

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018 AGGIORNAMENTO ANNO 2017

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
1	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	N. cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre di ciascun anno per esavalente e per la coorte in esame/	99,4%	99,0%	98,00%	> 95%	> 95%	DGR 364/2016
2	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale MPR nella popolazione bersaglio	N.Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione	91,00%	90,00%	92,00%	> 90%	> 90%	DGR 364/2016
3	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antipneumococcico	N.Cicli vaccinali (3°dose) completati al 31 dicembre per Antipneumococcica/N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	=	98,0%	98%	> 97%	> 97%	DGR 364/2016
4	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale antimeningococcico C	N. Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre 2015 per Antimeningococcica /N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	=	88%	88,00%	>97%	>97%	DGR 364/2016
5	PREVENZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	Migliorare la copertura vaccinale	Copertura vaccinale papilloma virus HPV	n.12 anni vaccinati per HPV/N.12 anni residenti	=	87%	80,00%	> 97%	> 97%	DGR 364/2016
6	PREVENZIONE	PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	% di imprese attive sul territorio controllate/anno	Num di imprese attive presenti sul territorio controllate*100/Num di imprese attive presenti sul territorio	7,81%	9,63%	15,22%	> 8%	> 8%	DGR 364/2016



**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
7	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Contaminazione degli alimenti - Controllo per la riduzione dei residui di fitosanitari nei prodotti alimentari	% dei campioni analizzati per la ricerca di residui fitosanitari nei prodotti alimentari	Num. campioni analizzati*100/Num campioni programmati	=	100,00%	100,00%	100%	100%	DGR 364/2016
8	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Controllo ovini e caprini per SCRAPIE	% ovini e caprini morti testati per SCRAPIE	Num ovini e caprini morti testati*100/Numero complessivo ovini e caprini morti	=	52,90%	41,90%	100%	100%	DGR 364/2016
9	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti registrati ai sensi del Reg. CE 852/04	% di imprese alimentari registrate	n. imprese registrate/n. imprese da registrare	=	=	100,00%	≥ 90%	≥ 90%	DGR 364/2016
10	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Allineamento del controllo ufficiale allo standard D.Lgs. 193/2007	Controllo rispetto allo standard del D.Lgs. 193/2007	Controlli rispetto allo standard	=	=	SI	SI	SI	DGR 364/2016
11	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Percentuale di campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale(piano nazionale residui	% percentuale di campioni analizzati	per il calcolo si fa riferimento al piano di campionamento previsto dalla normativa vigente	=	=	SI	SI	SI	DGR 364/2016
12	PREVENZIONE	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli alimenti	Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari	% aziende registrate	n. aziende registrate d'ufficio/n. aziende censite	=	=	100%	≥ 90%	≥ 90%	DGR 364/2016

**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
13	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di adesione alle campagne di screening	Adesione screening mammografico	V. scheda calcolo indicatori DRG 364/2015	52,34%	64,90%	68,45%	>80%	>80%	DGR 364/2016
14	PREVENZIONE SECONDARIA	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	Aumentare il grado di estensione delle campagne di screening	Estensione screening mammografico	V. scheda calcolo indicatori DRG 364/2015	94,25%	106,70%	104,60%	>95%	>95%	DGR 364/2016
15	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	EMERGENZA URGENZA	Appropriatezza organizzativa (118)	Rispondere tempestivamente alle richieste di assistenza in urgenza e far fronte in modo adeguato alle diverse tipologie di casi che si presentano	tempo medio di percorrenza espresso in minuti	Intervallo tra l'inizio della chiamata alla Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto	=	24,83 minuti	21,68 minuti	<20 minuti	<20 minuti	DGR 364/2016
16	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	N. ricoveri per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni x 100.000/Pop residente della fascia di età: 50-74	334,18	348,76	361,51	<180	<180	DGR 364/2016
17	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti della fascia di età: 20-74 anni	N. ricoveri per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni x100.000/Pop residente della fascia di età: 20-74	29,13	27,47	27,97	< 20	< 20	DGR 364/2016
18	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO)	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti della fascia di età: 50-74 anni	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni x100.000/Pop residente della fascia di età: 50-74	36,83	41,29	40,65	< 40	< 40	DGR 364/2016

**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
19	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	Efficacia assistenziale territoriale	Favorire un minor ricorso al ricovero ospedaliero per i pazienti over 64	% di over 64 anni trattati in ADI	N. di over 64 anni trattati in ADI/Pop residente over 64 anni x 100	7,66	8,14	8,88	>7	>7	DGR 364/2016
20	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	SALUTE MENTALE	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Ridurre il consumo occasionale di antidepressivi	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 100/N. utenti che consumano antidepressivi	25,74%	25,36%	25,49%	< 27%	< 27%	DGR 364/2016
21	RETE ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO	VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE	Efficacia dell'assistenza territoriale (cure palliative)	Consumo di farmaci oppioidi	Consumo di farmaci oppioidi/popolazione residente	ddd farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo/n.res.x 365	0,58%	0,58%	1,11%	> 2	> 2	DGR 364/2016
22	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Efficacia assistenziale territoriale	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine	n. utenti che consumano 1/2 cf. di statine all'anno x 100/ n. utenti che consumano statine	13,44%	13,41%	12,12%	< 8%	< 8%	DGR 364/2016
23	FARMACEUTICA TERRITORIALE	COMPORAMENTI PRESCRITTIVI	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Consumo di farmaci antibiotici	DDD di farmaci antibiotici erogati/anno	DDD di altri farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000/N. residenti x 365	25,60%	24,45%	23,43%	< 20	< 20	DGR 364/2016
24	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale	Spesa farmaceutica territoriale/FSR	scheda AIFA (tabella DRG 364/2015)	13,16%	11,67%	11,89%	≤11,35%	≤11,35%	DGR 364/2016

**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
25	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo farmaci biosimilari	% utilizzo farmaci biosimilari	modalità di calcolo previste dalla scheda AIFA	=	11,88%	18,96%	> 40%	> 40%	DGR 364/2016
26	FARMACEUTICA TERRITORIALE	GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	Utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	% utilizzo farmaci della lista di trasparenza AIFA	UP farmaci della lista trasparenza AIFA/UP dei farmaci contenenti il principio attivo dei farmaci biosimilari	=	0,76	77,05%	>90 %	>90 %	DGR 364/2016
27	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie	Rispetto degli impegni assunti in sede di sottoscrizione dell'APQ	Rispetto cronoprogramma nell'esecuzione dei lavori di adeguamento e/o ristrutturazione dei lavori di cui al documento di Direttive 2016	Assenza di "warning" (ovvero "warning risolti tempestivamente); Rispetto scadenze di aggiudicazione	SI	SI	SI	SI	SI	DGR 364/2016
28	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie	Tempestività nei pagamenti della SSR	tempi di pagamento da parte degli enti del SSR ai fornitori di cui al D.Lgs. 192/12	indicatore di cui al DPCM 22.09.2014	=	=	=	≤ 0	≤ 0	DGR 364/2016
29	DIREZIONE STRATEGICA	EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	Razionalizzazione riqualificazione della spesa sanitaria	Azioni di razionalizzazione e riqualificazione della spesa sanitaria, in un'ottica di Spending Review della spesa, finalizzate al perseguimento dell'equilibrio economico aziendale	monitoraggio dei costi ed eventuali azioni correttive	cfr DRG 364/2015	=	=	valutazione positiva	valutazione positiva	valutazione positiva	DGR 364/2016



**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
30	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO A (di interesse ministeriale)	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO A (di interesse ministeriale)/n.flussi da inviare	SI	SI	SI	SI	SI	DGR 364/2016
31	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Utilizzo dei flussi informativi	Flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO B (di interesse ministeriale)	n. di flussi inviati in maniera tempestiva e completa GRUPPO B /n.flussi da inviare	SI	SI	SI	SI	SI	DGR 364/2016
32	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	AUTORIZZAZIONE STRUTTURE	Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche DGR 662/2015	N documentazione prodotta/ n.documentazione da produrre	Inoltro degli atti richiesti ai fini del raggiungimento del 100% delle autorizzazioni definitive di cui allaDRG 364/2015	=	=	SI	SI	SI	DGR 364/2016
33	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Predisposizione del PAL	Aggiornamento del PAL	n. documenti prodotti	=	=	SI	aggiornamento annuale del PAL	aggiornamento annuale del PAL		DGR 364/2016
34	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Appropriatezza organizzativa	Completamento dell'attuazione degli standard relativi alle strutture complesse, semplici, coordinamento e posizioni organizzative.	n. atti prodotti ed approvati/n. atti da produrre e approvare	n. atti prodotti ed approvati/n. atti da produrre e approvare	=	=	100%	100%	100%	DGR 364/2016

**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
35	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Contenimento dei costi di approvvigionamento di beni e servizi	Rispetto delle disposizioni previste in materia di acquisti di beni e servizi (adempimento b del patto per la salute)	importo acquisti effettuati sulla piattaforma CONSIP/ totale acquisti effettuati	utilizzo per l'acquisto di beni e servizi, di cui alle categorie merceologiche presenti, degli strumenti telematici della piattaforma CONSIP e/o MEPA (= > 85% degli importo totale dei contratti stipulati nel 2015.verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management. Calcolo delle singole prestazioni e della loro incidenza percentuale sull'intero importo dell'appalto			=	= > 85%	= > 85%	DGR 364/2016
36	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Miglioramento delle Reti di previste dal Piano Regionale della Salute 2012-2015	Piena attivazione Reti previste dal Piano regionale della salute 2012-2015, approvato con la D.C.R. n. 317 del 24.7.2012	N relazioni prodotte/ N. relazioni previste	N relazioni prodotte/ N. relazioni previste	=	=	=	2	2	DGR 364/2016
37	DIREZIONE STRATEGICA	OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Appropriatezza clinica gender oriented	Realizzazione, nell'ambito dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Aziendali (PDTA), di tutte le azioni terapeutiche, organizzative e innovative volte alla appropriatezza per il genere di appartenenza. Miglioramento dell'appropriatezza clinica (gender oriented): prevedere e realizzare focus formativi per la medicina di genere	Azioni terapeutiche, organizzative ed innovative volte all'appropriatezza per il genere di appartenenza.	n. programmi informazione/formazione; n. incontri con associazioni; n. incontri con MMG	=	=	=	1	1	DGR 364/2016
38	DIREZIONE STRATEGICA	REVISIONE CONTABILE	Attendibilità dei dati di bilancio dell'Ente	Applicazione e verifica delle procedure amministrative contabili e attuazione dei principi di revisione contabile	Certificazione del bilancio	Opinion Ente certificatore (SI/NO/Positiva con limitazioni)	NO	SI	SI	OPINIONE POSITIVA	OPINIONE POSITIVA	DGR 364/2016

ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018 AGGIORNAMENTO ANNO 2017

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
39	DIREZIONE STRATEGICA	ARMONIZZAZIONE CONTABILE	Rispetto della normativa prevista in materia di approvazione dei bilanci	Rispetto dei tempi previsti dal D.Lgs.118/2011 in materia di adozione ed approvazione del bilancio di esercizio	tempi previsti dal D.Lgs.118/2011 in materia di adozione ed approvazione del bilancio di esercizio	data di consegna della delibera di adozione del bilancio di esercizio	SI	SI	SI	30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento	DGR 364/2016
40	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Controllo cartelle cliniche (CEA)	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	cartelle cliniche dimessi controllate secondo quanto previsto dal DM 10.12.2009	n.cartelle cliniche controllate/n. dimessi *100	=	SI	SI	SI	SI	DGR 364/2016
41	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	Elaborazione e invio in Regione del Piano di previsione delle attività di Risk Management	=	SI	SI	SI	SI - entro il 30 giugno	SI - entro il 30 giugno	DGR 364/2016
42	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Sicurezza per il paziente	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale		=	SI	SI	SI	SI - entro il 28 febbraio	SI - entro il 28 febbraio	DGR 364/2016
43	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Customer satisfaction: Monitorare la soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi	Produzione relazione sulla C.S. - invio e pubblicazione sul sito web aziendale	=	SI	SI	SI	SI - 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento	SI - 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento	DGR 364/2016



**ALLEGATO 1 - TABELLA SU OUTCOME-OBIETTIVI- INDICATORI-TARGET-PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018
AGGIORNAMENTO ANNO 2017**

N.ORD	AMBITO OPERATIVO		OUTCOME	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	MODALITA' CALCOLO	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Consuntivo 2015	Piano 2017 Target	Piano 2018 Target	Fonte indicatore
	AREA STRATEGICA	SUB AREA										
44	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Migliorare il grado di soddisfazione e la qualità delle informazioni rese al cittadino e agli stakeholder esterni	Rendere conto agli stakeholder esterni del grado di perseguimento della mission aziendale, delle responsabilità ed impegni assunti.	Produzione, invio e pubblicazione sul sito web del bilancio sociale	approvazione e pubblicazione Bilancio Sociale	SI	SI	SI	SI- entro il 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento(richiesta alla Regione di proroga al 31 maggio)	SI- entro il 28 febbraio anno successivo a quello di riferimento(richiesta alla Regione di proroga al 31 maggio)	DGR 364/2016
45	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013 e D.LGS.n. 97/2016	Assolvimento degli obblighi di trasparenza amministrativa	Approvazione del Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e aggiornamenti annuali	=	=	=	SI	SI	SI	D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) e D.LGS.n. 97/2016
46	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare tutte le misure di gestione del rischio corruttivo previste PTPC 2016-2018 - Aggiornamento 2017	Svolgere azioni previste nel PTPC 2016-2018 approvato con DDG n. 348 del 27.05.2016	Indicatori riportati nell'allegato 2 al PTPCT 2016-2018- Aggiornamento 2017 e obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs 33/22017 come modificato dal Decreto 97/2016 Indicatori riportati nell'allegato 2 al PTPCT 2016-2018- Aggiornamento 2017 e obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs 33/22017 come modificato dal Decreto 97/2016	=	=	=	SI	SI	SI	PTPC 2016-2018
47	DIREZIONE STRATEGICA	EMPOWERMENT AZIENDALE	Attuare i principi di trasparenza e accesso civico introdotti dal D.Lgs 150/2009 ed estesi dal D.Lgs. 33/2013 e D.LGS.n. 97/2016	Svolgere azioni di sensibilizzazione alla legalità, integrità e trasparenza	Promuovere la giornata della trasparenza in collaborazione con URP e controllo di gestione	=	=	=	SI	SI	SI	art.11, co2,D.LGS 150/2009-D.LGS.n. 33/2013 (Decreto Trasparenza) - D.LGS.n. 97/2016 - Delibera CIVIT n.105/2010



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO 2

STANDARD DI QUALITA' DEI SERVIZI CON RIFERIMENTO ALLA PERCEZIONE DELL'UTENZA

Premessa

La scheda di budget dell'anno 2016 della UOSD "URP Comunicazione" riporta all'obiettivo 11 l'elaborazione degli Standard di Qualità dei Servizi con riferimento alla percezione dell'utenza, prevedendo la presentazione di una bozza degli standard entro Ottobre 2016 e predisposizione del provvedimento di adozione entro l'anno 2016.

Pertanto quello che segue è una proposta che è stata sottoposta già alla valutazione della Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione dei vari Servizi interessati.

La normativa nazionale in tema di qualità

Negli ultimi venti anni si è susseguita una serie considerevole di direttive e decreti aventi quale oggetto il tema della qualità dei servizi e degli strumenti per la valutazione della stessa.

1. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994: "Principi sull'erogazione dei Servizi Pubblici";
2. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994: "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico";
3. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995: "Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini della emanazione degli schemi generali di riferimento di Carte dei servizi";
4. Decreto Legislativo n. 286 del 30 luglio 1999, art.11 "Qualità dei servizi pubblici e Carte dei servizi";
5. Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini";
6. Direttiva del Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione per una pubblica amministrazione di qualità del 19 dicembre 2006.

Già con la prima direttiva del 1994, venivano introdotti con riferimento ai servizi pubblici, i principi cui deve essere uniformata progressivamente l'erogazione dei servizi pubblici individuandoli in : **eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione e efficienza ed efficacia**. Figurano inoltre in questa direttiva i concetti di standard di qualità e quantità delle prestazioni rese dai soggetti erogatori, la valutazione della qualità dei servizi, tra cui la valutazione da parte degli utenti .

La Direttiva dell'Ottobre del 1994, che definisce i principi per l'istituzione degli uffici per le relazioni con il pubblico (URP), attribuisce agli stessi, tra le altre cose, il compito di "rilevare sistematicamente i bisogni ed il livello di soddisfazione dell'utenza per i servizi erogati".

Con il DPCM del maggio 1995, il legislatore provvede ad emanare uno schema generale di riferimento per le carte dei servizi sanitari, intese quali strumenti di tutela del cittadino-utente, in conformità con i principi dettati dalle precedenti due direttive. E' il decreto legislativo n. 286 del 30 luglio 1999 che al Capo III "Qualità dei servizi pubblici e carte dei servizi", art.11 "Qualità dei servizi pubblici" estende ai servizi pubblici nazionali e locali gli strumenti di tutela dei cittadini e gli utenti quali le carte dei servizi e gli standard di qualità.

Occorre attendere il 2004, quando con la Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24 marzo "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini", viene fatto il punto in merito alla rilevazione della qualità percepita da parte dei cittadini (indagine di customer satisfaction), allo scopo di promuovere metodi di rilevazione sistematica della stessa, la pianificazione dei conseguenti interventi di miglioramento sui servizi valutati, lo sviluppo all'interno delle singole amministrazioni della cultura della misurazione e del miglioramento continui, nonché la creazione delle specifiche competenze professionali necessarie a progettare e gestire le indagini sulla qualità percepita.

La spinta normativa ha poi subito una forte accelerazione in concomitanza con il decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 " Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

Il decreto infatti, che pone al centro il tema della valutazione delle performance organizzativa e individuale (valutazione dei dirigenti e del personale), nell'introdurre un livello valutativo inerente tutta l'organizzazione, richiama esplicitamente la centralità del tema della valutazione della qualità dei servizi, Assurgendola a vero e proprio parametro di valutazione.

Succedono al decreto, da parte della Civit, in particolare per quanto riguarda il tema della qualità , la delibera n.88/2010: "Linee guida per la definizione degli standard di qualità (articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198)", la Delibera n. 3/2012 Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici (standard di qualità), le quali definiscono l'impostazione metodologica da seguire per la valutazione della performance organizzativa.

Tra il 2012 e il 2013 le norme in tema di anticorruzione e trasparenza riprendono, anche da altri punti di vista, il tema della qualità prevedendo, in particolar modo il decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle "pubbliche amministrazioni" , l'obbligo di pubblicazione della Carta dei servizi contenente gli standard di qualità.

La normativa nazionale nel settore sanitario.

Nel settore della sanità , con riferimento agli ultimi 20 anni , il settore della qualità è stato al centro di numerosi provvedimenti normativi tenuto conto anche della delicatezza dei servizi sanitari e dell'impatto che hanno sull'utente. A porre le basi sul tema della qualità ed in particolar modo sugli aspetti della qualità percepita quali, la personalizzazione, l'umanizzazione ,l'informazione ecc. è senza dubbio il **Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502** e sue successive modificazioni e integrazioni (Riordino della disciplina in materia sanitaria).

Il D. L.vo n.502/92 dedica un intero articolo 14, ai temi della qualità in rapporto con il cittadino ; in particolare:

- prevede la definizione di un sistema nazionale di indicatori per la misurazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione , alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione;
- pone a carico delle aziende sanitarie l'obbligo di attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- afferma il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni e fissa le procedure di presentazione del reclamo stesso;

- impegna le aziende sanitarie a rilevare ed analizzare i segnali di disservizio ed individua le figure responsabili dell'adozione delle misure necessarie per rimuovere i disservizi;
- assicura la consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni di tutela dei diritti, sull'organizzazione dei servizi e sulla verifica della qualità.

Successivamente con **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 Maggio 1995**, in applicazione del DPCM 27 Gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", viene approvato uno Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari che ricomprende quanto previsto dalla normativa precedente sopra indicata : informazione sui servizi erogati e modalità di accesso, standard di qualità e impegni, tutela del cittadino e forme di partecipazione al miglioramento dei servizi; più in particolare lo schema di riferimento proposto prevede alla sezione terza l'indicazione degli standard di qualità, gli impegni e i programmi volti al miglioramento della qualità del servizio.

L'anno successivo, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 14 del Decreto Legislativo n. 502/92, viene emanato il **Decreto del Ministero della Sanità 15 Ottobre 1996**, con il quale vengono approvati gli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. Di seguito riportiamo una tavola riassuntiva degli indicatori suddivisi per area assistenziale.

	Ass. Collett. Amb. Vita e lavoro	Ass. Sanitaria di base	Ass. Special. Semires e territ	Assistenza Ospedaliera	Assist. Sanit residenz.	Aspetti generali
Personalizzazione/ Umanizzazione		6	5	86	4	
Diritto all'informazione	1		2	5	2	2
Prestazioni alberghiere			1	18	16	
Aspetti della prevenzione	3	1		2		3
Totale generale = 79	4	7	8	33	22	5

Il **DM 12.12.2001** per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, prevede un set di indicatori fra i quali tre per la verifica di qualità del processo :

- percentuale di segnalazioni e/o reclami relativi ai tempi di attesa;
- percentuale di strutture dotate di protocolli di dimissione protetta;
- percentuale di UU.OO. di degenza che hanno rilevato il gradimento degli utenti rispetto alla qualità dei servizi.

Da quanto sopra emerge che nel settore della sanità già prima del D. L.vo n.150/2009 il tema della qualità e degli strumenti per monitorarla (Standard e impegni) , era stato già sufficientemente sviluppato , fornendo quindi una serie di indicazioni alle quali le aziende Sanitarie possono fare riferimento .

La normativa regionale e il contesto ASP di riferimento.

La Basilicata nelle leggi regionali del settore sanitario riprende quanto previsto dalla normativa nazionale , prevedendo gli strumenti volti al controllo di qualità e a garantire la partecipazione e tutela degli utenti nei servizi sanitari.

Più in particolare la **Legge Regionale 31 Ottobre 2001, n.39 "Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale "** prevede :

- all'art. 45 Controlli di qualità fra gli indicatori da utilizzare anche quelli " del grado di soddisfazione dell'utenza, sulla base dei dati forniti dagli Uffici per le relazioni con il pubblico, nonché sulla base della consultazione delle organizzazioni sindacali, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti";
- all'art.46 punto 4 . Le Aziende Sanitarie approvano e aggiornano al Carta dei Servizi e adottano il regolamento di pubblica tutela.....
La carta dei Servizi definisce gli impegni e prevede gli standard generali e specifici cui i servizi devono attenersi".

Successivamente la Basilicata con DGR n. 2753 del 2005 approva il manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e nella macroarea **Diritto del paziente** prevede otto elementi da tenere in considerazione:

Carta dei Servizi, Accesso, informazione, Consenso, Reclamo, Privacy, Comfort e Ascolto.

Per quanto riguarda il contesto della nostra ASP possiamo dire che il tema della qualità è stato sempre centrale all'interno dei principi ispiratori e della pratica dei servizi sanitari; con riferimento specifico poi alla qualità dal punto di vista del cittadino , l'ASP dagli anni della sua istituzione (2009) ha provveduto a:

- a pubblicare la prima **Edizione della Carta dei Servizi (Anno 2011)** con una Terza Sezione dedicata agli impegni e standard nei settori : *tempestività e altri fattori legati al tempo, semplicità delle procedure di accesso e amministrative, comunicazione e informazione ,aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza nelle strutture sanitarie, aspetti legati alle strutture fisiche ed alla logistica, aspetti legati alla personalizzazione e all'umanizzazione del trattamento sanitario, aspetti alberghieri e comfort, tutela ascolto e verifica;*
- ad approvare il **Regolamento di Pubblica Tutela (Anno 2010)** al fine di garantire la tutela del cittadino nei confronti di atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni sanitarie garantite dalla ASP con pubblicazione sul Sito aziendale del Report annuale sull'andamento dei reclami;
- a programmare e svolgere annualmente in un servizio della ASP una **Indagine sulla soddisfazione degli utenti** con pubblicazione sul Sito Aziendale, rientrando anche negli obiettivi regionali di cui alla DGR n. 364/2016 ;
- a predisporre e pubblicare annualmente sul Sito Aziendale il **Bilancio Sociale** quale strumento di rendicontazione , rientrando anche questo negli obiettivi regionali di cui alla DGR n. 364/2016 ;
- a sottoscrivere **protocolli di intesa** con le Associazioni di volontariato e di tutela maggiormente rappresentative (Anno 2016 – Protocollo d'intesa fra ASP e Cittadinanzattiva-TDM).

Gli Standard di qualità dei servizi sanitari dell'ASP .

Di seguito viene riportata una prima proposta di standard di qualità che è stata sottoposta già alla valutazione della Direzione Sanitaria Aziendale e alla Direzione dei vari Servizi interessati.

Precisiamo che la proposta riguarda gli standard di qualità sugli aspetti che di solito possono essere valutati dall'utente e che vengono pubblicati nella Carta dei Servizi; vengono esclusi pertanto gli standard riguardanti gli aspetti tecno-professionali relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie.

Che cosa sono gli standard di qualità.

Gli standard di qualità sono obiettivi dichiarati dall'Azienda Sanitaria e costituiscono un impegno da rispettare nei confronti del cittadino sul tema della qualità del servizio sanitario. Per questo devono essere dichiarati pubblicamente all'interno della **Carta dei Servizi**, in modo da essere conosciuti dall'utente e devono essere formulati in modo comprensibile.

Di seguito si riporta un prospetto per spiegare la tabella riepilogativa degli standard, precisando che gli stessi riguardano le aree e gli aspetti ritenuti di maggiore rilevanza in ambito di qualità nell'offerta dei servizi ai cittadini ,così come in appresso specificati:

- *Aspetti relazionali;*
- *Personalizzazione e Umanizzazione;*
- *Informazione e comunicazione;*
- *Tempi e accessibilità;*
- *Struttura e logistica;*
- *Aspetti burocratico amministrativi;*
- *Tutela, ascolto e verifica.*

VOCE TABELLA	DEFINIZIONE/SPIEGAZIONE
Obiettivo di Qualità/Impegno	Descrive l'obiettivo di qualità/impegno assunto dall'Azienda su quella particolare area o dimensione (aspetti relazionali, umanizzazione, informazione , ecc.)
Indicatore	E' la misura di riferimento , qualitativa o quantitativa, che consente di valutare l'esito sullo specifico Obiettivo di qualità/impegno , assunto dall'Azienda.
Standard	Lo standard è il valore atteso per l'indicatore , da intendersi come l'obiettivo cui tende l'Azienda . Lo standard può essere quantitativo(espresso con un numero o una %) o qualitativo (espresso con un impegno o programma aziendale)
Strumenti di verifica	E' la modalità utilizzata per valutare l'attuazione dell'obbiettivo di qualità/impegno assunto
Struttura tenuta alla verifica	Struttura a cui compete la verifica dello standard

Allegato " Standard di qualità con riferimento alla percezione dell'utenza"

ASPETTI RELAZIONALI

OBIETTIVI DI QUALITA' /IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
1.Garantire la riconoscibilità del personale che svolge servizio al pubblico	N. personale dotato del cartellino di riconoscimento /N. totale del personale	100% del personale	Verifiche mediante controlli periodici Monitoraggio delle segnalazioni/Reclami	Direttori Distretti della Salute, Dipartimenti URP/Comunicazione
2. Garantire il miglioramento dei rapporti tra gli utenti ed il personale ad immediato contatto con essi	N. reclami per aspetti relazionali/N. totale dei reclami Corsi di formazione sui temi dell'accoglienza e rapporto con l'utenza	Decremento % reclami sugli aspetti relazionali Almeno 1 iniziativa di formazione all'anno sui temi dell'accoglienza e rapporto con l'utenza	Monitoraggio segnalazioni/Reclami Monitoraggio iniziative di formazione	URP/Comunicazione Formazione e aggiornamento

UMANIZZAZIONE, PERSONALIZZAZIONE E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

OBIETTIVI DI QUALITA' /IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
3. Garantire le cure necessarie per il contenimento della sofferenza	Procedura per accedere a terapie palliative, terapie del dolore sia in ambito	Presenza documenti informativi ai pazienti sulla terapia palliativa e	Monitoraggio procedura per accedere a terapie palliative, terapie del	Direttori/Responsabili delle UU.OO. interessate

	<p>residenziale che nei servizi territoriali.</p> <p>Corsi di formazione sulla terapia del dolore e cure palliative e umanizzazione del fine vita</p> <p>N. terapie del dolore e palliative effettuate/N. terapie del dolore e palliative necessarie in ambito residenziale</p> <p>N. terapie del dolore e palliative effettuate/N. terapie del dolore e palliative richieste nel Servizio ADI</p>	<p>del dolore, sia in ambito residenziale che territoriale</p> <p>Almeno 1 Corso di formazione all'anno sulla terapia del dolore e palliative e umanizzazione del fine vita</p> <p>100% dei pazienti</p> <p>100% dei pazienti</p>	<p>dolore.</p> <p>Monitoraggio iniziative formative</p> <p>Monitoraggio terapie palliative, terapie del dolore. Verifica a campione cartella clinica</p> <p>Monitoraggio terapie palliative, terapie del dolore. Verifica a campione cartella clinica</p>	<p>UOC Cure domiciliari e palliative</p> <p>Formazione e aggiornamento</p> <p>Direzione Distretti della Salute</p> <p>UOC Cure domiciliari e palliative</p>
4. Garantire quanto necessario per l'umanizzazione e per il rispetto della privacy nel momento della morte	<p>Procedura che garantisca il rispetto della persona e chi gli è vicino negli ultimi momenti della vita;</p> <p>Procedura di presa in carico della salma;</p> <p>Presenza stanza dedicata al commiato;</p>	<p>Presenza procedura in tutti i Presidi Ospedalieri Distrettuali (POD)/Hospice</p> <p>Presenza procedura in tutti i POD /Hospice</p> <p>Esistenza stanza in tutti i POD</p>	<p>Monitoraggio delle procedure e delle strutture</p>	<p>Direzioni Distretti della Salute</p>
5. Garantire a pazienti fragili o	Esistenza di Protocolli di	Esistenza di Protocolli di	Monitoraggio delle	Direzione Distretti

con bisogni complessi, la continuità assistenziale attraverso protocolli di dimissione protetta, tra ASP e AO San Carlo, che prevedano il coinvolgimento dei servizi territoriali	dimissione protetta concordati con i servizi territoriali (ADI, RSA, Lungodegenze , ecc.)	dimissione protetta nel 100% dei PP.OO.	procedure e modalità applicativa	della Salute, Dipartimento post-acuzie, UOC Cure domiciliari e palliative.
6. Garantire, al momento della dimissione, la consegna ad ogni utente ricoverato nei POD della relazione sanitaria da consegnare al proprio medico di famiglia o pediatra di libera scelta	N. dimissioni con relazione sanitaria/ su numero delle dimissioni	100% delle dimissioni	Monitoraggio cartelle cliniche	Dipartimento post-acuzie.

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
7. Garantire una piena e costante informazione ai cittadini sui servizi sanitari e sulle modalità per l'accesso	a) Esistenza di URP e numero telefonico dedicato all'informazione	a) presenza di URP e numero telefonico	Monitoraggio attività informativa URP	URP Comunicazione
	b) Presenza Sito Aziendale con informazioni aggiornate sui servizi e le prestazioni	b) presenza Sito Aziendale contenente informazioni sempre aggiornate	Monitoraggio richieste per aggiornamento Sito	Sito Aziendale
8. Garantire al paziente all'atto del ricovero nei POD una completa informazione sul presidio e sul reparto di ricovero	a) Presenza di opuscolo informativo sul POD completo di foglio di accoglienza di reparto riportante le notizie utili al paziente; b) Presenza di manifesti affissi in reparto riportante informazioni	a) Distribuzione del 100% dei ricoverati dell'opuscolo informativo/foglio di accoglienza b) Presenza manifesti affissi in tutti reparti.	Monitoraggio periodico nei reparti.	Direzioni Distretti della Salute, Direttori/responsabili UU.OO. di ricovero

	su: nominativi del personale, orario di ricevimento dei medici, orario di visita in reparto, norme per i visitatori.			
9. Garantire una comprensibile informazione per le pratiche sanitarie e per la corretta acquisizione del consenso informato da parte del paziente o di chi per esso	Esistenza di una procedura relativa al consenso informato del paziente	Consegna della modulistica al 100% dei pazienti interessati con le modalità previste dalla procedura	Monitoraggio cartelle cliniche	Direzione Distretti della Salute
10. Garantire l'informazione agli utenti sull'orario dell'attività ambulatoriale della medicina generale e sulle forme di medicina associativa	a) Presenza all'ingresso degli studi dei medici di un cartello indicante l'orario di apertura b) Presenza presso gli studi di un cartello indicante i nominativi dei medici associati e numero di telefono	Affissione sul 100% degli studi, dell'orario di apertura ambulatoriale Affissione del cartello sul 100% degli studi interessati	Verifica a campione Verifica a campione	UOC Cure Primarie



TEMPI E ACCESSIBILITA'

OBIETTIVI DI QUALITA'/IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
11.Garantire per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche di primo contatto, il tempo massimo previsto dai regolamenti regionali su base aziendale(30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni strumentali)	N. prestazioni specialistiche e diagnostiche di primo contatto assicurate nei tempi massimi previsti/N. totale prime visite richieste/prenotate.	90% sia su prestazioni specialistiche che diagnostiche	Sistema di monitoraggio tempi di attesa	Responsabile monitoraggio tempi di attesa
12. Garantire per la consegna dei referti il rispetto dei 5 giorni max, salvo particolari esami	N. referti consegnati entro 5 giorni/N. totale referti consegnati escluso tipologie particolari	100% referti consegnati entro 5 giorni	Monitoraggio tempi di risposta dei referti di diagnostica di laboratorio e del Servizio di Radiologia dei POD	Direzioni Distretti della Salute
13. Garantire la possibilità di prenotare e/o disdire telefonicamente le prestazioni specialistiche e diagnostiche	Esistenza di un CUP che assicuri le prenotazioni telefoniche su tutta l'ASP, salvo eccezioni dovute a particolari necessità tecniche.	Presenza di un CUP per prenotare telefonicamente tutte le prestazioni specialistiche e diagnostiche.	Monitoraggio delle prenotazioni telefoniche CUP	Direzioni Distretti della Salute
14.Garantire pubblicità sulle modalità e i tempi di consegna copia della cartella clinica per i pazienti ricoverati nei POD (max 10 giorni)	a) Informazioni riportate su opuscoli accoglienza del Presidio e sul Sito Aziendale b) N. copie cartelle cliniche consegnate entro 10 giorni dalla richiesta / N. totale richieste	a) Consegna opuscolo informativo al 100 % dei ricoveri e presenza scheda informativa sul Sito b) 100% delle richieste da evadere entro 10 giorni	a) Verifica informazioni riportate su fogli accoglienza e sito web b) Monitoraggio tempi di consegna	Direzione Distretti della Salute.
15.Garantire l'attivazione del Piano assistenziale nelle Cure Domiciliari di I,II,III livello entro 5 giorni dall'arrivo della richiesta	N. Piani assistenziali avviati nei tempi massimi previsti/sul numero totale dei Piani avviati	80% dei Piani avviati entro i tempi previsti	Monitoraggio dei Piani assistenziali	UOC Oncologia critica Territoriale ADI
16.Garantire l'attivazione del Piano assistenziale a pazienti in Cure Domiciliari Palliative entro 3 giorni dall'arrivo della richiesta	N. Piani assistenziali avviati nei tempi massimi previsti/sul numero totale dei Piani avviati	80% dei Piani avviati entro i tempi previsti	Monitoraggio dei Piani assistenziali	UOC Oncologia critica Territoriale ADI

STRUTTURA E LOGISTICA

OBIETTIVI DI QUALITA' / IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
17. Garantire facilità di accesso alle strutture attraverso una segnaletica adeguata e comprensibile	Idonea segnaletica in tutte le strutture	Presenza di idonea segnaletica	Monitoraggio adeguamento e/o incremento segnaletica esterna e interna Monitoraggio segnalazioni/reclami	Direzione Distretti della Salute URP Comunicazione
18. Garantire l'accesso fisico alle strutture sanitarie da parte dei portatori di handicap o cittadini fragili	Non presenza nelle strutture sanitarie di barriere architettoniche	100% delle strutture	Monitoraggio periodico	Direzione Distretti della Salute

ASPETTI BUROCRATICO AMMINISTRATIVI

OBIETTIVI DI QUALITA' / IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
19. Garantire la facilitazione di procedure amministrative/sanitarie complesse	a) Predisposizione di fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse; b) Possibilità di scaricare la modulistica dal Sito Aziendale	Predisposizione di fogli informativi su n. __2__ procedure ad es. : richiesta per protesica, attivazione ADI, ecc.	Verifiche annuali	Direzione Distretti della Salute

TUTELA- ASCOLTO -VERIFICA

OBIETTIVI DI QUALITA' /IMPEGNO	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	STRUTTURA TENUTA ALLA VERIFICA
20.Garantire la tutela dei cittadini attraverso una procedura per la gestione dei reclami , che assicuri la risposta in un tempo non superiore a 30/45 giorni, salvo casi che presentano caratteristiche di complessità	Esistenza di procedura per la gestione dei reclami	Risposta al 100 % degli utenti che hanno presentato reclami con le modalità previste dalla procedura e pubblicazione Report sul Sito Aziendale	Report annuale classificazione e analisi dei reclami con monitoraggio tempi di risposta ed esiti.	URP Comunicazione
21. Effettuare nei servizi sanitari la rilevazione della soddisfazione/gradimento degli utenti	Effettuazione di una indagine sulla qualità percepita dagli utenti su un servizio scelto annualmente	Almeno una indagine all'anno con pubblicazione del Report sul Sito Aziendale	Report finale indagine pubblicato sul Sito Aziendale	URP Comunicazione
22.Mettere a disposizione delle Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa, nei limiti delle possibilità spazi dedicati per attività di accoglienza e informazione	Spazi dedicati per Associazioni di Volontariato e Tutela che hanno stipulato protocollo di intesa	Presenza di spazi dedicati	Monitoraggio annuale	Direzioni Distretti della Salute