

OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI 2015

Gennaio 2015

www.aslolia.it

Sede Legale:
Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
p. iva: 01687160901

Staff Direzione Aziendale

Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552332
Fax: 0789552329
e-mail: dir-generale@aslolia.it

Struttura Tecnica Permanente

Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552369
Fax: 0789552491
e-mail: stp@aslolia.it
e-mail: pimazzone@aslolia.it

INDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. OBIETTIVI STRATEGICI | 3 |
| 1.1 <i>Negoziazione degli Obiettivi</i> | 5 |
| 2. AREE STRATEGICHE | 6 |
| 2.1 <i>Area Strategica 1: Efficacia Preventiva, Assistenziale e Terapeutica;</i> | 6 |
| 2.1.1 <i>Assistenziali, Terapeutici e Preventivi</i> | 6 |
| 2.1.2 <i>Accessibilità e fruibilità dei servizi</i> | 10 |
| 2.2 <i>Area Strategica 2 : Efficienza Gestionale Organizzativa</i> | 13 |
| 2.2.1 <i>Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali</i> | 13 |
| 2.2.2 <i>Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse</i> | 15 |
| 2.2.3 <i>Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</i> | 18 |
| 2.3 <i>Area strategica 3 : Efficienza Economica Finanziaria</i> | 21 |
| 2.3.1 <i>Equilibrio Economico Finanziario</i> | 21 |
| 2.4 <i>Area Strategica 4 : Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione</i> | 24 |
| 2.4.1 <i>Soddisfazione dell'utente</i> | 24 |
| 2.4.2 <i>Comunicazione interna ed esterna</i> | 26 |
| 2.4.3 <i>Promozione attività di formazione</i> | 29 |
| 3. ANALISI DI CONTESTO | 30 |

1. Obiettivi Strategici

Il Piano delle Performance individua quattro aree strategiche che costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la strategia dell'azienda.

Rispetto alle quattro aree strategiche ove è possibile sono definiti gli obiettivi strategici da conseguire.

Area Strategica 1 e 2

Prospettiva dell'efficacia assistenziale, terapeutica, preventiva e dell'efficienza organizzativa dei processi di gestione:

sono definiti obiettivi strategici volti all'accessibilità e fruibilità dei servizi, all'appropriatezza dei percorsi assistenziali quale capacità nel dare risposta adeguata e tempestiva al bisogno di salute, nella fase di prevenzione e cura.

Area Strategica 3

Prospettiva dell'efficienza economica-finanziaria:

Sono definiti obiettivi economici strategici indirizzati al perseguimento dell'equilibrio economico attraverso il monitoraggio della spesa utilizzando in modo appropriato le risorse disponibili in funzione della migliore efficacia.

Area Strategica 4

Prospettiva di sviluppo e innovazione, relazioni con l'ambiente esterno e soddisfazione del paziente:

Gli obiettivi strategici riguardano la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale, nonché il coinvolgimento e la soddisfazione degli utenti e dei cittadini, l'informazione e la comunicazione interna ed esterna.

La strategia aziendale e le conseguenti attività gestionali perciò sono improntate ad un'intensa operatività indirizzata a percorsi di programmazione relativamente ai tre livelli assistenziali **Ospedaliera, Distrettuale e Sanitaria Collettiva**, perseguendo obiettivi strategici orientati a :

www.aslolia.it

Sede Legale:
Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
p. iva: 01687160901

Staff Direzione Aziendale

Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552332
Fax: 0789552329
e-mail: dir-generale@aslolia.it

Struttura Tecnica Permanente

Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552369
Fax: 0789552491
e-mail: stp@aslolia.it
e-mail: pimazzone@aslolia.it

- Potenziare, innovare e differenziare l'offerta Clinico-Assistenziale;
- Qualificare l'offerta di azioni sanitarie di Prevenzione e Clinico-Assistenziale sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;
- Affermare la pratica della continuità clinico-assistenziale;
- Perseguire gli orientamenti e le metodologie del **governo clinico**;
- Razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi erogativi e finalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili al soddisfacimento dei bisogni di salute;
- Allargare e rinforzare le reti di assistenza aziendali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino mirando all'obiettivo di una progressiva riduzione della mobilità sanitaria passiva .

www.aslolbia.it

Sede Legale:
Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
p. iva: 01687160901

Staff Direzione Aziendale

Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552332
Fax: 0789552329
e-mail: dir-generale@aslolbia.it

Struttura Tecnica Permanente

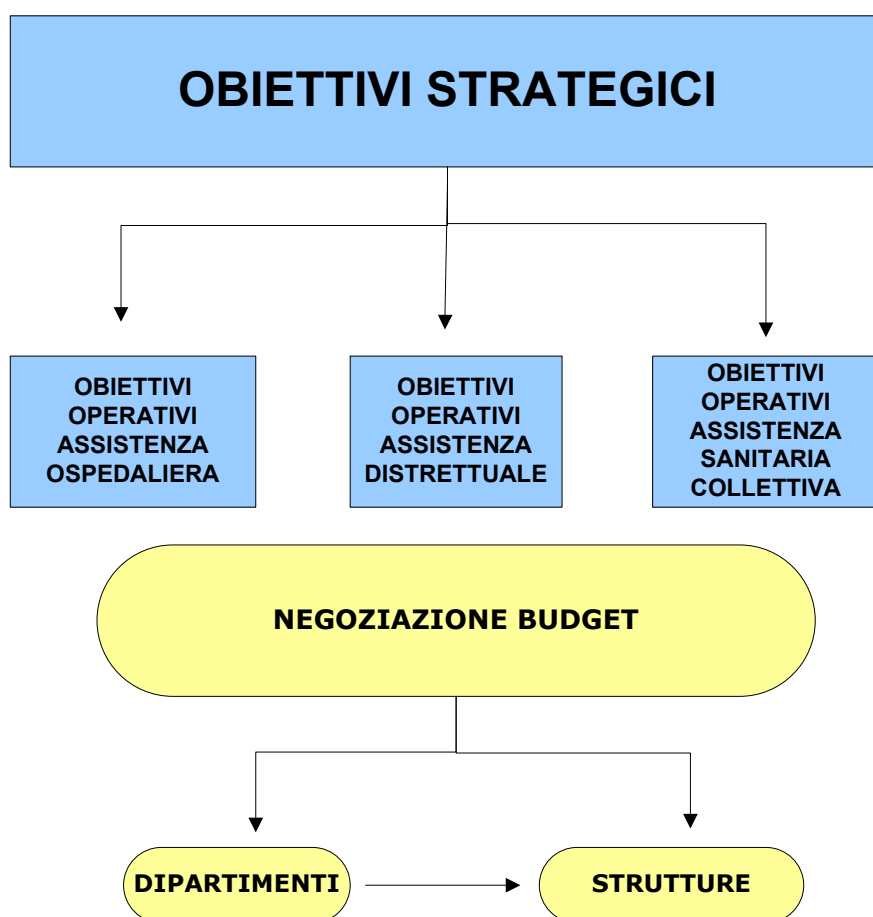
Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552369
Fax: 0789552491
e-mail: stp@aslolbia.it
e-mail: pimazzone@aslolbia.it

1.1 Negoziazione degli Obiettivi

Gli obiettivi vengono definiti dalla Direzione Generale con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla regione.

In particolare le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi operativi, come evidenzia il diagramma sottostante, relativamente ai dipartimenti o alle singole strutture dei tre livelli assistenziali **Ospedaliero, Distrettuale e Sanitaria Collettiva** attraverso il processo di Budget; con la predisposizione delle schede di Budget, gli obiettivi strategici vengono infatti declinati in obiettivi operativi specifici.

Gli obiettivi specifici sono negoziati dalla Direzione Generale con i responsabili di Dipartimento o con i responsabili delle singole strutture operative.



2. Aree Strategiche

2.1 Area Strategica 1: Efficacia Preventiva, Assistenziale e Terapeutica;

2.1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | STANDARD | RISULTATO PROGRAMMATO | INDICATORE |
|---|--|------------------|---|---|
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 1 Mantenimento della copertura vaccinale obbligatoria e facoltativa . Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio. | >= 70% | Elevare il livello di efficacia preventiva. | % di vaccinazioni effettuate ultra 65-enni /totale popolazione residente ultra 65-enni |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 2 Garantire gli Screening oncologici | 95% | Elevare il livello di efficacia preventiva. | N° donne invitate allo screening mammografico / popolazione di riferimento (50-69 anni) *100; N° invitati allo screening colon retto /popolazione di riferimento (50-69 anni) *100 |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 3 Potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate di I° e II°livello a favore degli anziani non autosufficienti età = > di 65 anni, e delle delle Cure Domiciliari Integrate di III°livello e Cure Palliative e a malati terminali. | >= 4 | Elevare il livello di efficacia assistenziale | n° anziani >=75 assistiti in ADI /totale popolazione residente anziana età >=75*100. N° pazienti inseriti in CDI di III° livello e cure Palliative e a malati oncologici |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 4 Sviluppare l'assistenza residenziale a favore degli anziani non autosufficienti : percentuale di anziani = > 75 anni trattati in strutture residenziali | >= 4 | Elevare il livello di efficacia assistenziale | n° anziani >=75 presi in carico in strutture residenziali/totale popolazione residente anziana età >=75*100 |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 5 Garantire il controllo degli allevamenti destinati alla produzione di derrate alimentari | 100% | Elevare il livello di efficacia preventiva. | n° allevamenti controllati/ allevamenti controllabili |

| | | | | | |
|---|-----------|---|-------------|--|--|
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 6 | Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura. | 100% | Elevare il livello di efficacia preventiva. | n° aziende del comparto agricoltura ed edilizia controllate così come previsto nel Piano di Prevenzione Regionale |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 7 | Mantenimento dell'autosufficienza per la produzione di sacche di sangue | 100% | Elevare il livello di efficacia preventiva. | Produzione autonoma emocomponenti/Richiesta emocomponenti *100 |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 8 | Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e comorbidità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CIM) | 100% | Elevare il livello di efficacia preventiva. | N° PDTA attivati |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 9 | Garantire la promozione e la tutela della salute della donna, della famiglia e della età evolutiva. | | Elevare il livello di efficacia preventiva. | % di gravidanze a basso rischio prese in carico - n° corsi preparazione parto attivati - % di donne che si rivolgono allo sportello puerperio - allattamento |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 10 | Copertura del territorio aziendale al fine di garantire la presa in carico del paziente e l'attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione dei disturbi neurologici, psicologici e psichiatrici dell'età infantile. | | Elevare il livello di efficacia terapeutica. | Migliorare la presa in carico del paziente dal servizio NPJA con procedure che definiscano le modalità di accesso, le priorità, le misure per il contenimento della lista d'attesa e il n° di accessi presso le sedi periferiche |

| | | | | | |
|---|-----------|---|--|---|---|
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 11 | Miglioramento dell'organizzazione e della gestione del servizio emergenza urgenza attraverso il miglioramento dei tempi e dell'appropriatezza degli interventi di soccorso. Garantire la riduzione del tempo medio di attesa dei codici bianchi e verdi del Pronto soccorso. Migliorare l'informazione per la popolazione sul corretto uso del 118. | | Elevare il livello di efficacia assistenziale | Tempo medio di attesa dei codici bianchi e verdi . Tempo medio interventi 118 |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 12 | Aggiornamento del documento di valutazione dei rischi in relazione alle variazioni logistiche. Revisione e adeguamento dei Piani di emergenza delle strutture al fine di potenziare il livello qualitativo della sicurezza degli ambienti di lavoro in tutte le sedi e presidi ASL. | | Elevare il livello di efficacia assistenziale | Predisposizione Piani di emergenza e di evacuazione PO aziendali. Predisposizione DVR |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 13 | Promozione e realizzazione di percorsi di valutazione diagnostica e di programmi terapeutici e socio-riabilitativi, promozione di attività di sensibilizzazione sul territorio e promozione di attività di prevenzione, rivolti a persone che presentano una problematica correlata al gioco d'azzardo. | | Elevare il livello di efficacia assistenziale | N° pazienti inseriti; N° incontri mensili; N° di Piani di intervento Terapeutico - Riabilitativi Personalizzati; N° gruppi di terapie ; |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 14 | Garantire il monitoraggio dei volumi di attività ambulatoriale e assicurare la completezza del File C. | | Elevare il livello di efficacia assistenziale | n° report di monitoraggio dei volumi di attività |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 15 | Promozione dell'incremento della quantità e qualità delle prestazioni ambulatoriali | | Elevare il livello di efficacia preventiva. | n° prestazioni ambulatoriali |

| | | | | | |
|---|-----------|--|--|---|---|
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 16 | Gestione della sorveglianza sanitaria inerente gli interventi di prevenzione e profilassi dell'infezione tubercolare negli operatori sanitari | | Elevare il livello di efficacia preventiva. | Predisposizione Protocollo operativo per il controllo della diffusione della TB tra gli operatori sanitari. |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 17 | Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare | | Elevare il livello di efficacia assistenziale e terapeutica | n° controlli effettuati nelle imprese del comparto alimentare/ controlli previsti dal Piano regionale di prevenzione |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 18 | Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale. | | Elevare il livello di efficacia assistenziale e terapeutica | n° controlli effettuati nelle imprese del comparto alimentare/ totale controlli programmati |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 19 | Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti derivati del latte e prodotti lattiero caseari. | | Elevare il livello di efficacia assistenziale e terapeutica | n° controlli effettuati nelle imprese del comparto alimentare/ totale controlli programmati |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 20 | Garantire la salute degli animali allevati de dell'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali e la sorveglianza delle zoonosi . In particolare la definizione di piani di azione per l'eradicazione della Brucellosi bovina, leucosi bovina enzotica, Blue tongue e un piano d'azione per la peste suina africana sulla base delle disposizione dettate dalla L.R. del 17/12/2014 . | | Elevare il livello di efficacia assistenziale e terapeutica | N° aziende da georeferenziare |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 21 | Miglioramento del percorso preoperatorio in preospedalizzazione per interventi programmati e garanzia di un Ospedale senza dolore per il trattamento del dolore post- operatorio (Paim Service). | | Elevare il livello di efficacia assistenziale e terapeutica | % N° pazienti trattati dolore post-operatorio/N° pazienti operati % N° pazienti preparati in preospedalizzazione / totale interventi |

| | | | | | |
|---|-----------|--|--|---|--|
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 22 | Prevenzione della MRC | | Elevare il livello di efficacia assistenziale e terapeutica | N° eventi formativi |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 23 | Promozione della profilassi per le infezioni da VRS | | Elevare il livello di efficacia assistenziale e terapeutica | N° di prematuri sottoposti a profilassi per VRC / N° totale di prematuri |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 24 | Prevenzione delle diverse patologie in età evolutiva | | Elevare il livello di efficacia assistenziale e terapeutica | N° valutazioni |
| 1.1 Assistenziali, Terapeutici e Preventivi | 25 | Definizione di un modello operativo funzionale al conseguimento degli obiettivi previsti nelle macroaree di programma definite nel Piano Regionale di Prevenzione. | | Elevare il livello di efficacia assistenziale e terapeutica | Obiettivi e Indicatori Piano Regionale di Prevenzione |

2.1.2 Accessibilità e fruibilità dei servizi

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | STANDARD | RISULTATO PROGRAMMATO | INDICATORE | |
|--|----------------------------|---|------------------------------|---|---|
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 1 | Elevare il livello di efficacia assistenziale per le patologie croniche | | Elevare il livello di efficacia assistenziale e terapeutica | Tasso di ricovero per scompenso per 100.000 residenti 50 - 74 anni. Tasso di ricovero per diabete globale per 100000 residenti 20-74 anni. Tasso di ricovero per BPCO per 100000 residenti 50 - 74 anni |
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 2 | Predisposizione e Attivazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici. | | Migliorare l'accessibilità dei servizi | N° PDTA attivati e formalizzati |

| | | | | | |
|--|----------|--|--|--|--|
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 3 | Garantire il Governo delle Liste d'Attesa per le prestazioni di ricovero ordinario e per le prestazioni ambulatoriali attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche al fine di garantire una risposta sollecita oltreché la tempestiva esecuzione della prestazione. | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | N° di report monitoraggio Liste d'attesa ;N° giorni di attesa per codice di priorità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale |
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 4 | Migliorare i tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche e di laboratorio | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | Riduzione % dei tempi di attesa per esami diagnostici rispetto al tempo medio di attesa del 2014 ; Tempo medio di attesa per prestazioni in emergenza urgenza. |
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 5 | Migliorare i tempi di refertazione del laboratorio analisi per i reparti ospedalieri e per esterni ossia riduzione del TAT (turn around time) per esterni, interni urgenti e interni routinari. | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | Riduzione % dei tempi di attesa per esami di laboratorio rispetto al tempo medio di attesa del 2014; Tempo medio di attesa per prestazioni in emergenza urgenza. |
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 6 | Garantire la parto analgesia | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | N° pazienti con parto analgesico/n° pazienti che lo richiedono e che sono arruolabili |
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 7 | Garantire l'attività chirurgica richiesta e ottimizzare l'efficienza nei reparti chirurgici garantendo una degenza media per i DRG chirurgici non superiore alla media nazionale. | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | Degenza media |
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 8 | Introduzione delle tecniche ecoguidate per la gestione e il confezionamento degli accessi venosi centrali e sistemi impiantabili | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | Introduzione delle tecniche |

| | | | | | |
|--|-----------|--|--|--|---|
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 9 | Garantire la refertazione delle prestazioni di anatomia patologica per esterni e per interni | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | % di prestazioni di screening refertate entro 7/10gg |
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 10 | Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio al fine di colmare il gap fra l'ospedalizzazione per la gestione dell'evento acuto e il domicilio del paziente per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per : - pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente; - pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato. | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | N° gg di degenza per le UU.OO dei presidi ospedalieri oltre la richiesta di dimissione protetta. % dimissione protetta per UU.OO |
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 11 | Definizione di un protocollo con AREUS entro il 31/12/2015 per la gestione dell'emergenza territoriale e i trasferimenti secondari nell'isola di La Maddalena. | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | Predisposizione di una bozza progettuale entro il 31/12/2015 |
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 12 | Definizione del Progetto di telemedicina con particolare riferimento alla telediagnostica | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | Predisposizione di una bozza progettuale entro il 31/12/2015 |
| 1.2 Accessibilità e fruibilità dei Servizi | 13 | Definizione di un progetto per la gestione integrata dell'emergenza e del percorso nascita | | Elevare il livello di fruibilità dei servizi | Predisposizione di una bozza progettuale entro il 31/12/2015 |

2.2 Area Strategica 2 : Efficienza Gestionale Organizzativa

2.2.1 Appropriatelyzza dei Percorsi Assistenziali

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | STANDARD | RISULTATO PROGRAMMATO | INDICATORE |
|---|--|-------------------|---|---|
| 2.1 Appropriatelyzza dei Percorsi Assistenziali | 1 Riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille | < = 180 | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | Riduzione % del Tasso di ospedalizzazione |
| 2.1 Appropriatelyzza dei Percorsi Assistenziali | 2 Predisposizione e Attivazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici al fine di permettere una completa presa in carico del paziente attraverso una logica organizzata fondata oltrechè sull'efficienza, sull'efficacia e sull'output. | 80 | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° PDTA attivati e formalizzati |
| 2.1 Appropriatelyzza dei Percorsi Assistenziali | 3 Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica | 23% | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N° ricoveri in DH medico * 100 |
| 2.1 Appropriatelyzza dei Percorsi Assistenziali | 4 Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi | 17% | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100 |
| 2.1 Appropriatelyzza dei Percorsi Assistenziali | 5 Migliorare l'efficienza nei reparti con un buon Tasso di occupazione dei posti letto | < =160 | Elevare il livello di governo della domanda | N° ricoveri ordinari relativi ai residenti / N° residenti *1000 |

| | | | | | |
|---|-----------|--|---------------------------------------|---|---|
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 6 | Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inapproprietezza | 87% | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici/ N° ricoveri effettuati in Day surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA chirurgici *100 |
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 7 | Apertura di un ambulatorio specialistico di II livello per pazienti con sclerosi multipla | media nazionale | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° pazienti presi in carico per sclerosi multipla |
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 8 | Riduzione della % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico. | <=20% | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° dimessi da reparti chirurgici con DRG medico / N° totale dimessi |
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 9 | Riduzione della degenza media per chirurgia protesica. | | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di efficienza sanitaria. | N° giornate degenza precedenti l'intervento chirurgico/ N° di dimessi sottoposti ad intervento chirurgico |
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 10 | Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inapproprietezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012 | Allegato B Patto per la Salute | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | Tasso di ospedalizzazione di ricoveri ordinari attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza. |
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 11 | Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva diagnostica e terapeutica | | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° riunioni; N° corsi formazione |
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 12 | Promozione e validazione di percorsi clinici propedeutici alla riduzione dell'inapproprietezza dei ricoveri | | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° PDTA attivati e formalizzati |
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 13 | Potenziamento dell'azione di filtro da parte del Pronto Soccorso e miglioramento dei tempi medi di attesa | | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° accessi con ricovero / N° totale accessi x 100 |

| | | | | | |
|---|-----------|---|-------------------|---|--|
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 14 | Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg | | Riqualificazione della qualità clinica dell'assistenza sanitaria. | N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100 |
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 15 | Riduzione della % dei DRG "M" e "C" fuori soglia (DRG 24°) e inappropriati | < = 15% | Riqualificazione della qualità clinica dell'assistenza sanitaria. | % DRG fuori soglia |
| 2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali | 16 | Individuazione e gestione delle priorità cliniche | | Riqualificazione della qualità clinica dell'assistenza sanitaria. | Definizione di una procedura per la gestione delle priorità cliniche |

2.2.2 Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | STANDARD | RISULTATO PROGRAMMATO | INDICATORE | |
|--|---------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|
| 2.2 Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse | 1 | Sviluppo della formula organizzativa del Day Service | | Sviluppo di nuove forme organizzative | N° Day Service |
| 2.2 Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse | 2 | Gestione ambulatoriale ed a domicilio dei pazienti in ventilazione domiciliare e portatori di tracheotomia. | | Riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° visite domiciliari |
| 2.2 Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse | 3 | Implementazione di un sistema di refertazione on line di tutte le unità operative del PO Paolo II | | Sviluppo di nuove forme organizzative | N° UU.OO collegate |

| | | | | | |
|--|----------|---|---|--|--|
| 2.2 Appropriatelyzza nell'utilizzo delle risorse | 4 | Elevare il valore strategico e la piena operatività del Dipartimento quale modello ordinario di gestione al fine di perseguire la continuità dei percorsi di cura e l'integrazione di tutti i momenti del percorso assistenziale (Prevenzione, diagnosi, cura riabilitazione), attraverso il reale e concreto uso integrato delle risorse necessarie sia umane che strumentali ed economiche. | Allegato B Patto per la Salute | Garantire la piena operatività del Distretto quale modello ordinario di gestione | Individuazione delle risorse ad uso dipartimentale |
| 2.2 Appropriatelyzza nell'utilizzo delle risorse | 5 | Garantire l'ottimizzazione nell'organizzazione delle risorse umane nei vari servizi ospedalieri/ territoriali | | Ottimizzazione delle risorse | Definizione di una bozza progettuale, N° riunioni; |
| 2.2 Appropriatelyzza nell'utilizzo delle risorse | 6 | Processo di sensibilizzazione dei MMG/PLS per la definizione di percorsi assistenziali idonei a evitare le ospedalizzazioni improprie. | | Riqualficazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria. | N° riunioni; N° corsi formazione |
| 2.2 Appropriatelyzza nell'utilizzo delle risorse | 7 | Definizione di un piano di azioni coerente con la L.R. n° 23/2014 e con le proposte operative di riqualficazione delle cure primarie definite dall'Assessorato e dal tavolo regionale istituito con DGR. 44/13 del 7 /11/2014 per l'attivazione delle forme di aggregazione strutturale di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e delle Aggregazione Funzionale Territoriali (AFT) della medicina convenzionata integrata con il personale dipendente del SSN. | | Riqualficazione e razionalizzazione del SSR | Definizione di un progetto |
| 2.2 Appropriatelyzza nell'utilizzo delle risorse | 8 | Definizione di una proposta per la riqualficazione dell'assistenza specialistica attraverso l'avvio delle Case per la Salute | | Riqualficazione e razionalizzazione del SSR | Definizione di un progetto |

| | | | | | |
|--|-----------|---|--|--|---|
| 2.2 Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse | 9 | Razionalizzazione consumo farmaci e materiale sanitario in correlazione ai volumi di attività prodotti. | | Elevare il livello di efficienza gestionale e organizzativa. | Consumo farmaci / volume di attività |
| 2.2 Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse | 10 | Definizione di un Piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari a norma di quanto disposto dalla L.R. 23/2014 al fine di inviduare le attività da trasferire alle strutture territoriali, ai costituendi ospedali di comunità, alle case per la salute e all'AREUS. | | Riqualificazione e razionalizzazione del SSR. | Definizione di un progetto |
| 2.2 Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse | 11 | Definizione del fabbisogno di personale infermieristico, tecnico e riabilitativo e assegnazione ai dipartimenti in relazione ai volumi di attività. Regolamentazione di dettaglio su metodologia di Gestione Dipartimentale del Personale infermieristico, tecnico e riabilitativo. | | Elevare il livello di efficienza gestionale e organizzativa. | Relazione di riorganizzazione |
| 2.2 Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse | 12 | Individuazione tra le prestazioni richieste al Dipartimento Diagnostico, quelle ad alto rischio di inappropriatazza. | | Elevare il livello di efficienza gestionale e organizzativa. | N° riunioni, Individuazione delle prestazioni a rischio di inappropriatazza |
| 2.2 Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse | 13 | Riduzione della mobilità passiva per i DRG ad alto indice di fuga | | Elevare il livello di efficienza gestionale e organizzativa | Riduzione della mobilità passiva per i DRG 290, 258 e 315. |

2.2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | STANDARD | RISULTATO PROGRAMMATO | INDICATORE |
|----------------------|---------------------|----------|-----------------------|------------|
|----------------------|---------------------|----------|-----------------------|------------|

| | | | | | |
|---|----------|--|--|---|-------------------------------|
| 2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie | 1 | Definizione e introduzione dei Protocolli e procedure tecnico professionali e organizzative gestionali | | Efficacia e qualità della Performance clinico - assistenziale. Miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata. | N° procedure; N° audit |
| 2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie | 2 | Predisposizione procedure su misure di contenimento/controllo ICPA e igiene ospedaliera a rischio biologico | | Riduzione del rischio clinico | N° procedure; N° controlli |
| 2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie | 3 | Implementazione percorso di Accreditazione Istituzionale nelle UU.OO. Verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei soggetti erogatori | | Conseguimento Accreditazione istituzionale delle UU.OO | N° strutture accreditate |
| 2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie | 4 | Mantenimento delle note informative di farmaco vigilanza per i farmaci in uso al fine di garantire un corretto uso del farmaco e porre attenzione alla possibile insorgenza di reazioni avverse. | | Elevare il livello di efficienza gestionale e organizzativa. | N° note informative |

| | | | | | |
|---|---|---|------------------------|---|---|
| <p>2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</p> | 5 | <p>Elaborazione o aggiornamento, applicazione e validazione percorsi previsti da accreditamento per UU.OO. Preparazione validazione e aggiornamento percorsi previsti da accreditamento per Sale Operatorie</p> | | <p>Elevare il Sistema di gestione di qualità.</p> | <p>N° procedure</p> |
| <p>2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</p> | 6 | <p>Garantire la qualità dell'assistenza prevenendo le infezioni ospedaliere (Vap).</p> | | <p>Elevare il Sistema di gestione di qualità.</p> | <p>N° vap / N° ricoveri</p> |
| <p>2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</p> | 7 | <p>Prevenzione e sorveglianza continua incidenti occupazionali. Verifica adesione protocollo TBC e attivazione protocollo Meningite.</p> | | <p>Elevare il Sistema di gestione di qualità.</p> | <p>N° verifiche</p> |
| <p>2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</p> | 8 | <p>Riduzione delle percentuale di parti cesarei</p> | <p><=15%</p> | <p>Elevare il livello di qualità clinica</p> | <p>N° parti cesari / N° totale parti * 100</p> |
| <p>2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</p> | 9 | <p>Sorveglianza sanitaria dei dipendenti ASL nell'ambito della tutela sui luoghi di lavoro. Indagine di stress da lavoro correlato</p> | | <p>Elevare il livello di sorveglianza sanitaria</p> | <p>Monitoraggio delle valutazioni e della frequenza delle visite del medico competente per dipendenti. N° indagini di stress lavoro correlato</p> |

| | | | | | |
|---|-----------|--|-----------|--|--|
| <p>2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</p> | 10 | <p>Aggiornamento norme interne di radioprotezione per tipologia di apparecchiature radiologiche. Formalizzazione dei protocolli per l'esecuzione dei controlli di qualità per tutte le apparecchiature radiologiche</p> | | <p>Elevare il livello dei controlli di qualità clinica su tutte le apparecchiature radiologiche</p> | <p>N° verifiche</p> |
| <p>2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</p> | 11 | <p>Riduzione della % di ricoveri ripetuti entro 30 gg per la stessa MDC.</p> | 4% | <p>Elevare il livello di qualità clinica</p> | <p>N° ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC/ N° ricoveri *100</p> |
| <p>2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</p> | 12 | <p>Predisposizione e applicazione di uno strumento di valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni infermieristiche erogate per i pazienti complessi (pazienti in nutrizione parenterale o enterale, terminali ecc..)</p> | | <p>Elevare il livello di efficienza gestionale e organizzativa.</p> | <p>Definizione di una scheda di valutazione</p> |
| <p>2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</p> | 13 | <p>Predisposizione procedura di inserimento/ addestramento/formazione per il personale neo assunto/ neo inserito afferente al servizio SPS</p> | | <p>Elevare il livello di efficienza gestionale e organizzativa.</p> | <p>N° corsi formazione</p> |
| <p>2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie</p> | 14 | <p>Adeguamento e mantenimento dei requisiti strutturali e impiantistici delle strutture aziendali. Interventi tecnici di manutenzione su impianti e immobili aziendali e controllo in relazione alla loro appropriatezza e ai tempi di intervento.</p> | | <p>Elevare il livello dei controlli di manutenzione e di qualità su tutte le strutture aziendali</p> | <p>Verifica interventi programmati. Verifica interventi straordinari</p> |

| | | | | | |
|---|-----------|---|--|--|--|
| 2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie | 15 | Adeguamento e controllo di qualità su tutte le apparecchiature radiologiche | | Elevare il livello dei controlli di qualità clinica su tutte le apparecchiature radiologiche | N° controlli |
| 2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie | 16 | Garantire la totale aderenza alle procedure medico-infermieristiche nell'assistenza al paziente | | Elevare il livello di qualità clinica | % di applicazione della procedura |
| 2.3 Governo Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie | 17 | Definizione di una procedura per la verifica e il monitoraggio del rispetto interno dei controlli al fine del rispetto dei requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici finalizzati all'accreditamento istituzionale | | Elevare il Sistema di gestione di qualità. | Definizione e adozione della procedura |

2.3 Area strategica 3 : Efficienza Economica Finanziaria

2.3.1 Equilibrio Economico Finanziario

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | STANDARD | RISULTATO PROGRAMMATO | INDICATORE | |
|--|---------------------|---|-----------------------|--|---|
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 1 | Controllo della spesa farmaceutica territoriale: - Vigilanza Farmacie aperte al pubblico; - Analisi e controllo convenzione farmaceutica; | | Contenimento dei costi | N° verbali di ispezione; N° verbali di Commissione Tecnica Aziendale |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 2 | Controllo dei costi di acquisto di beni e servizi con il ricorso a gare Consip e in forma associata e con il ricorso a strumenti innovativi quali aste elettroniche e accordi quadro. | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° adesioni convenzioni Consip e loro valore ; N° Aste elettroniche ; N° Accordi Quadro |

| | | | | | |
|--|----------|--|--|---|--|
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 3 | Monitorare la contabilità e la gestione dei cespiti. Monitoraggio trimestrale dei volumi di attività e dei costi per C.D.R. | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° report |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 4 | Garantire il governo dei processi di acquisizione e gestione delle tecnologie sanitarie, utilizzando le esperienze nazionali in materia di HTA | | Governo della gestione economica - finanziaria | Definizione di una procedura per la gestione del processo |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 5 | Garantire il governo della gestione del personale dipendente in termini di dotazione, di mobilità interaziendale e di turn over | | Governo della gestione economica - finanziaria | Definizione di una procedura per la gestione del processo |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 6 | Garantire il riscontro fisico delle rimanenze di reparto dei beni sanitari di consumo al 31 dicembre e verifica della corrispondenza tra il suddetto riscontro e quanto presente in giacenza al 31/12 nel modulo informatico "armadietto di reparto" nel software "Areas". | | Garantire il corretto utilizzo del software AREAS | Giacenza di beni sanitari "armadietto di reparto" = Riscontro fisico di beni sanitari presenti |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 7 | Definizione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti relativo agli acquisti dei beni, servizi e forniture | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° report |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 8 | Mantenimento dell'equilibrio economico - finanziario. Monitoraggio e riduzione dei costi | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° report consumato beni sanitari , N° report costo del personale |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 9 | Contenimento della spesa farmaceutica. Incrementare la distribuzione diretta e per conto | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° report controllo spesa farmaceutica. N° report controllo distribuzione diretta |

| | | | | | |
|--|-----------|---|--|--|---|
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 10 | Definizione di un piano di azioni per il contenimento della spesa sanitaria nel rispetto delle indicazioni poste dall'Assessorato con il supporto del comitato permanente di monitoraggio istituito con la DGR. 38/27 del 30/09/2014. | | Governo della gestione economica - finanziaria | Definizione di un piano di azioni |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 11 | Monitoraggio e controllo dei profili prescrittivi dei medici generici e specialisti | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° report di monitoraggio e verifica richieste fuori prontuario regionale per i medici prescrittori aziendali |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 12 | Monitoraggio mensile /trimestrale dell'utilizzo dei farmaci per armadietto di UU.OO | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° report di monitoraggio |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 13 | Budget Autorizzativo: Definizione e controllo di tutte le macro-autorizzazioni di spesa per ogni ufficio autorizzativo; Controllo di tutte le delibere con impegno di spesa. | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° controlli |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 14 | Valutazione delle variazioni in incremento rispetto al bilancio di previsione dei conti afferenti alle macro-autorizzazioni di spesa | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° valutazioni/controlli sulle variazioni in incremento |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 15 | Ricorso a RDO e ODA sul MEPA | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° ODA , N° RDO |
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 16 | Garantire la rendicontazione per fonti di finanziamento delle acquisizioni dei beni durevoli al fine di migliorare la gestione degli stessi, attraverso l'alimentazione della fonte di finanziamento nella " chiave contabile" della procedura AMC di " Areas". | | Governo della gestione economica - finanziaria | N° acquisizioni di beni durevoli con individuazione della fonte di finanziamento /N° totale di acquisizioni di beni durevoli *100 |

| | | | | | |
|---|-----------|---|--|--|--|
| 3.1 Equilibrio Economico Finanziario | 17 | Definizione di una procedura per l'analisi delle procedure amministrativo contabili al fine di migliorare l'attendibilità dei dati contabili e del bilancio | | Governo della gestione economica - finanziaria | Definizione e adozione della procedura |
|---|-----------|---|--|--|--|

2.4 Area Strategica 4 : Soddisfazione dell'utente , Sviluppo e Innovazione

2.4.1 Soddisfazione dell'utente

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | STANDARD | RISULTATO PROGRAMMATO | INDICATORE |
|----------------------|---------------------|----------|-----------------------|------------|
|----------------------|---------------------|----------|-----------------------|------------|

| | | | | | |
|---|----------|--|--|--|--|
| 4.1 Soddisfazione dell'utente | 1 | Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura ospedalieri | | Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente. | Predisposizione questionario. N° questionari somministrati |
| 4.1 Soddisfazione dell'utente | 2 | Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi diagnostici. | | Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente. | Predisposizione questionario. N° questionari somministrati |
| 4.1 Soddisfazione dell'utente | 3 | Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi territoriali e ambulatoriali . | | Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente. | Predisposizione questionario. N° questionari somministrati |
| 4.1 Soddisfazione dell'utente | 4 | Pubblicazione entro i termini previsti dal Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità di tutti i documenti, dati o informazioni in formato aperto, accessibile e di facile consultazione in modo da permettere al cittadino e ai vari stakeholders di interagire con l'azienda | | Garantire il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche | Pubblicazione ai sensi di quanto disposto dal Decreto Legislativo n° 33/2013 |

| | | | | | |
|---|----------|--|--|--|---|
| | | sanitaria e segnalare eventuali ritardi o inesattezze. | | amministrazioni | |
| 4.1 Soddisfazione dell'utente | 5 | Rilevazione e pubblicazione della soddisfazione del personale delle aziende sanitarie per evidenziare il livello di benessere organizzativo aziendale. | | Elevare il livello di efficienza gestionale. | Predisposizione questionario. N° questionari somministrati |
| 4.1 Soddisfazione dell'utente | 6 | Potenziamento dell'integrazione fra i servizi sociali e sanitari del territorio della Provincia Olbia -Tempio | | Garantire l'integrazione socio-sanitaria | N° riunioni, N° protocolli |
| 4.1 Soddisfazione dell'utente | 7 | Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dell'assistenza infermieristica nei servizi di ricovero e cura ospedalieri e territoriali. | | Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente. | Predisposizione questionario. N° questionari somministrati |
| 4.1 Soddisfazione dell'utente | 8 | Garanzia del rispetto della normativa in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico. | | Garantire l'adempimento delle disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità delle Pubbliche Amministrazioni ai sensi di quanto disposto dalla Legge 190/2012 | Attuazione della Legge 190/2012 |
| 4.1 Soddisfazione dell'utente | 9 | Rilevazione della qualità dei servizi appaltati | | Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente. | Predisposizione questionario. N° questionari somministrati |

2.4.2 Comunicazione interna ed esterna

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | STANDARD | RISULTATO PROGRAMMATO | INDICATORE |
|---|---------------------|---|--|---|
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 1 | Adozione del Piano Triennale per la trasparenza e per l'integrità, del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione entro il 31 Gennaio e della Relazione annuale sui risultati dell'attività svolta entro il 15 dicembre di ogni anno. | Garantire il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni | Adozione e pubblicazione ai sensi di quanto disposto dalla normativa |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 2 | Monitoraggio e controllo delle scadenze nella trasmissione dei flussi informativi aziendali e in particolare del rispetto della chiusura e della qualità della codifica nelle SDO. | Monitoraggio e controllo delle scadenze nella trasmissione dei flussi informativi. | N° SDO chiuse trasmesse entro 5 gg / N ° totale SDO trasmesse * 100 |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 3 | Adozione del Piano Triennale della Performance entro il 31 Gennaio e della Relazione sulle Performance entro il 30 Giugno | Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno. | Adozione entro i termini previsti dal Decreto Legislativo n°150/2009 |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 4 | Garantire la qualità delle informazioni pubblicate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurando l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali. | Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno. | Adozione e pubblicazione ai sensi di quanto disposto dal Decreto Legislativo n° 33/2013 |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 5 | Promozione della Comunicazione interna ed esterna attraverso comunicati stampa e promozione di attività di gruppo finalizzate alla modifica degli stili di vita | Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno. | N° eventi formativi |

| | | | | | |
|--|-----------|--|--|---|--|
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 6 | Garantire il supporto tecnico e il funzionamento dei flussi informativi aziendali per le tutte le Macrostrutture aziendali | | Elevare il livello di efficienza gestionale. | Relazione |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 7 | Incentivazione all'utilizzo dei sistemi informativi aziendali Sisar. | | Elevare il livello di efficienza gestionale. | % di utilizzo dei sistemi informativi aziendali |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 8 | Predisposizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori esposti alla corruzione al fine di individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità. | | Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno. | Tempo medio |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 9 | Adozione di un Codice di comportamento dei dipendenti da pubblicare sul sito istituzionale e da consegnare ad ogni dipendente al momento dell'assunzione e ai dirigenti all'atto dell'accettazione dell'incarico. | | Garantire l'adempimento delle disposizioni ai sensi di quanto disposto dalla Decreto Legislativo 165/2001 | Adozione ai sensi di quanto disposto dall'art.54 Decreto Legislativo n° 165/2001 |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 10 | Individuazione, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti aziendali, dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, monitoraggio periodico sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, e trasmissione di un report trimestrale al Responsabile del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione. | | Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno. | Pubblicazione ai sensi di quanto disposto dal Decreto Legislativo n° 33/2013 |

| | | | | | |
|--|-----------|---|--|--|--|
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 11 | Verifica, d'intesa con i dirigenti delle varie strutture aziendali, dell'effettiva rotazione del personale addetto a particolari adempimenti negli uffici preposti allo svolgimento delle attività in cui sussiste un rischio elevato di corruzione. | | Garantire l'adempimento delle disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità delle Pubbliche Amministrazioni ai sensi di quanto disposto dalla Legge 190/2012 | Attuazione della Legge 190/2012 |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 12 | Potenziamento del Sistema Informativo Sanitario allo scopo di favorirne una reale finalizzazione alle esigenze conoscitive della azienda, con particolare riferimento ai flussi NSIS ed economici finanziari , la dematerializzazione delle ricette e l'avvio e il consolidamento dei flussi dell'assistenza territoriale EMUR,ARS, ADI, CDM e Hospice. | | Potenziamento del Sistema Informativo Sanitario | Completezza e coerenza interna nella compilazione dei flussi NSIS e dei modelli economici finanziari (CE,LA ,CP) verificata dal Comitato permanente di cui alla DGR 38/27 del 30/09/2014 |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 13 | Garantire la comunicazione di tutti i dati definitivi necessari alla predisposizione del bilancio di esercizio entro il 31 marzo di ogni anno. | | Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno. | N° comunicazioni fuori termine |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 14 | Garantire la divulgazione e la trasparenza di tutte le procedure in modo particolare di quelle di emergenza al fine di garantirne la piena applicabilità. | | Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno. | Pubblicazione sul sito intranet |
| 4.2 Comunicazione interna ed esterna | 15 | Creazione di opuscoli informativi per i pazienti sottoposti a procedure/prestazioni chirurgiche | | Miglioramento delle relazioni con l'ambiente interno ed esterno. | Adozione e divulgazione |

2.4.3 Promozione attività di formazione

| OBIETTIVO STRATEGICO | OBIETTIVO OPERATIVO | STANDARD | RISULTATO PROGRAMMATO | INDICATORE |
|--|---|----------|--|---|
| 4.3 Promozione attività di formazione | 1 Promozione delle attività formative per la valorizzazione delle capacità tecniche e del benessere del personale. | | Sviluppo e promozione di attività formative. | N° eventi formativi |
| 4.3 Promozione attività di formazione | 2 Adozione del Piano di Formazione annuale entro il 31 Gennaio. Definizione del fabbisogno formativo del personale sanitario al fine di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il Governo clinico dell'organizzazione delle cure | | Sviluppo e promozione di attività formative. | Adozione del Piano di Formazione annuale entro il 31/01 |
| 4.3 Promozione attività di formazione | 3 Realizzazione di eventi formativi / educativi | | Sviluppo e promozione di attività formative. | N° eventi formativi |
| 4.3 Promozione attività di formazione | 4 Campagna di informazione e sensibilizzazione allo screening | | Sviluppo e promozione di attività formative. | N° eventi formativi. N° pubblicazioni |
| 4.3 Promozione attività di formazione | 5 Predisposizione di un programma formativo generale sui temi dell'etica e della legalità e di un programma specifico rivolto al responsabile della prevenzione della corruzione e ai dirigenti e dipendenti addetti alle aree maggiormente a rischio individuate nel relativo PTPC. | | Sviluppo e promozione di attività formative. | N° eventi formativi |
| 4.3 Promozione attività di formazione | 6 Raccolta e pubblicazione dati relativi alla valutazione del rischio biologico nel Presidio ospedaliero | | Sviluppo e promozione di attività formative. | N° pubblicazioni |
| 4.3 Promozione attività di formazione | 7 Predisposizione di un corso di formazione specifica di ERCP | | Sviluppo e promozione di attività formative. | N° eventi formativi |

3. Analisi di contesto

| ANALISI DEL CONTESTO INTERNO | |
|---|--|
| Punti di Forza | Punti di Debolezza |
| Presenza di professionalità di elevata competenza e alte tecnologie; | Mancata apertura dell'Hospice quale completamento della Rete di cure palliative aziendale |
| Avvio del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale attraverso la rimodulazione della rete ospedaliera e completamento della rete di ricovero con la lungodegenza e la riabilitazione; | Setting assistenziale inadeguato per alcune tipologie di ricovero; |
| Sviluppo e potenziamento della rete assistenziale territoriale per le cure domiciliari, cure palliative oncologiche e scompenso cardiaco; | Carente offerta di posti letto di lungodegenza e riabilitazione; |
| Aumento dell'appropriatezza e miglioramento degli indicatori di performance dell'attività ospedaliera e territoriale; | La carenza di meccanismi di controllo interno; |
| Avvio del processo di gestione budgetaria quale parte integrante di un processo di riqualificazione gestionale e di sviluppo organizzativo; | Mobilità passiva; |
| Miglioramento dei processi di monitoraggio dei dati di attività e dei costi; | Storico sottofinanziamento per quota- capitaria; |
| Avvio di un percorso di riorganizzazione aziendale attraverso un processo di razionalizzazione e contenimento della spesa soprattutto riguardo al personale e ai farmaci | Incompleta definizione della rete ospedaliera pubblica e privata; |
| Avvio del Budget autorizzativo e del sistema SISAR ATTI; | La mancata approvazione del nuovo atto aziendale; |
| Introduzione del sistema premiante della Performance Organizzativa e Individuale. | Il fattore comunicazione e condivisione degli impegni all'interno delle strutture aziendali |
| Adozione del Piano Triennale della Trasparenza e del Piano Triennale della Prevenzione dell'anticorruzione | |
| | |
| Opportunità | Minacce |
| Sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali coerentemente con i bisogni del cittadino/utente; | Incapacità di presidiare tutti i macro processi aziendali tipici e di supporto con opportune azioni di pianificazione e controllo. |
| Incremento della quantità e della qualità delle prestazioni ambulatoriali con la finalità di agevolare i processi di deospedalizzazione e la riduzione dei DRG ad alto rischio di inappropriately dal regime ordinario; | La mancanza di strutture di lungodegenza e di riabilitazione nonché l'incompletezza dell'assistenza domiciliare integrata comporta spesso la necessità per l'azienda di dover soddisfare il bisogno di salute dei cittadini con setting assistenziali non appropriati; |
| Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio; | L' afflusso al pronto soccorso di un elevato numero di pazienti i quali potrebbero soddisfare appropriatamente la loro domanda di salute in strutture ambulatoriali territoriali; |
| Miglioramento della qualità e degli indicatori di performance dell'offerta sanitaria; | |
| Innovazioni del sistema organizzativo gestionale. | |

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO
www.aslolia.it

Sede Legale:
Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
p. iva: 01687160901

Staff Direzione Aziendale

Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552332
Fax: 0789552329
e-mail: dir-generale@aslolia.it

Struttura Tecnica Permanente

Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552369
Fax: 0789552491
e-mail: stp@aslolia.it
e-mail: pimazzone@aslolia.it