X				
P3	completezza e correttezza SDO	chiusura SDO entro 15 gg del mese successivo. Completezza SDO.	S	X	X		X	X								
P4	consulenze interne e refertazioni	miglioramento tempi supporto. Verifica tempi da parte di unità "cliente". Verifica "costo" delle consulenze interne richieste	S	X	X	X	X	X								

			DMP	DCM	DCC	DSO	DEU	DRO	DISTR	DPR	DSM	DSA Riab	DSA Farm	DSA Altro	AMM	STAFF
P5	supporto diagnostico strumentale al Pronto Soccorso	incremento n. percorsi attivati e riduzione tempi di refertazione e di attesa pz del PS				X	S									
P6	rispetto tempi rendicontazione verso l'Azienda e/o verso altre istituzioni	rispetto scadenze e assenza richiami								X					S	
P7	controlli quali-quantitativi su convenzionati	report su verifiche effettuate							X							
E1	contenimento spese di servizio ed economali (materiali non sanitari)	riduzione incidenza							X	X	X	X		X	X	X
E2	Controllo spesa materiale protesico	monitoraggio collaudi e sanificazione							X			riabilitazione				
E3	Controllo spesa mezzi di trasporto	riduzione incidenza								X						
E4	Sopravvenienze passive rilevate a bilancio	riduzione dato storico e tendenza 0%							X							
E5	Corretta alimentazione contabilità analitica	tendenza 0% errori							X		X				X	X
GF1	programmazione acquisto farmaci e materiale sanitario	Azioni di programmazione e monitoraggio spesa											X			
GF2	Gestione procedura aperta a valenza regionale. Avvio processi di preparazione farmaci antitumorali e dei kit farmacologici monodose	Gestione gare ed implementazione processi											X			
GF3	Attività di promozione delle buone pratiche prescrittive e della distribuzione diretta	presenza report, incontri informativi; Incremento del valore della distribuzione diretta e dei farmaci equivalenti											X			
GF4	reportistica su consumi e cicli di gestione di farmaci, mat. Sanitario e protesico	report e valutazione andamento spesa											X			

			DMP	DCM	DCC	DSO	DEU	DRO	DISTR	DPR	DSM	DSA Riab	DSA Farm	DSA Altro	AMM	STAFF
PR1	Massimizzazione del grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti di età >= 65 anni	incremento dato storico e tendenza a raggiungere il 100% dell'attività programmata o necessaria								igiene pubblica						
PR2	Massima estensione e adesione ai programmi screening mammella, colon-retto e cervice uterina nella popolazione "bersaglio"	rispetto prescrizioni regionali sulla programmazione della diagnosi precoce dei tumori; incremento dato storico e tendenza a raggiungere le soglie citate in premessa, nella sezione "epidemiologia"								CEA						
T1	appropriatezza prescrittiva	funzionamento delle Commissioni A.P. e riduzione spesa farmaceutica convenzionata							X							
T2	presa in carico pazienti UVT	incremento n. percorsi attivati e n. pazienti inseriti							X							
T3	pazienti over 65 anni trattati in ADI	tendenza >= 5%							X							
AM1	valutazione attività istituzionale	tempestività; correttezza; precisione; efficacia; accuratezza; rispetto norme, contratti, regolamenti e programmi in ordine di priorità												X	X	X
AM2	razionalizzazione e revisione dei processi amministrativi gestiti e incremento della produttività	analisi costo/beneficio dei processi; eventuali attività di reingegnerizzazione													X	X
AM3	monitoraggio costi aziendali di competenza	supporto nel monitoraggio diffuso della spesa di competenza (report e analisi di monitoraggio)													X	
AM4	investimenti strutturali e supporto tecnico amministrativo	rispetto tempi ed assenza reclami / richiami / non conformità													X	
AM5	rispetto del debito informativo ministeriale, regionale, aziendale	rispetto dei tempi ed esatta compilazione di quanto previsto	S						S	S	S	S	S		X	X
AM6	autorizzazioni di spesa	andamento spesa													X	
AM7	semplificazione documentale, informatizzazione e reportistica online	alimentazione area web dedicata di ciascuna U.O.; utilizzo moduli SISAR													X	X

			DMP	DCM	DCC	DSO	DEU	DRO	DISTR	DPR	DSM	DSA Riab	DSA Farm	DSA Altro	AMM	STAFF
DM1	svolgimento attività istituzionale e strategica (ambito strutturale)	puntuale risoluzione delle problematiche emergenti; n. non conformità riscontrate e formalizzate dal gruppo tecnico regionale per le autorizzazioni e gli accreditamenti; n. prescrizioni documentali ricevute/ n. trasferimenti	X													
DM2	svolgimento attività istituzionale e strategica (strumenti e processi)	puntuale risoluzione delle problematiche emergenti; n. non conformità riscontrate e formalizzate dal gruppo tecnico regionale per le autorizzazioni e gli accreditamenti	X													
GR1	Gestione risorse umane e strumentali	supporto alla puntuale gestione dei fabbisogni di risorse umane, apparecchiature e tecnologie. Contenimento della spesa.	X	S	S	S	S	S	X	X	X	S	S	S	S	S

Legenda codici obiettivi: **AS** (attività sanitaria); **SO** (sale operatorie); **F** (area farmaci e presidi medico chirurgici); **H** (indicatori sanitari ospedalieri generali); **HC** (indicatori sanitari ospedalieri chirurgici); **HE** (indicatori sanitari ospedalieri area emergenza); **HT** (indicatori sanitari ospedaliero territoriali); **Q** (qualità); **LA** (liste di attesa); **P** (processi); **E** (economicità); **GF** (gestione farmaceutica); **PR** (prevenzione); **T** (territorio); **AM** (processi ammin.vi); **DM** (direzione medica presidio); **GR** (gestione risorse).

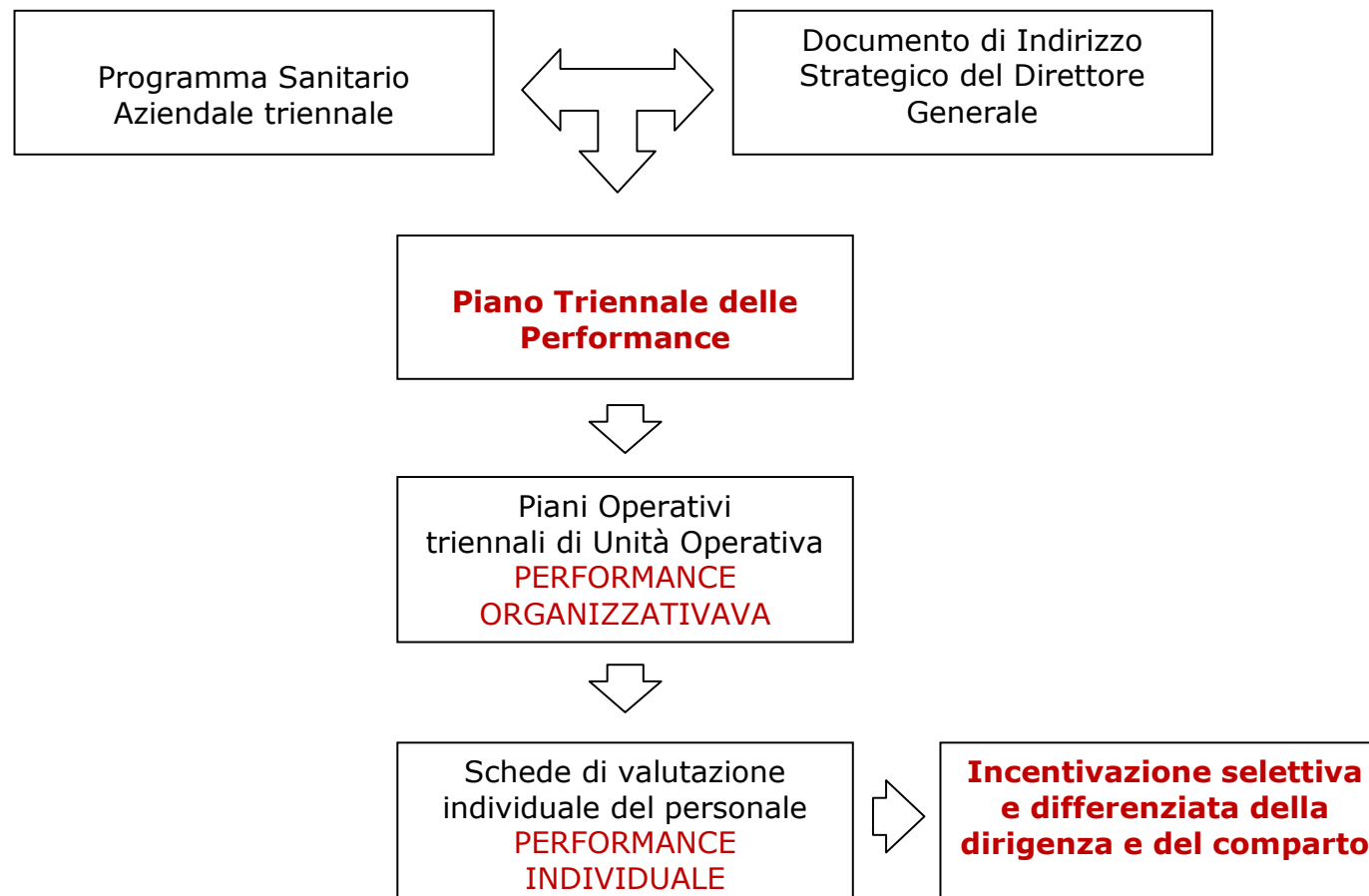
Legenda colori:

X	Obiettivo assegnato a dipartimenti o macro strutture cointeressate dallo stesso (eventualmente viene specificata la singola Unità Operativa destinataria dell'obiettivo all'interno della macro struttura).
S	Obiettivo assegnato a dipartimenti o macro strutture cointeressate dallo stesso, con funzioni di supporto o vigilanza
sosp.	obiettivo temporaneamente sospeso per difficoltà di elaborazione dati

raccordo con il sistema di valutazione del personale

L'Azienda dal 2012 ha adottato un nuovo Sistema di Valutazione del Personale (SVP), basato sulla ponderazione differenziata degli apporti individuali di tutto il personale alle performance aziendali e della struttura di appartenenza.

Il sistema che collega la performance aziendale agli apporti individuali può essere schematizzato come segue:



In particolare il Piano Triennale delle performance, sulla base della programmazione sanitaria d'azienda e degli indirizzi del Direttore Generale, fissa gli obiettivi generali strategici e i target attesi per livello di assistenza e area aziendale.

Gli obiettivi e i target vengono dettagliati in maniera analitica nei singoli Piani Operativi di Struttura, complessa o semplice dipartimentale, tenendo conto delle peculiarità delle stesse.

Tutto il personale dipendente ha una scheda di valutazione individuale.

In ogni scheda vengono valutate 3 tipologie di dimensione:

- Il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali o del gruppo di lavoro (assegnati dal direttore della struttura);
- I comportamenti (approccio all'attività professionale ed all'utente);
- Le competenze (conoscenze tecnico professionali concretamente messe al servizio della struttura).

A queste dimensioni se ne aggiunge preliminarmente una, data dal risultato della struttura, cioè dalla performance organizzativa misurata a consuntivo in relazione a quanto formalizzato nel Piano Operativo della singola Unità Operativa di appartenenza del dipendente.

Il peso di questo risultato varia da un massimo del 50% per i dirigenti apicali, fino ad almeno un 20% del risultato di tutti gli altri dipendenti.

Questo aspetto consente di collegare la strategia all'attività concretamente messa in atto da tutte le risorse umane dell'azienda, con un processo che viene favorito dall'attribuzione delle incentivazioni di risultato in modo selettivo e differenziato, a seconda dell'Indice di Performance Individuale.

CRITICITA' RISCONTRATE NEL 2012

L'anno 2012 ha registrato rallentamenti sul cronoprogramma previsto e sulla tempistica della valutazione del personale, a seguito dell'implementazione del nuovo sistema. Ciò ha comportato uno slittamento temporale dell'erogazione delle incentivazioni. Da tale punto di vista le schede di valutazione dei Direttori delle U.O. sono state modificate in modo da includere una specifica area di valutazione che tenga conto del rispetto, da parte dei "valutatori", dei tempi previsti dal processo, degli obiettivi e dei principi di Sistema.

BENESSERE ORGANIZZATIVO E GESTIONE RISORSE UMANE

Il sistema di valutazione del personale viene completato da sistematiche rilevazioni sia della customer satisfaction (*soddisfazione utente esterno*) che del benessere organizzativo (*soddisfazione delle risorse umane - cliente interno*).

La valutazione del Benessere Organizzativo, in particolare, consente di rilevare la situazione aziendale vista dalla prospettiva dei dipendenti di ogni unità operativa. Ciò offre spunti analitici per il miglioramento della gestione delle Risorse Umane.

Le principali criticità riscontrate nel Benessere Organizzativo rilevate nel 2012-13 vertono sui seguenti parametri:

- ▶ Spazi disponibili per persona
- ▶ Gradevolezza arredi ufficio/servizio
- ▶ Collaborazione tra colleghi
- ▶ Chiarezza e definizione ruoli organizzativi e i compiti lavorativi
- ▶ Organizzazione lavoro per evitare eccessivi carichi di lavoro periodici
- ▶ Coinvolgimento dipendenti nelle decisioni che riguardano il loro lavoro
- ▶ Possibilità di carriera

CUSTOMER SATISFACTION, UMANIZZAZIONE E GESTIONE PROCESSI

Per il 2013 le principali criticità riscontrate nella customer satisfaction vertono su:

- ▶ Tempi di attesa
- ▶ Durata e gestione delle code
- ▶ Orario e organizzazione nel servizio
- ▶ Segnaletica e accesso ai reparti e servizi
- ▶ Orario e organizzazione dei reparti
- ▶ Informazioni ricevute dai medici su stato di salute
- ▶ Caratteristiche della stanza di degenza

I responsabili hanno quindi importanti spunti per la messa in atto delle più opportune azioni di miglioramento, compatibilmente con i vincoli di bilancio aziendale.

TEMPISTICHE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE

fasi della pianificazione – valutazione R.U.	tempi
Programmazione sanitaria e sociosanitaria d'Azienda	Entro 15 novembre anno precedente
Predisposizione Piano delle Performance e Piani Operativi di Macro Centro e Dipartimento	Entro 31 gennaio anno corrente
Attribuzione Obiettivi individuali/di gruppo da parte del Direttore delle Un. Op.ve nelle schede di valutazione individuale	Entro 28 febbraio anno corrente
Rilevazione da parte del servizio Personale dei dati di presenza in servizio dei dipendenti	
Misurazione della performance organizzativa delle strutture	Entro 15 aprile anno corrente
Colloquio di valutazione tra responsabile e dipendenti, e tra dirigenti apicali e OIV	
Invio da parte del Responsabile di U.O. delle schede di valutazione individuale definitive al Servizio Personale;	Entro 15 maggio anno corrente
Chiusura di eventuali procedure di conciliazione	Entro 15 giugno anno corrente
Proposta al D.G. da parte dell'OIV della valutazione dei dirigenti apicali	
Chiusura formale valutazione e definizione della tabella finale contenente le valutazioni collegate alle incentivazioni individuali	
Valutazione intermedia delle Risorse Umane da parte del responsabile	Entro 30 giugno anno corrente
Adozione della Relazione sulla Performance predisposta dall'O.I.V.	
Corresponsione delle incentivazioni individuali	Entro 30 novembre anno corrente

raccordo con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC)

Il Presente Piano Triennale della Performance, in adempimento alle indicazioni fornite dalla C.I.V.I.T. con la delibera n°6/2013, ed il sistema di misurazione e valutazione della performance ai sensi e per gli effetti degli artt. 10 e 7 del D.Lgs. 150/2009, viene coordinato con il PTPC.

In particolare l'Azienda Sanitaria di Nuoro inserisce, nel ciclo della performance organizzativa, in qualità di obiettivi i seguenti:

OBIETTIVI SPECIFICI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

codice az.le	destinatario	indicatore	obiettivo
PTPC 1	Responsabile PTPC	corretta attuazione delle misure indicate nel PTPC	Rispetto adempimenti normativa L.190/2012
PTPC 2	Responsabile PTPC	relazione annuale per la prevenzione della corruzione entro il 20 dicembre di ogni anno	produzione documentale entro i termini
PTPC 3	Responsabile PTPC	riscontro di eventuali inadempimenti e/o azioni correttive	monitoraggio sui processi del PTPC
PTPC 4	Referenti Anti Corruzione	Azioni, Atti e Provvedimenti di attuazione del PTPC sui processi per quanto di competenza	Adempimento diretto processi del PTPC
PTPC 5	Referenti Anti Corruzione	Azioni, Atti e Provvedimenti di attuazione del PTPC sul personale "a rischio" per quanto di competenza	Adempimento diretto processi del PTPC
PTPC 6	Personale operante nei settori "esposti al rischio"	Ripetto norme del codice di comportamento aziendale e del PTCP	prevenzione corruzione
PTPC 7	Personale operante in settori non "esposti al rischio"	Ripetto norme del codice di comportamento aziendale	Regolarità comportamentale

Per quanto attiene alla "performance individuale", la responsabilizzazione sulla tematica in oggetto avviene a seguito di due azioni:

- 1) inserimento nelle schede di tutti i Direttori di Struttura, a seguito di modifica coerente con le disposizioni di Legge e con un richiamo esplicito agli adempimenti della normativa ed in particolare alla "presa in carico e gestione sostanziale di aspetti e attività relative

- all'attuazione delle normative su anticorruzione, trasparenza, performance e codice comportamento dipendenti pubblici”, specificando che per tale valutazione si terrà conto dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi specifici in materia di prevenzione della corruzione, precedentemente specificati;
- 2) inserimento nelle schede di valutazione di tutti i dipendenti aziendali, della “performance organizzativa”, che risentirà anche dell’attuazione degli obiettivi di PTPC in quanto questi sono esplicitati sia in questo Piano Triennale che nei Piani Operativi Dipartimentali.

Nella **Relazione sulla Performance 2014** si evidenzieranno i risultati conseguiti sia a livello organizzativo che a livello individuale. La Relazione Annuale sulla Performance viene trasmessa al Responsabile Anticorruzione al fine di individuare le misure correttive da adottare e/o implementare per migliorare il Piano Triennale Prevenzione Corruzione (PTPC).