



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° :

122

DEL :

30 GEN. 2018

STRUTTURA PROPONENTE: U.O. C. PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE BILANCIO E SISTEMI INFORMATIVI

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE 2018-2020

GUADAGNINI  
ANNA

L'Estensore

Parere del Direttore Amministrativo :

Drssa Maria Luisa Velardi

 FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE  
(con motivazioni alleggiate al presente atto)

Firma

Data

29/01/2018

Parere del Direttore Sanitario :

Drssa Antonella Proietti

 FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE  
(con motivazioni alleggiate al presente atto)

Firma

Data

20/01/2018

Il funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imposta la spesa :

UOC PIANIFICAZIONE E PROGRAMMINE  
CO.GE - BILANCIO E SIST. INFORMATIVI

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget :

Firma

Dott. Alessandra Baccolini

Data

Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii. assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n° 241/1990, come modificato dalla L. n° 15/2005.

Responsabile del procedimento : ANNA GUADAGNINI

Data

Firma

Il Dirigente :

Data

Firma

UOC PIANIFICAZIONE E PROGRAMMINE  
CO.GE - BILANCIO E SIST. INFORMATIVI

Il DIRETTORE F. F.

Dott. Alessandra Baccolini

Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti | |

<b>Oggetto:</b>	<b>APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE 2018-2020</b>
-----------------	---

**IL DIRETTORE UOC PIANIFICAZIONE PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI  
GESTIONE BILANCIO E SISTEMI INFORMATIVI**

**VISTO**

- il D. Lgs 27/10/2009 n. 150 recante "Attuazione della legge 4/3/2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- la legge regionale 16/3/2011 n. 1 recante "Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18/2/2002, n. 6";
- il DCA n. U00251 del 30/7/2014 con il quale la Regione Lazio ha adottato le Linee Guida per la redazione dei Piani Strategici Aziendali 2014-2016;
- il DCA U00052 del 22 febbraio 2017 "Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato *Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*";
- la del.ne del Direttore Generale n. 518 del 12/4/2016 di approvazione del Piano Strategico Triennale 2016-2018;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 130 del 9/2/2017 di approvazione del Piano Triennale delle Performance 2017-2019;

**PRESO ATTO**

CHE con DCA n. U00115 del 20/3/2015 è stato adottato l'Atto di Autonomia Aziendale della ASL di Viterbo, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 32 del 21/4/2015 che modifica profondamente l'organizzazione dell'Azienda;

**RICHIAMATO**

il DCA U00214/2017 "Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per gli anni 2016 e 2017";

l'art. 10, comma 1, paragrafo a) del D.Lgs n. 150/2009 in merito all'indicazione di redigere ed approvare annualmente entro il 31 gennaio il Piano Triennale delle Performance;

**PRESO ATTO** del Piano Triennale delle Performance 2018-2020 della ASL di Viterbo e dell'Allegato Tecnico che, allegati al presente atto ne formano parte integrante e sostanziale e che, redatti nel mese di dicembre 2016, unitamente al Piano Strategico 2018-2020, sono stati illustrati in occasione della Conferenza dei Servizi nei giorni 19, 20 e 21 dicembre 2017, alla presenza dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori delle UU.OO.CC., dei Responsabili delle Strutture a Valenza Dipartimentale, dei Sindaci della Provincia di Viterbo, dei Rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta;

**TENUTO CONTO** CHE, a seguito delle indicazioni espresse dall'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito O.I.V.), si è proceduto ad apportare le necessarie modifiche ed integrazioni al Piano Triennale delle Performance;

**PRESO ATTO** del parere positivo espresso dall'Organismo Indipendente di Valutazione in data 18 gennaio 2018;

CHE il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii. assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4 comma 2, L. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n° 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni

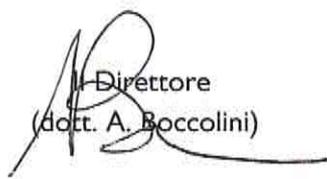
**ATTESTATO** CHE il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Nell'osservanza delle disposizioni di cui alla Legge 6/11/2012, n. 190 "disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della Pubblica Amministrazione"

### **PROPONE DI DELIBERARE**

Per i motivi espressi nella premessa, che si intendono integralmente richiamati:

- di approvare il Piano Triennale delle Performance 2018-2020 e l'Allegato Tecnico che, allegati al presente atto, ne formano parte integrante e sostanziale;
- di dare altresì atto che il Piano delle Performance 2018-2020 può essere pubblicato sul sito web aziendale;
- di stabilire che l'attuazione degli obiettivi inseriti nel Piano Triennale delle Performance 2018-2020 sarà soggetta a monitoraggio da parte della Direzione Aziendale e che eventuali variazioni della performance organizzativa saranno tempestivamente inserite nel Piano stesso con successivo atto deliberativo;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi;
- di dichiarare l'immediata esecutività del presente atto.

  
Il Direttore  
(dott. A. Boccolini)

## IL DIRETTORE GENERALE

- VISTA La proposta di delibera sopra riportata dal Direttore della U.O.C. Pianificazione e Programmazione CO.GE.- Bilancio e Sistemi Informatici in frontespizio indicata;
- PRESO ATTO Che il Dirigente, sottoscrivendo il citato provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4 comma 2, L. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n° 241/1990, come specificato dalla L. n° 15/2005;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario:

## DELIBERA

- di approvare la proposta così come formulata rendendola dispositivo;
- di dichiarare l'immediata esecutività del presente atto.

La presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dell'art. 31 della L.R. n. 45/96.

Il Direttore Amministrativo  
(Dr.ssa Maria Luisa Velardi)

Il Direttore Sanitario  
(Dr.ssa Antonella Proietti)

IL Direttore Generale  
(Dr.ssa Daniela Donetti)

# PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE 2018-2020

## ASL VITERBO

## **1. Il Piano Triennale delle Performance della ASL di Viterbo 2018-2020**

Il Piano Triennale delle Performance della Asl di Viterbo 2018-2020 è stato redatto in coerenza con gli strumenti di programmazione regionale e con i vincoli di Bilancio; in particolare con i Programmi Operativi 2016-2018, con il DCA 214 del 6/6/2017 e con gli obiettivi di Contratto assegnati al Direttore Generale.

### **1.1 Perché un focus sulla performance**

Migliorare la performance delle Amministrazioni Pubbliche è l'obiettivo comune e centrale delle numerose iniziative di cambiamento in atto nel settore pubblico del nostro Paese. La necessità di rispondere adeguatamente alle esigenze crescenti dei cittadini, in termini di qualità delle politiche e dei servizi erogati, soprattutto in tempi di forti ristrettezze economiche che stanno minacciando la sostenibilità del Servizio Sanitario Pubblico nel suo complesso, obbliga le pubbliche amministrazioni a munirsi di informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività per migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione stessa, nonché per rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder e ai cittadini.

L'ASL di Viterbo fa propria la definizione di performance così come declinata dal Decreto Legislativo 150/2009 – la cosiddetta "Riforma Brunetta":

“il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, gruppo di lavoro, individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita”.

Il Piano delle Performance (in seguito "Piano") è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, di monitoraggio, di misurazione e di valutazione.

## 1.2 I “tempi” del Ciclo delle Performance

Il Piano sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'ASL di Viterbo. Ha valenza strategica triennale (2018-2020), e viene declinato annualmente relativamente agli indirizzi strategici regionali, definendo, in coerenza con le risorse assegnate:

a) obiettivi congrui alla missione della ASL e alle sue articolazioni organizzative;

b) indicatori capaci di misurare nel tempo l'andamento dell'attività o dei processi soggetti a misurazione, valutazione e rendicontazione.

E' adottato in stretta coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione economico-finanziaria e del Bilancio e dà compimento alla fase programmatica del Ciclo di gestione della performance di cui all'art. 4 del Decreto Lgs. 150/2009 (in seguito "Decreto").

Il Piano comprende:

- le caratteristiche organizzative e gestionali distintive dell'Azienda, i valori e i principi specifici che ne definiscono la ragione d'essere, la sua proiezione in uno scenario futuro che determina gli obiettivi di performance individuati;
- l'analisi del contesto di riferimento;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna articolazione organizzativa, strettamente collegati alle risorse economiche assegnate; tali obiettivi ed indicatori hanno valenza triennale, fatte salve le modifiche che potranno essere introdotte al variare della normativa o del quadro generale di riferimento e fatto salvo quanto espressamente non riproposto nelle annualità successive alla prima;
- la modalità di verifica del grado di raggiungimento;
- l'integrazione con gli altri documenti collegati.

Il Piano, deliberato dal Direttore Generale, viene pubblicato e pubblicizzato entro il 31 gennaio di ogni anno a seguito di un percorso così articolato:

- nel mese di settembre la Direzione Generale, supportata dalla UO Controllo di Gestione, avvia il processo di elaborazione del Piano, sulla base di quanto determinato dal Piano Sanitario Regionale, dai Piani Operativi ed in coerenza con gli obiettivi annuali assegnati dall'Assessorato alla Sanità Regionale al Direttore;
- nel mese di ottobre, sulla base delle indicazioni strategiche, vengono organizzati incontri preliminari con i soggetti coinvolti nel Ciclo, per raccogliere le loro istanze in merito alle priorità strategiche dell'Azienda;
- la Direzione Generale procede all'analisi delle istanze ed alla validazione delle proposte;
- elaborato il quadro degli obiettivi strategici per l'esercizio successivo all'anno in corso, viene avviato il processo di elaborazione delle schede degli obiettivi operativi, alla base dell'elaborazione del Piano Sanitario Aziendale Annuale e Triennale e del Bilancio di Previsione (e di assegnazione delle risorse ai centri ordinatori di spesa);
- dopo l'approvazione dei richiamati documenti di programmazione, vengono elaborati gli indicatori di performance che saranno successivamente validati dall'O.L.V., nel rispetto del sistema di misurazione e valutazione adottato dall'Azienda.

## IL PROCESSO DI BUDGETING

I TEMPI	LE AZIONI	GLI ATTORI
settembre 2017 / ottobre-novembre 2017	svevo elaborazione Piano Triennale delle Performance in coerenza con i Programmi Operativi, il PSR, gli obiettivi del LEADER ed il P.S.A. della Regione Lazio apertura fase di ascolto degli stakeholder interni ed esterni per la individuazione e condizionale delle priorità strategiche da inserire nel Piano	Controllo di Gestione Direzione Strategica, Collegio di Direzione
Dicembre 2017	convocazione Conferenza dei Servizi e presentazione Piano Triennale dalla Coordinamento, consegna ai Diretori di UUOCC ed ai Dipartimentali della proposta di budget 2018	Direzione Strategica
entro il 20 gennaio 2018	consegna contributo responsabile UUOCC e dipli per la definizione obiettivi budget 2018	UUOCC
31 gennaio 2018	approvazione del Piano Triennale delle Performance	Direzione Strategica
31 gennaio 2018	consegna della documentazione relativa al raggiungimento degli obiettivi di budget 2017 e delle schede relative al contributo individuale	tutte le UUOCC; e Dip. Il, CUG
febbraio 2018	approvazione Bilancio di Previsione 2018	Direzione Strategica CUG, Comitato di Budget, ONV, Direzione Strategica
gennaio 2018	validazione degli indicatori annuali di budget (2018) da parte dell'ONV ed avvio del processo di negoziazione	CUG, Comitato di Budget, Direzione Strategica
febbraio 2018	conclusione processo di negoziazione obiettivi di budget 2018	CUG, Comitato di Budget, Direzione Strategica
entro marzo 2018	conclusione processo di negoziazione obiettivi di budget 2018	Responsabili di Struttura
aprile 2018	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2018 - I trimestre, invio relazione ONV	Controllo di Gestione
aprile 2018	approvazione Bilancio consuntivo 2017	Controllo di Gestione
maggio 2018	realizzazione verifica risultati budget 2017 (misurazione performance organizzativa): conclusione verifica e individuazione criticità e punti di miglioramento, invio proposta Relazione della Performance al CUG	Direzione Strategica Controllo di Gestione - Politiche e Gestione delle Risorse - Controllo di Gestione
giugno 2018	validazione Relazione della Performance 2017 e proposta di validazione dei dirigenti di vertice e individuati nei Dipartimenti, di Distretto e di Area Amministrativa	ONV
31 giugno 2018	approvazione Relazione e pubblicazione sul sito web aziendale	Direzione Strategica
luglio 2018	realizzazione e verifica intermedia obiettivi di budget 2018 - II trimestre, invio relazione ONV	Comitato di Gestione Risorse Umane
luglio 2018	emissione preventivo di risultato comparto 2017; liquidazione preventivo di risultato alla dirigenza 2017	Controllo di Gestione
novembre 2018	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2017 - III trimestre, invio relazione ONV	Controllo di Gestione

ciclo Programmazione e Controllo

adempimenti Decreto Log.vo 150/2000

ciclo del Bilancio: le scadenze sono subordinate alle Indicazioni della Regione Lazio

## 2. L'Azienda Sanitaria Locale Viterbo

### 2.1 L'assetto aziendale

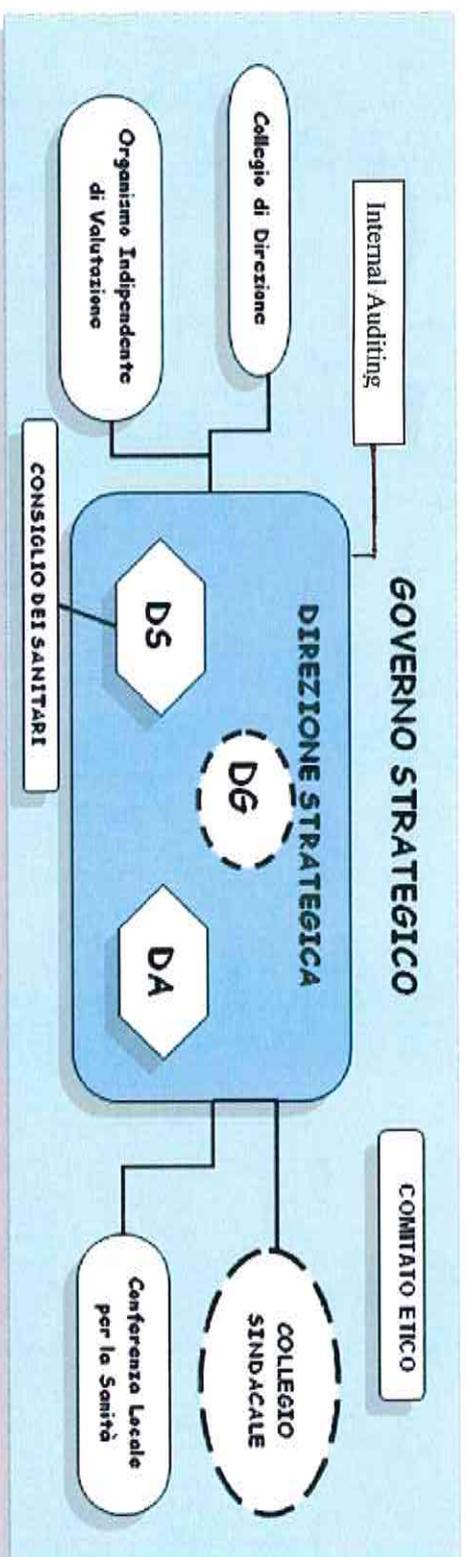
L'Azienda ASL di Viterbo è articolata territorialmente in tre Distretti, ai quali afferiscono i seguenti comuni:

**Distretto A** comprende i seguenti 28 comuni: Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Montefiascone, Onano, Procceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano, Arlena di Castro, Canino, Montalto di Castro, Monte Romano, Piansano, Tarquinia, Tussenano, Tuscania;

**Distretto B** comprende i seguenti 8 comuni: Bassano in Teverina, Bommarzo, Canepina, Celleno, Orte, Soriano nel Cimino, Viterbo, Vitorchiano;

**Distretto C** comprende i seguenti 24 comuni: Barbarano Romano, Bassano Romano, Blera, Capranica, Caprarola, Carbognano, Monterosi, Oriole Romano, Ronciglione, Villa San Giovanni in Tuscia, Sutri, Vejano, Vetralla, Calcata, Castel Sant'Elia, Civita Castellana, Corchiano, Fabrica di Roma, Faleria, Gallese, Nepi, Vallerano, Vasanello, Vignanello.

L'organizzazione aziendale, al cui vertice si pone il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario Aziendale, è sinteticamente rappresentata come di seguito:



Le strutture che offrono prestazioni di ricovero e cura, ospedaliere e territoriali, presenti sul territorio sono:

PUBBLICO (Decreto 275/17)		PRIVATO ACCREDITATO	
STRUTTURA	P.L.	SPECIALISTICA	P.L.
P.O. BELCOLLE (compreso stabilimento di Ronciglione e Montefiascone)	471	RSA (Villa Immacolata, Villa Rosa, Villa Serena, Padre Luigi Monti, L'Assunta, Santa Rita, Myosotis, Sorrentino, Giovanni XXIII, Residenza Cimina, Villa Benedetta)	723
P.O. TARQUINIA	90	NEUROPSICHIATRIA	60
P.O. CIVITA CASTELLANA	86	RIABILITAZIONE EX ART. 26 (Villa Immacolata, AIRRI, Villa S. Margherita)	1.066
P.O. ACQUAPENDENTE	40	HOSPICE (Casa di Cura Salus, Villa Rosa, My Life Nepi)	230
		RIABILITAZIONE R1 (Villa Immacolata)	10
		RICOVERO IN ACUZIE (Casa di Cura Salus, Nuova S. Teresa)	44
		LUNGODEGENZA (Villa Immacolata)	31
		RICOVERO POST ACUZIE (Villa Immacolata)	103
TOTALE	687	TOTALE	2267

Strutture territoriali che offrono servizi sanitari:

CONSULTORI	n. 16
DISTRETTI	n. 3
CENTRO SALUTE	n. 10
CENTRI DIURNI DSM	n. 4
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	n. 10
SERVIZI VETERINARI	n. 8
SERT	n. 4
IGIENE PUBBLICA	n. 3

## 3. L'identità

### 3.1. Mission e Vision

“LA VERA RICCHEZZA DEL SISTEMA SANITARIO E' LA SALUTE DEI CITTADINI” (Piano Sanitario Nazionale 2011-2013).

Questo assunto è il principio che ispira l'azione dell'Azienda nelle politiche di gestione delle risorse, di revisione dei processi amministrativi, di risanamento e riorganizzazione dell'assistenza.

L'ASL di Viterbo ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo ai cittadini i livelli essenziali di assistenza, definiti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, attraverso prestazioni preventive, di cura e riabilitative, prodotte ed erogate nel rispetto dei principi di appropriatezza e sulla base delle più moderne conoscenze tecnico-scientifiche assicurando, al contempo, i parametri qualitativi migliori come definiti dalle normative nazionali e internazionali e dagli indirizzi dell'Unione Europea.

L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Lazio, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali dei Comuni della Provincia di Viterbo, per quanto espressamente previsto o delegato.

L'azienda individua il riferimento costante della propria azione nella Persona, unica e irripetibile e ritiene che la sostenibilità economica è raggiungibile solo attraverso l'aderenza dell'organizzazione alla risposta dei bisogni di salute, attraverso l'erogazione di prestazioni appropriate ed azioni di presa in carico che consentano la personalizzazione delle cure, nel rispetto dei bisogni globali di ogni cittadino.

L'azienda ritiene che, per l'attuazione di un modello così articolato, è indispensabile interpretare i bisogni dei cittadini, della società civile e delle Istituzioni; ritiene inoltre che è inevitabile una evoluzione nell'organizzazione, che sia conosciuta e condivisa da tutti i livelli professionali in quanto nella produzione - nella forma più avanzata, efficace ed efficiente della "salute individuale e collettiva" - è necessario adeguare le competenze e i ruoli secondo.

La visione dell'azienda nell'organizzazione delle relazioni umane e professionali si basa sui seguenti principi:

- contribuire alla specificità del bisogno assistenziale di cui è portatrice la persona a cui sono diretti i servizi, l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza allocativa ed operativa delle risorse mobilitate e il loro rendimento;
- garantire una relazione personale e di fiducia ed empatia fra paziente ed operatore sanitario;
- garantire la libertà clinica e l'autonomia professionale che si estrinsecano nella predisposizione di percorsi clinico-assistenziali integrati, efficaci, efficienti, appropriati, in una logica stringente di governo clinico ;
- curare il proprio capitale professionale per fornire opportunità di crescita e di carriera alle competenze presenti che sappiano distinguersi per autorevolezza e impegno;
- ritenere l'etica come componente professionale ineludibile;
- sostenere la collaborazione fra i soggetti interni ed esterni al fine di contribuire agli obiettivi di miglioramento della salute e del benessere della popolazione.

La visione dell'azienda rispetto all'innovazione tecnologica ed organizzativa è centrata alla:

- costruzione dei modelli organizzativi che garantiscano sostenibilità economica attraverso una risposta appropriata ai bisogno di salute dei cittadini;
- trasparenza nella separazione delle responsabilità di governo e di committenza da quelle di produzione delle prestazioni;
- coerenza della gestione dell'Azienda ai criteri di programmazione, controllo e nella rendicontazione a tutti i portatori d'interesse dei risultati raggiunti;
- integrazione nelle programmazione, gestione e controllo delle aree tecniche amministrative e sanitarie al fine di garantire efficienza ed economicità delle scelte aziendali ed in questa ottica, adozione di una prospettiva di HTA a supporto delle decisioni manageriali per le nuove sfide ed opportunità non solo come strumento di gestione ma anche come supporto alla realizzazione della *clinical governance*.

Le linee di tendenza in atto concorrono a delinearne uno scenario nel quale l'organizzazione territoriale e quella ospedaliera, dotate di paradigmi diversi, finalmente possono integrarsi. La ricchezza di strutture presenti sul territorio della provincia di Viterbo, la presenza di numerose municipalità, la presenza di competenze professionali diffuse consentono di elaborare uno scenario in cui i pazienti si "muoveranno" di meno dalle proprie residenze mentre si muoveranno di più le informazioni, le immagini, i campioni biologici.

L'organizzazione dovrà poter far emergere i cinque pilastri portanti del sistema che sono:

- a) le cure primarie e la presa in carico;
- b) la continuità dell'assistenza e delle cure;
- c) la diagnosi e cura specialistica;
- d) la condivisione con le municipalità di programmi d'intervento socio-sanitari;
- e) la partecipazione attiva dei cittadini/pazienti.

## 4. Il Contesto

### 4.1 I dati della popolazione residente

Nel 2016 in Provincia di Viterbo la popolazione over 65 è circa il 16% del totale, percentualmente superiore alla media regionale (16,6%) e nazionale (22%). Gli indicatori di dipendenza strutturale degli anziani si pongono su livelli superiori a quelli della media regionale, ad indicare un peso maggiore della popolazione in età non attiva (56,6%) e della popolazione più anziana (36%) sulla popolazione in età attiva, rispetto a quanto rinvenuto mediamente nelle altre province laziali. Sono inoltre presenti in Provincia di Viterbo circa 30.090 stranieri, di cui oltre il 50% donne, che costituiscono il 9,4% dei residenti complessivi (seconda solo a Roma, tra le realtà laziali).

Età	Celibi/Nulli	Contingenti	Vedove	Divorzianti	Maschi	Femmine	Totale	totale %
0-4	12.111	0	0	0	6.204	5.907	12.111	3,80%
					51%	49%		
05-14	27.186	0	0	0	13.981	13.199	27.186	8,52%
					51,48%	48,54%		
15-44	72.119	36.218	189	1.578	55.759	54.345	110.104	34,51%
					50,84%	49,35%		
45-64	14.053	72.384	3.335	5.357	45.831	48.235	94.066	29,82%
					48,23%	51,21%		
65-74	2.479	27.799	5.410	1.224	17.829	19.140	36.969	11,59%
					45,23%	51,77%		
>75	2.131	18.009	16.554	506	14.974	22.555	37.529	11,75%
					39,90%	60,10%		
<b>totale</b>	<b>130.056</b>	<b>154.407</b>	<b>25.818</b>	<b>8.727</b>	<b>155.578</b>	<b>163.431</b>	<b>319.008</b>	

Distribuzione della popolazione 2017 -  
provincia di Viterbo - Dati ISTAT 1° Gennaio  
2017 - TUTTAITALIA.IT

## 4.2 La cronicità

L'organizzazione dell'offerta di salute non può prescindere dalle trasformazioni del quadro epidemiologico tracciato.

Trattasi di un processo evolutivo in atto da tempo e che trova in questi anni la sua massima espansione, come combinato disposto dei cambiamenti demografici, delle problematiche ambientali, nonché dello sviluppo e dell'evoluzione dell'assistenza sanitaria nel mondo industrializzato.

Le innovazioni nel campo medico, il prolungamento dei tempi di vita, pongono l'attenzione sulla necessità di mettere in campo nuove e complesse forme di assistenza: la gestione delle cronicità rappresenta la vera sfida del sistema sanitario pubblico. Gli sforzi della medicina, finalizzati a garantire il prolungamento dell'età media di vita sarebbero vani se le strutture socio-sanitarie non sapessero farsi carico delle difficoltà che tale prolungamento comporta, non solo da un punto di vista economico ed organizzativo, ma anche etico, culturale e sociale. In attuazione del DCA 474/2015 sono stati elaborati i Percorsi Integrati di Cura per le patologie a maggior impatto quali la BPCO, il diabete, lo scompenso cardiaco e per Terapia Anticoagulante Orale (TAO). E' in questo senso che si colloca il progetto delle Centrali Operative della Cronicità (C.O.C.) che, individuate in ciascun distretto della ASL, all'interno delle Case della Salute di Soriano nel Cimino, Bagnoregio e Ronciglione, rappresentano la totale integrazione con tutte le realtà professionali e specialistiche necessarie alla corretta gestione del paziente

Esiste pertanto la improrogabile necessità di coordinare i diversi ambiti assistenziali (Assistenza ospedaliera, Cure primarie, Cure intermedie, Assistenza sociale) e i diversi soggetti erogatori (Distretto, Ospedale, Privato accreditato, Ente Locale) per vincere la sfida.

## 4.3 L'accessibilità delle cure e la presa in carico

La complessità dell'offerta dei servizi assistenziali e sanitari rivolti alla persona come prevenzione, cura e riabilitazione non deve confondere né disorientare il cittadino, solo di fronte a tale complessità, è necessario orientarlo e tutelarlo nei vari passaggi, sostenendone la libertà e l'autonomia della scelta attraverso processi di "rafforzamento del potere dei cittadini" (*empowerment*). Vanno perseguiti la collaborazione ed il confronto continuo con le reti degli operatori e dei servizi che attuano la presa in carico attraverso la continuità dell'assistenza in ogni momento della vita, con particolare riguardo alle fasi più delicate e/o critiche dell'esistenza: la nascita, la diagnosi di patologie cronico-degenerative, la dimissione successiva a ricoveri ospedalieri, la gestione della disabilità fuori dall'ospedale, con particolare riguardo ai soggetti più deboli, ossia i bambini, le donne, gli anziani ed i migranti.

In un contesto fortemente orientamento verso risposte di tipo specialistico vi è la necessità di garantire e mantenere nel tempo una visione integrata ed olistica del benessere, dei problemi di salute e dei relativi processi di cura; tale compito è affidato prevalentemente al territorio, in una logica di rete.

In particolare, la gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative, tra le quali la telemedicina e la teleassistenza per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori deputati alla presa in carico delle cronicità (Ospedali, Nuclei delle Cure Primarie e Case della Salute, residenze sanitarie, servizi sociali, ma anche famiglie, associazioni, istituzioni profit e non profit, in altre parole il ricchissimo capitale sociale che ci caratterizza). Perseguire la *governance* nell'ottica dello spostamento dei livelli essenziali di assistenza dall'ospedale al territorio, garantendo la sostenibilità economica del sistema e fornendo le risposte appropriate ai bisogni di salute.

#### 4.4 Le reti e i percorsi assistenziali

L'Azienda individua nella rete lo strumento organizzativo per far fronte al cambiamento della domanda di salute e all'esigenza di fornire un'offerta assistenziale adeguata alle trasformazioni in atto.

Le Reti si ispirano ad un modello di organizzazione per processi e non per strutture che si fonda sull'interazione e sulla complementarietà funzionale fra le singole strutture (NODI) che compongono la Rete, indipendentemente dalla loro collocazione fisica e amministrativa. La logica dell'organizzazione della Rete sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario, anche se le singole prestazioni sono assicurate da strutture e professionisti diversi.

Il sistema delle reti consente di rispondere ad alcune esigenze ineludibili del sistema sanitario, quale quella di rispondere alla complessità dei processi assistenziali con la condivisione delle competenze, garantire l'equità dell'accesso alle cure, migliorare la qualità dell'assistenza grazie a percorsi diagnostici e terapeutici ben definiti, utilizzando razionalmente le risorse disponibili. E' un'opportunità per coniugare qualità ed efficienza.

Le principali finalità che l'Azienda intende perseguire con detto modello sono:

- garantire la continuità assistenziale, e quindi favorire l'integrazione Ospedale-Territorio;
- evitare duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l'aspetto economico sia sul piano della qualità e promuovere la corretta utilizzazione contrastando ogni forma di "consumismo sanitario";
- favorire la comunicazione sia tra le diverse figure professionali (Medici, Infermieri e altri operatori) che tra questi e i pazienti, sviluppando i relativi sistemi;
- garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni mediante la generale implementazione nei sistemi di rete delle metodologie del governo clinico;
- stimolare l'aggiornamento e migliorare (attraverso il confronto interdisciplinare ed interprofessionale) il livello culturale degli operatori valorizzandone ruolo e autonomia professionale in particolare del personale non medico;
- promuovere ad ogni livello la prevenzione e la diagnosi precoce.

In sintesi il modello a rete costituisce una opportunità per una migliore composizione tra le ragioni della qualità e quelle dell'efficienza.

I Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) costituiscono lo strumento operativo della Rete, appropriato a contestualizzare le Linee Guida nella specifica realtà organizzativa di un'Azienda Sanitaria.

Nella stessa logica delle Reti, ma finalizzati all'orientamento del paziente ed alla concentrazione della casistica sono stati progettati livelli organizzativi gestionali e funzionali definiti centri.

Quadro prospettico delle Reti e dei Percorsi Aziendali nella ASL di Viterbo

	DEPARTAMENTI ED SOGGETTI CONVOLTI						FASE REALIZZAZIONE
	CHIRURGIA CHIRURGIA ONCOLOGIA MEDICINA TRAUMATOLOGIA TRAUMATOLOGIA TRAUMATOLOGIA TRAUMATOLOGIA	SCIENZE MEDICHE E FISIOTERAPIA FISIOTERAPIA FISIOTERAPIA	GOVERNANCE DELLA PRESTAZIONE DI CURE E CURE PALLIATIVE	PROIEZIONI SANITARIE E CURE PALLIATIVE	PROIEZIONI SANITARIE E CURE PALLIATIVE	PROIEZIONI SANITARIE E CURE PALLIATIVE	ALTRI SOGGETTI CONVOLTI (escluso il personale n)
non determinata							
I.P.A.C. (unità di programmazione dell'attività chirurgica) e percorsi di prospezione/trasferimento							del. n. 228/2016
protocollo del management							del. n. 1000 del 18/2016
intervento edicolato medico							del. n. 65/2016
a vita esclusiva ambulante							del. n. 755/2016
azienda volterra cur non							del. n. 1422 del 22/9/2017
via del laboratorio di genetica medica							del. n. 835/2016
in cardiologia							del. n. 717/2016
accordo autorizzativo assicurativa propria							del. n. 415/2016
accordo per l'attività di diagnostica endoscopica							del. n. 319/2016
procedura sanitaria volta al potenziamento di questo "Non avere paura"							del. n. 331/2016
accordo per l'attività di diagnostica di imaging							del. n. 333/2016
ANB FEST (attività ambulatoriale)							del. n. 271/2016
in via a lipotipi							del. n. 305/2015
in via a lipotipi							del. n. 336/2014
in via a lipotipi							del. n. 888/2013
in via a lipotipi							del. n. 1015/2013
in via a lipotipi							del. n. 031/2014
in via a lipotipi							del. n. 071/2015
in via a lipotipi							del. n. 802/2014
in via a lipotipi							del. n. 336/2015
in via a lipotipi							del. n. CS 671/2015
in via a lipotipi							del. n. D. G. n. 1009 del 4/9/2016
in via a lipotipi							del. n. 544/2016
in via a lipotipi							del. n. 50 del 18/1/2016
in via a lipotipi							del. n. 569/2016
in via a lipotipi							del. n. 559/2017
in via a lipotipi							del. n. 555 del 26/9/2017
in via a lipotipi							del. n. 29 del 18/1/2017

	DIPARTIMENTI E/O SOGGETTI COINVOLTI						FASE REALIZZAZIONE
rete assistenziale del tumore del polmone						FO Roma	del.me 81/2015
Chiamo di Prevenzione Aziendale							del.me 1365 del 29/12/2016 del.me 525 del 18/4/2016, del.me 1009 del 4/8/2016
appropiatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali							del.me 1524 del 25/11/2016
azienda eroganti friendly							del.me 1141 del 20/9/2016
procedura per la gestione emergenza oncologici							del.me 367 del 20/3/2017
rete terapia del dolore e cure palliative							del.me 1625 del 18/9/2017
rete Odontologica							del.me 1695 del 27/10/2017
rete traumatologica - procedura trauma maggiore							del.me D. G. 1987 del 29/12/2016
Chiamo Aziendale Miglioramento screening mix e colon retto							del.me 1018 del 22/6/2017
banco del volontariato							del.me 1081 del 5/7/2017
Centro Provinciale disturbi Specifico Psichiatrico							del.me 1019 del 22/6/2017
Centro di Rilascio per le Paralisi Cerebrali Infantili							del.me 333 del 7/2/2016
NON AVER PAURA Hospitale							del.me 1019 del 22/6/2017
NON AVER PAURA Teritorio							del.me 1020 del 22/6/2017
PERCORSO PARTO A DOMICILIO							del.me 555 del 20/6/2017
POOL INFERNISTICO, vaccinale e radiologico infermieristico							del.me 1601 del 11/9/2017
PERCORSO PERIPARTUM							

## Quadro prospettico delle Reti e dei Percorsi Aziendali nella ASL di Viterbo

		DIPARTIMENTI E/O SOGGETTI CONVOLTI							FASE REALIZZAZIONE
		CHIRURGIA EMERGENZA URG E MAC A	SCENZI E E SERVIZI ATTIVE	SCOPER NO DELLO PRENE ZIONE	DSM	PROCE SODI SANTA RIE	DIRIZI DISTR ETTI	ALTRI SOGG ETTI passivi altiano (n)	
rete chirurgica									dal/ve 2012/2016
U.P. A.C. Unità di programmazione dell'attività chirurgica e percorsi di specializzazione									dal/ve 1000 del 1/8/2015
utilizzo bed management									dal/ve 05/2016
scienza del malato									dal/ve 7/9/2016
rete radiologica aziendale									dal/ve 14/2 del 22/8/2017
procedura violenza sui minori									dal/ve 09/6/2015
rete dei laboratori di genetica medica									dal/ve 7/1/2016
rete cardiologica									dal/ve 4/8/2016
accorte autorizzate per attività proctica									dal/ve 3/9/2016
utilizzo per l'appropriatezza diagnostica endoscopica									dal/ve 31/1/2016
procedura assistenza vidua vidua di lavoro "Non avere paura"									dal/ve 3/3/2016
intervento per l'appropriatezza diagnostica di lavoro									dal/ve 27/1/2016
UPE FESIT (spina antilavoro) Nelson									in via
rete sala operatoria									dal/ve 30/9/2015
rete accorpamento cardiaco									dal/ve 3/3/2014
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 8/9/2013
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 10/15/2013
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 03/10/14
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 07/1/2015
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 05/2014
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 03/8/2015
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 05 07/2015
rete cardiologica cardiaco									dal/ve D. C. n. 1028 del 4/8/2015
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 04/4/2016
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 30 del 18/1/2016
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 03/9/2016
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 03/9/2017
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 055 del 20/6/2017
rete cardiologica cardiaco									dal/ve 29 del 18/1/2017

	DIPARTIMENTI E/O SOGGETTI COINVOLTI										FASE REALIZZAZIONE
	EMERGENZA ONCOLOGICA	SCIENZE MEDICHE E FARMACOLOGICHE	GOVERNANCE E QUALITÀ	PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	PROFESSE E SANITARI	DIREZIONE SANITARIA	ALTRI SOGGETTI INVOLTI (se non altrimenti specificato)				
attività assistenziale del tumore del polmone							FO Roma	del/ine 8/1/2015			
Piano di Prevenzione Aziendale								del/ine 18/5 del 29/1/2016			
adeguatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali								del/ine 5/25 del 18/4/2016; del/ine 10/08 del 4/8/2016			
procedura per la gestione emergenza migranti								del/ine 15/24 del 25/11/2016			
rete terapia del dolore e cure palliative								del/ine 11/41 del 20/9/2016			
rete Odontoiatrica								del/ine 35/7 del 20/3/2017			
rete traumatologica - procedura trauma maggiore								del/ine 15/25 del 18/9/2017			
Piano Aziendale miglioramento screening mx e colon retto								del/ine 18/99 del 27/10/2017			
avviso del volontario								del/ine D.G. 18/67 del 29/1/2016			
Centro Provinciale disturbi Spesso Autistico								del/ine 11/45 del 20/9/2016			
Centro di Riferimento per la Paralisi Cerebrale Infantile								del/ine 10/91 del 5/7/2017			
NON AVER PAURA Hospesiale								del/ine 33/3 del 7/3/2016			
NON AVER PAURA Terziario								del/ine 10/19 del 22/6/2017			
PERCORSO PARTO A DOMICILIO								del/ine 10/20 del 22/6/2017			
POOL INFERMIERISTICO vaccinale e radiologica infermieristica								del/ine 9/5 del 20/6/2017			
PERCORSO PERIPARTUM								del/ine 15/01 del 11/9/2017			

## 5. Il modello di misurazione

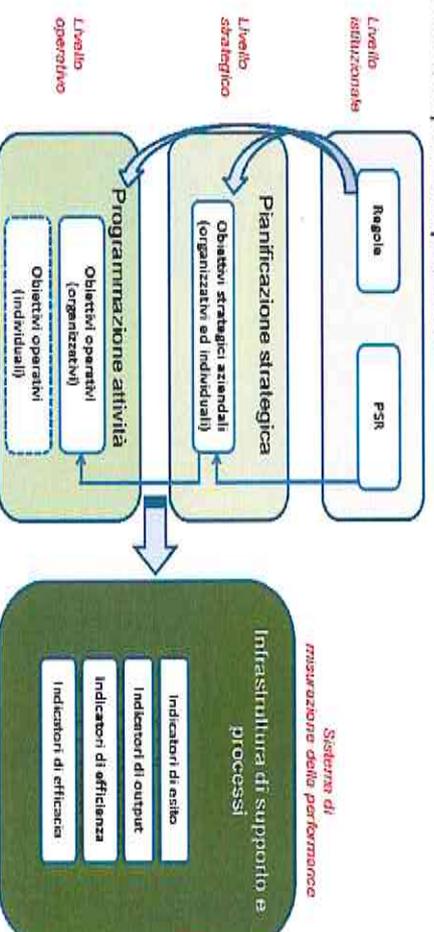
Il modello di misurazione della ASL VT si ispira ai seguenti principi di fondo:

- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'Azienda Sanitaria;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programatorie;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance

Il modello è articolato su più livelli:

- a) livello istituzionale: PSR Lazio, Piani Operativi e Obiettivi del D.G.;
- b) livello aziendale: b1) strategico di pianificazione propria dell'Azienda in coerenza con gli indirizzi regionali; b2) operativo di definizione degli obiettivi, nonché individuazione di indicatori collegati alle strategie.

La misurazione delle performance avviene con periodicità sia trimestrale che annuale, attraverso il monitoraggio degli obiettivi, nonché con strumenti mirati, quali il processo di *budget* e/o la reportistica periodica.



La figura di seguito rappresentata evidenzia i principi ispiratori

## 5.1 Le dimensioni di analisi delle performance

Le performance dell'Azienda sono analizzate e valutate con specifico riferimento ai livelli strategico, di programmazione e gestionale, in termini di:

- rilevanza, intesa come coerenza tra gli obiettivi che si danno e i bisogni della collettività, di cui gli obiettivi dovrebbero essere l'espressione;
- efficienza, intesa come capacità di realizzare gli obiettivi di produzione di beni e servizi (*output*), migliorando il rapporto tra le risorse utilizzate e la quantità e la qualità degli *output* prodotti;
- efficacia, connessa al raggiungimento degli obiettivi strategici, soprattutto in termini di soddisfazione dei bisogni espressi dalla comunità di riferimento. In questo caso, è evidente che l'accezione assunta una dimensione più complessa da quantificare e valutare rispetto all'efficienza, ma sicuramente più importante e significativa;
- economicità, intesa come la capacità di soddisfare in modo adeguato i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità di riferimento, in condizioni di compatibilità economico-finanziaria con il *budget* assegnato;
- appropriatezza, nella duplice accezione di appropriatezza clinica delle prestazioni e appropriatezza organizzativa, intesa come giusta utilizzazione delle risorse professionali e logistiche.

## 5.2 La misurazione e valutazione della performance individuale

Il ciclo di gestione delle performance vede una stretta interconnessione tra il raggiungimento degli obiettivi organizzativi delle Unità Operative ed il contributo che individualmente i dipendenti apportano al raggiungimento degli stessi, a sua volta collegato alla distribuzione del fondo di risultato attribuito ad ogni singolo dipendente sulla base dei risultati ottenuti dal Centro di Responsabilità (di seguito CdR) in cui lo stesso ha operato nel corso dell'esercizio secondo una logica che considera l'attività di ogni singolo CdR come il risultato dell'apporto congiunto di tutte le professionalità in esso presenti.

Al singolo dipendente verrà assegnato da parte del Responsabile di CdR, sentito anche il coordinatore, un "punteggio di valorizzazione" differenziale (da 1 a 5 per ogni item) determinato in base alla valutazione relativa a tre diverse aree di valutazione: area del risultato, area della qualità della prestazione lavorativa, area delle capacità manageriali e relazionali, calcolato in relazione ai criteri di valorizzazione individuati ad inizio anno dal responsabile del CdR, strettamente collegati agli obiettivi strategici assegnati al CdR.

## 6. L'albero delle performance

L'analisi del contesto interno ed esterno, l'individuazione dei punti di forza e di debolezza del sistema, il recepimento dei *Programmi Operativi 2016-2018* - *Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*, approvati con DCA n. U00052 del 22/2/2017 e del contesto normativo di riferimento, conducono all'identificazione di cinque politiche sulle quali improntare l'azione strategica di cambiamento. Tra di loro sono ovviamente interconnesse e la schematizzazione aiuta ad identificare meglio le azioni conseguenti e la coerenza con gli interventi e le azioni regionali:

- Politica A: le politiche di integrazione, innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute** per promuovere la qualità dell'assistenza attraverso la riorganizzazioni dei servizi finalizzata alla concentrazione della casistica, alla integrazione per assicurare la continuità terapeutica e alla presa in carico del paziente, garantendo il mantenimento dei livelli di produzione attraverso:
- la realizzazione e l'implementazione delle Reti, dei Centri e dei Percorsi Aziendali, rispondendo al bisogno di salute del territorio;
  - l'utilizzo di indicatori di esito standardizzati in funzione dei livelli di severità dei pazienti e correlati alle decisioni cliniche adottate;
  - la specifica ed idonea formazione degli operatori sanitari sul rischio clinico, indirizzata al miglioramento della qualità dell'assistenza;
  - la programmazione degli investimenti in relazione ai criteri di priorità individuati e l'omogeneizzazione delle procedure di acquisto per un più efficiente uso delle risorse;
  - la riorganizzazione dei servizi aziendali realizzando quanto previsto dai decreti commissariali in un'ottica di razionalizzazione ed efficienza del sistema;
  - il miglioramento delle attività finalizzate alla prevenzione di eventi dannosi per i cittadini ed alla promozione dei corretti stili di vita ed a sostegno della sanità animale;
  - l'implementazione di modelli, tecniche e tecnologie innovative.

**Politica B: le politiche per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura** per garantire il maggior grado di appropriatezza delle prestazioni erogate e fornire la migliore risposta clinica rispetto al problema di salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale cercando di ridurre il divario tra "bisogno" e "domanda" di prestazioni.

Il governo delle Liste di Attesa è caratterizzato da differenti ambiti tutti con specifiche criticità e ciascuno rilevante in una possibile strategia d'intervento:

- la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, con l'indicazione del quesito diagnostico e un'appropriatezza prestazione da eseguire discriminando prime visite o prestazioni strumentali da visite di controllo o prestazioni successive con indicazione della classe di priorità;
- la definizione di appropriati Percorsi Diagnostico-Terapeutici per le casistiche a maggior impatto sulla popolazione;
- il potenziamento della gestione dell'offerta di servizi sanitari pubblici e privati con il sistema delle prenotazioni (CUP);
- l'aumento della capacità di erogazione delle prestazioni anche con l'adeguato ricorso alla libera professione;
- la pubblicizzazione dei canali di accesso al sistema sanitario e della trasparenza delle Liste.

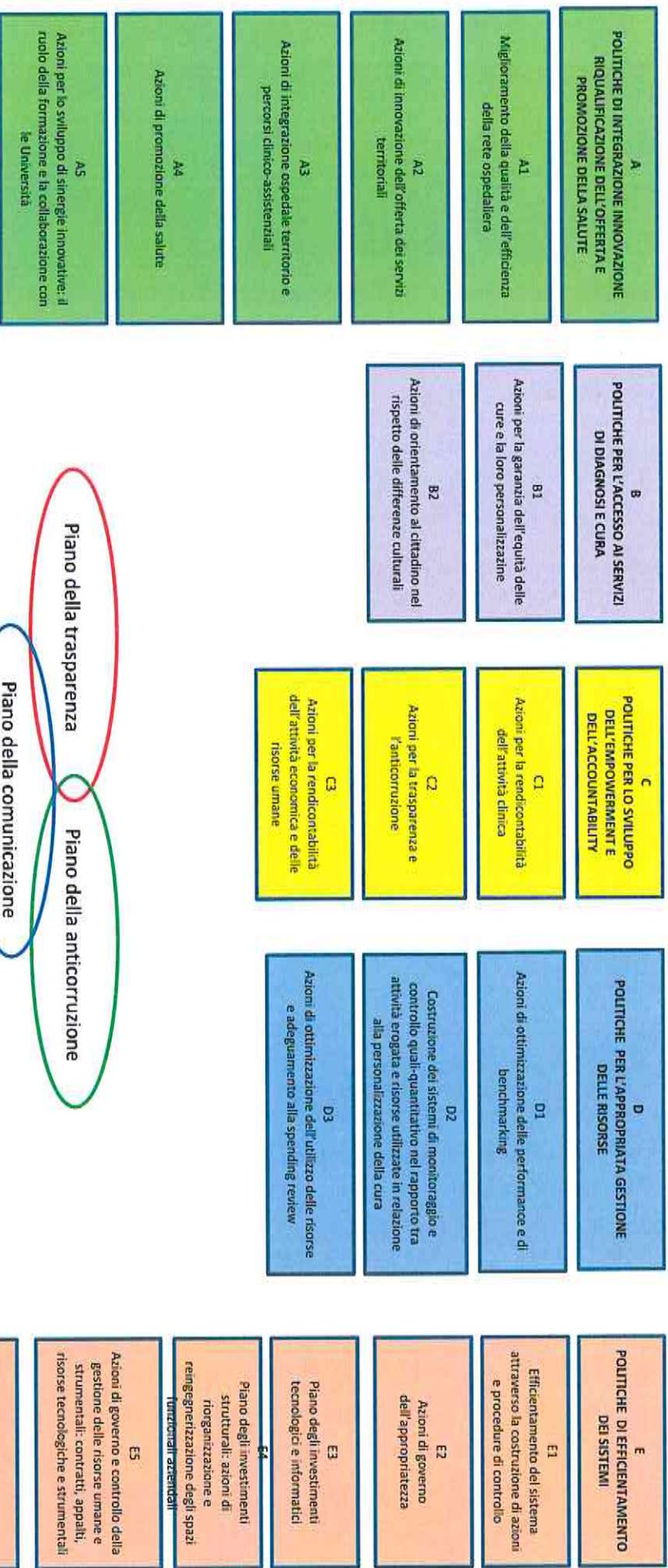
**Politica C: le politiche per lo sviluppo dell'empowerment ed accountability** per misurare e valutare le politiche attivate per il soddisfacimento dei bisogni degli utenti, nonché lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini/utenti, i soggetti interessati, quali destinatari dei servizi.

L'azienda intende rispondere del proprio operato ai Cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza: ai Cittadini è quindi necessario fornire informazioni su che cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate. Significa costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta libera e consapevole. Le azioni che l'azienda intende attuare sono:

- la costruzione di informazioni trasparenti e complete sia sui servizi che sulle procedure;
- la costruzione dei bilanci sociali e di missione dai quali si evince la comparazione dei dati di spesa con i dati di performance;
- la regolazione di accesso, costi e modalità dell'assistenza specialistica libero professionale e nel rapporto con l'attività istituzionale.

**Politica D: le politiche per un'appropriata gestione delle risorse**, attraverso la rivisitazione degli aspetti organizzativi, dei modelli gestionali di presa in carico dei pazienti, di efficientamento delle risorse assistenziali e la riorganizzazione delle funzioni tecnico amministrative per il riordino ed il potenziamento dei controlli nella gestione amministrativa.

**Politica E: le politiche di efficientamento dei sistemi per monitorare l'attuazione di piani, programmi e progetti**, nel rispetto delle fasi e dei tempi stabiliti, degli *standard* qualitativi e quantitativi, del livello di assorbimento delle risorse, puntando, attraverso l'opportuna valutazione dei *feedback*, al miglioramento dell'Azienda ed infine all'acquisizione di sempre maggiori competenze professionali con specifiche attività formative.



Relativamente alla valutazione e verifica delle performance individuali, si rimanda agli accordi in corso di definizione che, perfezionati, saranno pubblicati sul sito web dell'Azienda.

## **7. Il piano della Trasparenza**

Il Decreto Lgs. 150/2009 estende il concetto di trasparenza che "è intesa come accessibilità totale (...) delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione (...)" (art. 11, comma 1).

La trasparenza presenta un duplice profilo:

- a) statico, consistente nella pubblicità di categorie di dati attinenti alle pubbliche amministrazioni per finalità di controllo sociale;
- b) dinamico, direttamente correlato alla performance.

La pubblicazione on line dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione delle pubbliche amministrazioni con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 91 del 31/1/2017 la AUSL di Viterbo ha approvato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza relativo al periodo 2017-2019, in diretta correlazione con il proprio portafoglio delle Attività e dei Servizi.

### **7.1. Il Piano della comunicazione**

Il Piano della Comunicazione, approvato con deliberazione del C.S. n. 1009 del 29/11/2013, è lo strumento per mettere in relazione gli attori, i messaggi, i prodotti, i canali e i media utilizzati in una logica di efficienza ed efficacia. Consente di definire in modo chiaro (e misurabile) obiettivi, target e strumenti di un messaggio e di coordinare con maggiore efficacia le risorse umane, strumentali ed economiche a disposizione, rendendoli noti e valorizzando le scelte, i tempi di attuazione e le modalità di verifica delle proprie iniziative di comunicazione.

## 8. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico, associato ad una politica, è articolato in obiettivi operativi e relativi indicatori di performance, per ciascuno dei quali sono stati definiti i tempi, le azioni e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento, demandando alla predisposizione delle schede annuali di *budget* la definizione delle risorse assegnate.

Le attività, ove non espressamente previsto, hanno inizio e conclusione ciclicamente nell'anno solare di riferimento, mentre è fatta salva la possibilità di introdurre modifiche e/o integrazioni agli obiettivi sia di livello strategico che di livello operativo nel corso della negoziazione e nel corso dell'anno stesso, nel rispetto delle previsioni e delle procedure previste dal D.Lgs. 150/2009.

Di seguito si riassumono gli obiettivi strategici, descrivendone le finalità:

### **Politica A: le politiche di integrazione, innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute**

Queste politiche sono volte alla promozione della qualità dell'assistenza realizzata attraverso la riorganizzazione dei servizi, finalizzata alla concentrazione della casistica, all'integrazione per assicurare la continuità terapeutica e dalla presa in carico del paziente, garantendo il mantenimento dei livelli di produzione attraverso:

- riorganizzazione del modello territoriale, dei PUA in funzione dell'orientamento dei cittadini nei servizi aziendali, del Dipartimento di Salute Mentale, della rete riabilitativa;
- realizzazione e implementazione delle Reti, dei Centri e dei Percorsi Aziendali, rispondendo al bisogno di salute del territorio;
- utilizzo di indicatori di esito standardizzati in funzione dei livelli di severità dei pazienti e correlati alle decisioni cliniche adottate;
- specifica ed idonea formazione degli operatori sanitari sul rischio clinico, indirizzata al miglioramento della qualità dell'assistenza;
- riorganizzazione dei servizi aziendali realizzando quanto previsto dai decreti commissariali in un'ottica di razionalizzazione ed efficienza del sistema;
- miglioramento delle attività finalizzate alla prevenzione di eventi dannosi per i cittadini ed alla promozione dei corretti stili di vita ed a sostegno della sanità animale;
- implementazione di modelli, tecniche e tecnologie innovative.

## **OBBIETTIVO STRATEGICO A1**

### **Miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera**

Con questa linea di intervento la Direzione Strategica mette in atto i nuovi criteri organizzativi, in linea con gli indirizzi regionali, che differenziano l'ambito ospedaliero da quello territoriale. Nello specifico con questa linea di intervento i presidi ospedalieri, integrandosi anche con il territorio, dovranno necessariamente rispondere alla domanda di prestazioni, prevalentemente di tipo diagnostico e chirurgico al fine di ridurre il dato negativo di mobilità passiva.

La realizzazione di questi obiettivi è resa maggiormente possibile a seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale deliberato con il Decreto del Commissario ad Acta 20 marzo 2015, n. U00115 con il quale sono stati istituiti in ambito ospedaliero e territoriale i seguenti Dipartimenti: il Dipartimento per il Governo dell'offerta e le Cure Primarie (già auspicata nel precedente piano strategico), Dipartimento di Scienze Mediche e Riabilitative, Dipartimento Emergenza Accettazione e Percorso Nascita, Dipartimento di Chirurgia, Dipartimento Onco-Ematologia e Servizi, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Prevenzione.

La ASL di Viterbo integrando in maniera efficace le professionalità presenti in Azienda ha realizzato opportune reti interne e/o con il territorio al fine di ottemperare al bisogno di salute della popolazione in maniera opportuna ed efficace.

Tra le azioni intraprese si evidenziano di seguito quelle particolarmente rilevanti.

## **OBBIETTIVO STRATEGICO A2**

### **Azioni di innovazione nell'offerta dei servizi territoriali**

L'obiettivo è quello di migliorare la rete socio-sanitaria territoriale di cure primarie e di garantire la continuità assistenziale attraverso l'introduzione di servizi innovativi come le Case della Salute che dovranno garantire ai cittadini un punto di ascolto per poter essere un vero e proprio sportello di accesso al Sistema Sanitario Regionale.

## **OBIETTIVO STRATEGICO A3**

### **Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico assistenziali**

Questa linea di intervento è finalizzata a realizzare una vera e propria integrazione tra la "zona " del territorio e l'ospedale dove si dovranno necessariamente creare ed implementare tutti i percorsi utili al cittadino. L'ospedale dovrà inserirsi all'interno di un percorso finalizzato alla cura e allo stesso tempo il cittadino dovrà essere accompagnato nella ricerca di una soluzione alla domanda di salute. I servizi sanitari integrati vedono al centro del percorso il cittadino -paziente e si basano sull'istituto delle reti. Questo sistema consente di rispondere ad alcune esigenze ineludibili del Sistema Sanitario quale quella di rispondere alla complessità dei processi assistenziali con la condivisione delle competenze, garantire l'equità dell'accesso alle cure, migliorare la qualità dell'assistenza grazie a percorsi diagnostici e terapeutici ben definiti, utilizzando razionalmente le risorse disponibili. E' un'opportunità per coniugare qualità ed efficienza.

## **OBIETTIVO STRATEGICO A4**

### **Azioni di promozione della salute**

Questa azione ha lo scopo di promuovere politiche che, agendo su vari fronti, siano in grado di raggiungere il gruppo di popolazione più a rischio, di ridurre la disparità di salute e di promuovere modifiche di comportamenti, in un'ottica orientata alla trasformazione delle condizioni sociali, ambientali, culturali, economiche e strutturali. Con questa azione si vogliono altresì rinforzare le capacità e i livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto sulla salute individuale e collettiva. Si tratta di passare dalla valutazione delle prestazioni per singole persone malate alla valutazione degli esiti sulla salute dell'intera popolazione servita, dalla cura della malattia all'assistenza centrata sui bisogni e sull'autonomia della persona, dalla frammentarietà nelle specializzazioni alla globalità dell'approccio.

## **OBIETTIVO STRATEGICO A5**

### **Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative e convenzioni**

Con queste politiche l'Azienda si pone lo scopo di implementare le azioni di internazionalizzazione e di promuovere la collaborazione con gli Enti e le Organizzazioni di Ricerca nazionali ed internazionali e di attivare i processi per l'accesso ai finanziamenti della Comunità Europea, strumento indispensabile per realizzare progetti di innovazione e di crescita, specialmente nell'attuale contesto della sanità italiana caratterizzato da risorse finanziarie limitate e dalla necessità di assicurare un costante governo della spesa.

## **Politica B: le politiche per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura**

Queste politiche sono atte a garantire un maggior grado di appropriatezza delle prestazioni erogate e fornire la migliore risposta clinica rispetto al problema di salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale cercando di ridurre il divario tra "bisogno" e "domanda" di prestazioni. E' bene specificare che la domanda delle prestazioni sanitarie dei cittadini è gestito dall'Azienda Sanitaria attraverso l'elaborazione di un piano per il governo delle liste d'attesa. La ASL di Viterbo, con deliberazione n.99 del 14/02/2014 ha approvato il Piano, ponendo al centro dell'attenzione il cittadino; è impostato secondo principi di appropriatezza, priorità clinica e trasparenza. In coerenza con le linee di indirizzo regionali, l'azienda ha ritenuto attivare un sistema di gestione dell'offerta sanitaria che, oltre all'obiettivo di incremento dell'offerta, dia garanzia della massimizzazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate cercando di fornire la migliore risposta clinica rispetto al problema di salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale cercando di ridurre il divario tra "bisogno" e "domanda" di prestazioni anche attraverso il potenziamento dell'attività di screening.

### **OBIETTIVO STRATEGICO B1**

#### **Azioni per la garanzia dell'equità delle cure e la loro personalizzazione**

Al fine di garantire l'equità delle cure e il diritto alla Salute di ciascun cittadino la Direzione Strategica si pone come obiettivo la riduzione delle Liste di Attesa seguendo, come già specificato, con le linee guida regionali. Per raggiungere lo scopo l'Azienda ASL Viterbo ha messo in atto alcune azioni mirate ad un controllo volto all'individuazione dei medici iperprescrittori istituendo la Commissione Aziendale Spesa Farmaceutica. E' bene specificare che il governo delle Liste di Attesa è in realtà caratterizzato da differenti ambiti tutti con specifiche criticità e ciascuno rilevante in una possibile strategia d'intervento:

- la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, con l'indicazione del quesito diagnostico e l'appropriata prestazione da eseguire discriminando prime visite o prestazioni strumentali da visite di controllo o prestazioni successive con indicazione della classe di priorità;
- la definizione di appropriati Percorsi Diagnostico-Terapeutici per le casistiche a maggior impatto sulla popolazione;
- il potenziamento della gestione dell'offerta di servizi sanitari pubblici e privati con il sistema delle prenotazioni (CUP);
- l'aumento della capacità di erogazione delle prestazioni anche con l'adeguato ricorso alla libera professione;
- la pubblicizzazione dei canali di accesso al sistema sanitario e della trasparenza delle Liste.

## **OBIETTIVO STRATEGICO B2**

### **Azioni di orientamento al cittadino nel rispetto delle differenze culturali**

Con queste politiche la ASL di Viterbo intende porre in essere progetti ed azioni mirate per facilitare l'accesso e l'orientamento alle strutture e ai servizi aziendali con iniziative di comunicazione di semplificazione dei percorsi e del linguaggio e di formazione del personale. L'Azienda intende garantire con specifiche azioni i diritti di accesso alle strutture aziendali tramite l'implementazione di servizi specifici come la mediazione culturale facilitando la comunicazione utile al bisogno di cura del paziente. Al fine di mettere in atto una opportuna politica di rispetto delle differenti culture, la Direzione Strategica promuove azioni di confronto continuo con le organizzazioni di volontariato che risultano ad oggi essere tra i principali stakeholders anche grazie alla preziosa collaborazione con il Tavolo Permanente istituito dalla ASL.

## ***Politica C: le politiche per lo sviluppo dell' empowerment ed accountability***

Tali politiche sono volte a valutare e misurare il soddisfacimento dei bisogni degli utenti, nonché lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini/utenti, i soggetti interessati, quali destinatari dei servizi. L'azienda intende rispondere del proprio operato ai cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai cittadini è quindi necessario fornire informazioni su cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate. Ciò significa costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta libera e consapevole. Le azioni che l'azienda intende attuare sono:

- la costruzione di informazioni trasparenti e complete sia sui servizi che sulle procedure;
- la costruzione dei bilanci sociali e di missione dai quali si evince la comparazione dei dati di spesa con i dati di performance;
- la regolazione di accesso, costi e modalità dell'assistenza specialistica libero professionale e nel rapporto con l'attività istituzionale.

### **OBIETTIVO STRATEGICO C1**

#### **Azioni per la rendicontabilità dell'attività clinica**

L'obiettivo è quello di implementare i processi di informazione, promuovendo azioni che rendano i cittadini protagonisti dei propri percorsi assistenziali: rendere conto di cosa si fa, perché lo si fa e quali risorse vengono impiegate per farlo; significa costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta di ognuno libera e consapevole.

### **OBIETTIVO STRATEGICO C2**

#### **Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione**

La Direzione Strategica pone tra i suoi principali obiettivi la realizzazione di tutte le possibili azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e alla valorizzazione della trasparenza amministrativa, adeguandosi alle modifiche introdotte dal D.Lgs n. 97/2016 F.O.I.A. (Freedom of Information Act) in materia di revisione delle griglie da utilizzare per la rilevazione delle informazioni da pubblicare ed in materia di accesso civico. A tal fine questo obiettivo racchiude in sé tutte le azioni che verranno messe in atto dalla ASL di Viterbo per affrontare sia la lotta alla corruzione che agli sprechi e alle inefficienze nella sanità, anche a causa della giusta e dovuta implementazione di adeguati sistemi di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi, capaci di colmare quel deficit etico che viene annoverato tra le principali cause di corruzione nella sanità. Il piano della anticorruzione e della trasparenza saranno le linee guida delle azioni che verranno intraprese.

## **OBIETTIVO STRATEGICO C3**

### **Azioni per la rendicontabilità dell'attività economica e delle risorse umane**

La valutazione delle performance dei servizi sanitari, ed in particolare quella delle attività cliniche, è un elemento costitutivo delle politiche sanitarie, in quanto l'esercizio valutativo rappresenta un elemento sostanziale dei modelli di governance adottati nelle organizzazioni sanitarie; quando si parla di valutazione dei risultati non si può prescindere, in un linguaggio comprensibile ai diversi portatori d'interesse, dal rendicontare quali e quante risorse umane e strumentali sono state utilizzate.

Oltre alle istituzioni l'Azienda intende rispondere del proprio operato ai Cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai Cittadini è quindi necessario fornire informazioni su che cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate; costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi significa rendere la scelta dei cittadini libera e consapevole. A tale scopo la Direzione Strategica intende mettere a disposizione dei cittadini sia il Bilancio di Missione che il Bilancio Sociale.

## **POLITICA D: le politiche per l'appropriata gestione delle risorse**

L'attuazione dei programmi previsti dalle linee dei Piani Operativi, nonché la riorganizzazione strutturale conseguente all'applicazione dei contenuti dell'Atto Aziendale, hanno comportato una inevitabile rimodulazione della dotazione organica sia in relazione al numero dei posti che in relazione ai profili professionali necessari per conseguire i risultati assistenziali o gestionali programmati. Queste politiche sono quindi finalizzate alla rivisitazione degli aspetti organizzativi dei modelli gestionali di presa in carico dei pazienti, all'efficientamento delle risorse assistenziali e alla riorganizzazione delle funzioni tecnico amministrative per il riordino ed il potenziamento dei controlli nella gestione amministrativa.

### **OBIETTIVO STRATEGICO D1**

#### **Azioni di ottimizzazione della performance e di benchmarking**

La Direzione Strategica al fine di raggiungere gli obiettivi preposti metterà in atto tutte le azioni utili all'efficientamento del sistema e alla valorizzazione delle performance sia cliniche che amministrative anche grazie all'ausilio della metodologia del benchmarking basata sul confronto sistematico che permette alla ASI di Viterbo di compararsi con le migliore Aziende Sanitarie e soprattutto di apprendere in un'ottica di miglioramento continuo.

### **OBIETTIVO STRATEGICO D2**

#### **Costruzione dei sistemi di monitoraggio e controllo quali-quantitativo nel rapporto tra attività erogata e risorse utilizzate**

L'obiettivo ha lo scopo di sviluppare strumenti che consentano di programmare le risorse in relazione ad ogni percorso di cura; i pazienti potranno essere accompagnati e presi in carico individualmente rispetto ad ogni bisogno di assistenza. A tal fine sarà necessario sviluppare strumenti che consentano di programmare le risorse in relazione ad ogni percorso di cura; per arrivare a questo obiettivo sia i Distretti che il Dipartimento di Cure Primarie, gestori di risorse economiche, dovranno necessariamente associare le risorse necessarie alla gestione del processo assistenziale, definendo le necessità organizzative/operative all'accesso, nella fase valutativa e nella fase di gestione in aderenza con gli obiettivi di cura previsti nel PAI/PR1.

In altre parole ci si attende che il territorio sia in grado di costruire un sistema in grado di definire in modo chiaro e condiviso per ogni cittadino preso in carico:

- gli obiettivi e il monitoraggio costante dei risultati attesi e dei relativi indicatori;
- le risorse (umane, strumentali, economiche) allocate sulle diverse attività;
- il diagramma temporale;
- il responsabile dell'azione progettuale, gli atti amministrativi e gli eventuali altri livelli di responsabilità da coinvolgere per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

### **OBIETTIVO STRATEGICO D3**

#### **Azioni di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e adeguamento alla *spending review***

In un'ottica di revisione della spesa pubblica si collocano le azioni di ottimizzazione delle risorse volte a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'azione sanitaria anche grazie all'elaborazione di un adeguato piano di sostenibilità economica.

## **Politica E: le politiche di efficientamento dei sistemi**

Queste politiche mirano al monitoraggio dell'attuazione dei piani, dei programmi e dei progetti, seguendo le seguenti azioni utili a rispettare le fasi e i tempi stabiliti, gli *standard* qualitativi e quantitativi, il livello di assorbimento delle risorse, puntando sempre, anche grazie attraverso all'opportuna valutazione dei *feedback*, al miglioramento dell'Azienda e all'acquisizione di sempre maggiori competenze professionali con specifiche attività formative.

### **OBIETTIVO STRATEGICO E1**

#### **Efficientamento del sistema attraverso la costruzione di azioni e procedure di controllo**

Questo obiettivo ha lo scopo di intervenire sulle procedure di controllo uniformando quelle relative ai processi amministrativo contabili anche ai fini della certificabilità di Bilancio, collegato alla contabilità economico patrimoniale, alla contabilità analitica e ad un sistema di indicatori delle performance ed intervenendo su quelle relative agli accreditamenti istituzionali, ai flussi informativi ed ai sistemi di controllo sulle attività.

### **OBIETTIVO STRATEGICO E2**

#### **Azioni di governo dell'appropriatezza**

Con questo obiettivo L'Azienda si impegna a misurare quanto le scelte e/o gli interventi diagnostici e terapeutici siano adeguati rispetto alle esigenze del paziente al contesto sanitario generale. Un intervento sanitario dovrà sempre e necessariamente rispondere ai criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza. Il concetto di appropriatezza si estende naturalmente anche all'appropriatezza amministrativa che indica la misura di erogazione di prestazioni sanitarie secondo il criterio dell'efficienza ossia utilizzando al meglio le risorse disponibili rispetto agli obiettivi preposti. A tal fine verrà implementata l'attività di collaborazione tra il Controllo di Gestione e tutte le Unità Operative aziendali.

### **OBIETTIVO STRATEGICO E3**

#### **Piano degli investimenti tecnologici ed informatici**

Secondo le logiche definite nelle politiche precedenti sono definiti e deliberati i Piani degli investimenti tecnologici e informatici secondo una griglia di valutazione predisposta dal Nucleo dell'*Health Technology Assessment* (HTA) in relazione a dei criteri tecnici di priorità di sicurezza e/o alle richieste delle diverse unità operative che vengono aggiornati annualmente.

L'azienda, anche grazie ai nuovi uffici costituiti, vedi OPEN, ha intenzione di implementare ulteriormente il sistema di verifica e controllo sia sull'utilizzo delle attrezzature che sulla gestione degli inventari e libro cespiti.

## **OBIETTIVO STRATEGICO E4**

### **Il Piano degli investimenti strutturali: azioni di riorganizzazione e reingegnerizzazione degli spazi funzionali aziendali**

L'obiettivo è quello di ottimizzare l'utilizzo degli spazi aziendali per garantire il miglior utilizzo anche in funzione della riorganizzazione dei servizi, per la messa in sicurezza delle strutture e per l'efficientamento del sistema. Il Piano degli investimenti strutturali rappresenta il documento di programmazione e pianificazione degli investimenti patrimoniali sugli immobili aziendali. Oltre agli interventi già raccontati nel Piano 2017-2019 (la realizzazione del Corpo A3 dell'Ospedale di Belcolle, la completa riqualificazione delle Case della Salute, la riconversione del P.O. di Acquapendente in Presidio di zona disagiata, la riorganizzazione degli spazi delle attività in libera professione e la riorganizzazione della Rete Laboratoristica) nel triennio 2018-2020 sono previsti gli interventi di cui al DCA 314/2016 di ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo (III fase ex art. 20 L. 67/88) che comportano investimenti per 10.693.230 euro sul patrimonio della ASL di Viterbo, garantendo spazi, tecnologie e strutture a servizio delle Reti regionali di cura.

## **OBIETTIVO STRATEGICO E5**

### **Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane e strumentali: contratti appalti, risorse tecnologiche e strumentali**

Con questo obiettivo la Direzione Strategica intende efficientare e razionalizzare l'impiego del personale sia dipendente che convenzionato, attraverso la valorizzazione delle competenze e la predisposizione di atti concernenti l'organizzazione aziendale, supportando i servizi nella realizzazione di un adeguato sistema professionale e di gestione delle risorse umane, in un'ottica strategica che accenti i processi di valutazione e di sviluppo della professionalità.

Gli obiettivi del triennio possono quindi essere sintetizzati in:

- Generazione di risparmi attraverso l'aggregazione della domanda e l'espletamento di gare centralizzate;
- Monitoraggio trimestrale dei contratti in essere;
- Abbattimento della spesa sui contratti relativi ad appalti e forniture tramite la rinegoziazione o l'allineamento dei prezzi corrisposti dalle Aziende Sanitarie;
- Programmazione dei fabbisogni di beni e servizi in relazione all'attuazione dei piani operativi e delle linee di attività.

## **OBIETTIVO STRATEGICO E6**

### **Azioni di governo del rischio**

Tali azioni sono volte a promuovere la cultura della sicurezza sul paziente, attraverso un processo di formazione che permetta di riconoscere la gestione dell'errore come attività professionale e stimolo a migliorare, affinché la raccolta delle informazioni avvenga direttamente dagli operatori. Ciò produce un incremento della qualità delle prestazioni erogate ai pazienti ed una riduzione del contenzioso verso l' Aziendale.

## **9. Pianificazione operativa 2018-2020 e Monitoraggio del Piano**

### **9.1 Pianificazione operativa 2018-2020**

Il Piano è adottato in coerenza con la programmazione sanitaria, finanziaria e con i vincoli di bilancio; illustra gli obiettivi strategici ed operativi dell'Azienda ed i correlati indicatori per la misurazione e la valutazione della performance aziendale.

L'insieme dei contenuti del Piano costituisce un quadro informativo agile e di facile consultazione per capire come l'AUSL di Viterbo intende agire per soddisfare i bisogni sanitari e socio sanitari della popolazione di riferimento e per coloro che scelgono di rivolgersi ai servizi aziendali.

Pertanto gli obiettivi strategici definiti nel precedente paragrafo vengono descritti attraverso indicatori misurabili in vista della loro puntuale valutazione a consuntivo nelle tre annualità di riferimento (allegato Tecnico, Tabella dei Piani Operativi).

Le indicazioni del piano triennale delle performance vengono contestualizzate negli obiettivi e indicatori di tutte le strutture complesse e dipartimentali dell'azienda attraverso lo strumento dei budget operativi annuali secondo le modalità individuate nel ciclo della performance. Relativamente al 2018 si procederà alla specifica attribuzione degli obiettivi e degli indicatori a tutte le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali dell'Azienda, attraverso lo strumento dei *Budget Operativi* Annuali. Per i successivi anni si procederà secondo le modalità individuate nel Ciclo della Performance.

I *Budget Operativi* Annuali costituiscono strumenti di gestione e valutazione specifica delle unità operative, alla luce dei risultati effettivamente conseguiti in un orizzonte temporale triennale, rispettoso delle peculiarità e dello stato di partenza delle singole aree di responsabilità.

### **9.2 Monitoraggio del Piano**

Il monitoraggio e l'audit sulla corretta impostazione metodologica del Piano è svolto dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), con il supporto della Struttura tecnica permanente e la collaborazione della Direzione Strategica Aziendale, della dirigenza e del personale.

L'aggiornamento del Piano andrà effettuato su base annuale o al verificarsi di novità normative che richiedono modifiche imprescindibili al documento.

## **ALLEGATO TECNICO: Tabella dei Piani Operativi**





# A Le politiche di integrazione innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute

PORTALE OBETTIVI/ DESCRIZIONE OBETTIVO	INDICATORE DI PERFORMANCE
	<p>Monitoraggio percorso salute psico-fisica bambini 0-1 anni con i seguenti indicatori: 1. "n. casi sumministrati a bambini 0-1 anno delle diverse tipologie di vaccino/ n. residenti 0-1 anno nell'unità di tempo; 2. "n. casi somministrati a utenti SPZ, EM e RCMV n. utenti SPZ, EM e RCMV presenti nella ASL (valore stimato)</p> <p>Monitoraggio percorso salute psico-fisica bambino 0-1 anni con il seguente indicatore: 1. "n. Proctocolli su Allattamento materno negli zoli indo</p> <p>Monitoraggio percorso screening oncologico del cervico uterino con il seguente indicatore: "n. test erogati presso il Consultori Familiare/locale: test erogati nella ASL</p> <p>N. mesi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita</p> <p>Presi in carico di pazienti affetti da diabete e/o glicemia (sindromi diabete e/o prevalenti)</p> <p>Realizzare eventi formativi in collaborazione con il tavolo dei indicatori</p> <p>realizzare corsi sulla corretta gestione della produzione primaria al fine di tutelare la salute pubblica in collaborazione con il Servizio Veterinario realizzando corsi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro per personale interno all'azienda e per esterni in collaborazione con SPRISA, e Responsabile SPZ</p> <p>report annuale su: le operazioni con Anestesia nella Regione Lazio (art. 91, c.237/1992)</p> <p>Report consuntivo e Monitoraggio del percorso G.L.I.: Adesione con i seguenti indicatori: 1. "n. gruppi di Orientamento al l'Adesione (G.O.A.) attivati nell'unità di tempo (anno 2015); 2. "n. partecipanti G.O.A. (n. dichiarazioni disponibili presentate al Tribunale per i Minori; 3. "n. dichiarazioni di disponibilità); coppie prese in carico; 4. "n. relazioni; coppie prese in carico nell'unità di tempo; 5. "n. colloqui individuali/coppia per ciascun percorso attivato; 6. "n. colloqui individuali/coppia per ciascun nucleo familiare preso in carico</p> <p>Reti consultative e Monitoraggio del percorso salute sessuale e riproduttiva con i seguenti indicatori: 1. n. accessi donne in età fertile (15-49 anni) residenti della Asl/loc donne in età fertile (15-49 anni) residenti nella Asl</p> <p>2. "n. campagne attivate, riguardanti la promozione della salute e dei corretti stili di vita</p> <p>Reti consultative e Monitoraggio del Percorso Assistenza per la donna che richiama l'IGV con i seguenti indicatori: 1. "n. colloqui per IG che esitano nella prosecuzione della gravidanza/locale colloqui per IG 2. "n. donne che hanno effettuato l'IG 3/5gg con accompagnamento protetto e documentato; totale richieste l'IG 3/5gg; 3. "MINORE: n. colloqui per IG che esitano nella prosecuzione della gravidanza/locale colloqui per l'IG; 4. "MINORE: n. colloqui Assistenza Sociale/loc. richieste l'IG; 5. "MINORE: n. reclusi per Gender Violence/ n. scollazioni l'IG riferibili; 6. "MINORE: n. minori che hanno effettuato l'IG 3/5gg con accompagnamento protetto e documentato; totale richieste l'IG 3/5gg.</p> <p>Reti consultative e Monitoraggio del percorso interventi di contrasto alla violenza di genere con il seguente indicatore: "n. casi presi in carico/ n. segnalazioni giunte al servizio consultativo</p> <p>Ricerca ed ottimizzazione della comunicazione con il cittadino e della cartella clinica in collaborazione con l'URP riguardo i servizi e gli orari di accesso, anche sul sito web</p> <p>Ricerca ed ottimizzazione della comunicazione con il cittadino e della cartella clinica in collaborazione con l'URP riguardo i servizi e gli orari di accesso e partecipazione al processo di umanizzazione delle cure in sviluppo di un percorso di telemedicina</p> <p>favorire l'uscita dei progetti "CARTA 3"</p>
<p>▼ A3</p> <p>Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinici assistenziali</p>	<p>applicare procedura di copecione nei pazienti con dipendenza dimessa da SPZC e inviati a CSM</p> <p>% di adesione del fumo a seguito del programma anti fumo di tutti i presci in carico indipendentemente dalla patologia</p> <p>% di donne che seguono l'operazione radicale dei tumori ancaiali</p> <p>% PA attivati/PA programmata</p> <p>"obiettivo al provvedimento regionale per cure palliative per l'implementazione delle reti locali, la revisione del fabbisogno (con particolare riferimento a pazienti affetti da malattie non oncologiche con implementazione del Simultaneous care quale modalità di presa in carico precoce della posizione con necessità palliative sin dalla fase attiva delle cure, anche per le strutture accreditate.</p> <p>"aggiornamento del PDR per malattie rare di competenza</p> <p>"allineamento alla organizzazione regionale dei laboratori di anatomia patologica</p> <p>"applicazione percorsi approvati dal Centro regionale servizi sulle metodiche di buon uso del sangue attraverso i programmi Patient Blood Management</p> <p>"analisi dei presci consultivi inviati in disponibilità e qualità del test unitario per la gravidanza alla minore ed alle fasce disagiate</p> <p>"attivazione di uno spazio giovani dedicato all'attività dei consulenti aziendali</p> <p>"completamento ed implementazione del sistema informativo sulla salute mentale, anche per i disturbi alimentari, indole e minori/ giovani adulti (anche del circolo prosci); nel integrazione nel SMI</p> <p>"deficitone di un percorso per le donne a rischio per tumore della mammella verso familiare o i follow up per percorso trattamento della patologia mammaria e fraggati nei programmi di screening con lo sviluppo di un piano integrativo multidisciplinare</p> <p>"elaborazione di un programma per screening infettologici (epatite B, epatite C, HIV e sifilide) in linea con le indicazioni nazionali, regionali e con tutte le linee guida che saranno emanate dall'ISS</p> <p>"implementazione di un modo di organizzazione per l'ottimizzazione e la diffusione Trame web e gli stili di vita salutari, cura attività e servizi per gli adolescenti; n. adolescenti presi in carico/ n. test addizionali condotti</p> <p>"implementazione percorso tecnologia con prodigazione di un PDR per pazienti ad alto rischio per Ca mammaria con produzione di indicatori per la prevenzione delle donne fuori fascia screening</p> <p>"incremento del numero di donatori del sangue</p> <p>"n. di unità di plasma derivata/locale</p> <p>"partecipazione alla redazione del documento del percorso integrato del carcinoma del colon retto</p> <p>"inventario donazioni sangue: almeno n. 4 rimandi/anno finalizzato alla sicurezza di interventi di miglioramento dell'uso del sangue</p> <p>"numero inerte sottoposto a riplana nel territorio aziendale di competenza</p> <p>"rispetto delle Linee Guida e dei protocolli di presa in carico e obbligo: misurazione edotonomica IP 3a, VIG E1</p> <p>"rispetto delle Linee Guida e dei protocolli di presa in carico pre-obitici: amputazione degli arti (P, R, W, E1)</p>

# A Le politiche di integrazione innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute

2018	POURTE	OBETTIVI	DESCRIZIONE OBETTIVO	INDICATORE DI PERFORMANCE
				<ul style="list-style-type: none"> <li>rispetto delle Linee Guida e dei protocolli di presa in carico pr. diabete; misurazione microalbuminuria (p.ac.VA1.E)</li> <li>rispetto delle Linee Guida e dei protocolli di presa in carico pr. diabete; misurazione parametri biochimici, strumentali e metabolici (p.ac.VA1.E)</li> <li>rispetto delle Linee Guida e dei protocolli di presa in carico pr. diabete; visita oculistica (p.ac.VA1.E)</li> <li>n. aziende ospedaliere/ n. generali/ UPG SP5A.</li> <li>n. aziende ospedaliere/ N. aziende ospedaliere/ N. aziende con dipendenze</li> <li>n. ospedali/ n. personale/ UPG SP5A.</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero aziende delle strutture ospedaliere/numero aziende delle strutture</li> <li>Numero centri barese/numero centri nodali</li> <li>Adesione Screening Cervicocarcinoma: incremento temporale in SP5QW13 esami biologici dei 2 livelli e degli interventi chirurgici</li> <li>Adesione Screening Cervicocarcinoma: lettura nel rispetto dei tempi GSC</li> <li>Adesione Screening colons rettile: conoscenza delle colonoscopie con imaging/visiva in colonoscopia di Screening</li> <li>Adesione Screening colons rettile: inserimento temporale in SP5QW13 esami biologici dei 2 livelli e degli interventi chirurgici</li> <li>Adesione Screening mammografico: esecuzione interventi chirurgici nei tempi previsti dal GSNM e inserimento tempestivo in SP5QW13</li> <li>Adesione Screening Mammografico: incremento tempestivo in SP5QW13 esami biologici dei 2 livelli e degli interventi chirurgici</li> <li>Applicazione del PDTA per la gestione emergenza psichiatrica</li> <li>Applicazione delle procedure aziendali nell'organizzazione della contenzione e rischio sanitario</li> <li>Applicazione e implementazione a regime della piattaforma SIRC con codificazione delle procedure e dei dati</li> <li>Attivazione del percorso di telemedicina e teleconsulto: risposta agli ECG inviati dal P.S. entro 30 min.</li> <li>Attivazione del percorso di telemedicina</li> <li>attività mammografica per screening: incremento dell'attività rispetto all'anno precedente</li> <li>Attivazione del piano di riorganizzazione rete laboratori analisi ai sensi del DCA 219/2014</li> <li>Attivazione della rete hub spoke: strumentale e realizzazione della rete: UBS spoke in seno del DCA 412/2014, coordinato la casa di riferimento dell'emergenza</li> <li>azioni per attività ambulatoriale presso la struttura di Acquafredda</li> <li>Contributo della codice aumentato % dimissioni da riammissione e domicilio/risale dimessa da riammissione</li> <li>costituzione di un protocollo con i tempi per l'attivazione del endopoint: secondo DM 211/2015</li> <li>Creazione della rete e del Piano Farmativo condiviso che include 100% dell'attività nelle scorte</li> <li>Creazione percorsi ambulatoriali semplificati per pazienti oncologici chirurgici con indicatori di funzionamento del percorso (loggere?)</li> <li>Definizione di indicatori di funzionamento del percorso integrato ospedale-territorio per pazienti affetti da tromboosi venosa profonda</li> <li>Definizione e monitoraggio di indicatori di esito per misure efficaci del PAI (es. task analysis)</li> <li>Definizione e sviluppo di un percorso per i pazienti oncologici integrato ospedale-territorio con definizione di indicatori di funzionamento della rete</li> <li>Diminuzione delle riammissioni a 30 gg per SP5Q</li> <li>Diminuzione pazienti da SP5C e contenzione presso il territorio con revisione del progetto su appunto</li> <li>Diminuzione pazienti da SP5C: appuntamento fissato presso il CSN di riferimento entro 7gg dalla dimissione (come foglio della scheda di dimissione da SP5C)</li> <li>Esecuzione accertamenti 2 livello e 1° trattamento come da Delibera 1366 del 21/1/2016</li> <li>Esercizio Screening colons rettile: Condivisione con Coordinamento Screening del calendario inviti</li> <li>Garantire l'attività del 2° livello e trattamento screening del cervico carcinoma (come da delibera aziendale in riferimento a quantità e qualità</li> <li>Implementazione del percorso clinico assistenziale per la presa in carico dei pazienti e delle famiglie con approccio multidisciplinare alla problematica dei neonati pretermie</li> <li>Implementazione della rete e del Piano Farmativo condiviso che include 100% dell'attività nelle scorte</li> <li>Implementazione della rete per la terapia del dolore e delle cure palliative</li> <li>Incremento delle attività erogate presso le Case della Salute: n. accessi al 911, n. soggetti trattati, n. prestazioni infermieristiche e per branca specialistica, n. ipodolgi e PDTA attivi e n. paz. arruolati in ciascun PDTA</li> <li>Incremento numero di pazienti arruolate da consultori</li> <li>Innesco i consultori ambulatoriali nel superdotti di gredegno nei programmi di screening come presidi dello screening cervico-uterino (centri presenzi) e provvedere per gli stessi l'invio della piattaforma regionale SP5QW13 per valutare l'elasticità della donna nel travaglio, in caso positivo, il test di screening</li> <li>Integrazione con l'ambulatorio cardiologico per l'attivazione con centri di urgenza del PAC segretari un evento di dolore toracico (GISE)Prestito PAC</li> <li>Integrazione nella pratica clinica prescrizione del condono dopo esaurimento della sua pubblicazione (dampaggio del condono &gt; 3 mi)</li> <li>mantenimento dell'attività domiciliare trasfusione con elaborazione di procedure aggiornate e validate (sicurezza, tracciabilità e modalità delle verbalizzazioni)</li> <li>Monitoraggio delle attività domiciliare di Veneto e delle relative misure per il controllo dei nuovi nati e della mortalità</li> <li>Monitoraggio dei risultati conseguiti con stessa MOC in SP5C, n. accessi totali in SP5C</li> <li>Monitoraggio dei risultati conseguiti con stessa MOC/Con risorse in SP5C o in strutture ambiole accreditate</li> <li>monitoraggio del PDTA per la scorta multipli in collaborazione con la UOC Neurologia</li> <li>Monitoraggio del PDTA violenza di genere che include la centralizzazione del servizio di polizia all'interno della rete aziendale</li> </ul>

# A Le politiche di integrazione innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute

PUNTA OBIETTIVI DESCRIZIONE OBIETTIVO		INDICATORE DI PERFORMANCE
		in pr in lista di attesa per presa in carico/PA, programmi per bisogni di salute (ad e cooperative eccedenti) e ai
		Numero di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni) nel programma di screening organizzato, calcolate nel periodo di riferimento x100
		Partecipazione al "Piano Regionale di Prevenzione" e agli obiettivi relativi
		partecipazione alla attivazione della rete ospedaliera di laboratorio secondo DCA 219/2014
		partecipazione alla attivazione della rete ospedaliera di laboratorio secondo DCA 219/2014
		partecipazione alla redazione e coordinamento del "Piano Regionale di Prevenzione"
		partecipazione alla redazione e coordinamento del "Piano Regionale di Prevenzione" con redazione della relazione finale
		partecipazione per meeting multidisciplinari per oncologia
		Piano Regionale di Prevenzione: attività relative al BIRAC
		Promuovere attività sul territorio: incremento a. prestazioni ambulatoriali nei distretti
		potenziamento di una sinergia con la UOIS Servizio Sociale e gli Enti Locali per la presa in carico dei pazienti disabili con sviluppo di indicazioni per monitorare l'efficacia della rete
		Presa in carico di pazienti affetti da diabete (inoddiagnostici e/o prevenibili)
		Presa in carico di pazienti affetti da BPCO (inoddiagnostici e/o prevenibili)
		Presa in carico familiari malati dai autoaccidenti alla rete BPCO e altre patologie
		Presa in carico psicologica dei pazienti diabetici tipo 1 al territorio
		presentazione protocollo operativo area delle neuroscienze in collaborazione con la UOC Neurologia e la UOC GDFSI
		Previdenza dei rischi cardiovascolari: aumento % fornitori inviati al centro aritmico dei pazienti farmacia / sui tabelle dei pazienti farmacia
		progettazione e sviluppo del progetto di presa in carico radiologica per personale infermieristico e tecnico per area che include cardiologia - relativamente all'efficacia - ed efficienza in collaborazione con il GDFSI
		progettazione e sviluppo della rete radiologica ambulatoriale in ambito sport/interale
		realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: breast unit,
		realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: breast unit,
		realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: PNC colon retto, breast unit,
		Report mensile sull'attività di controllo in tutte le aree di responsabilità (es scuole etc.)
		Rete aziendale di idrocardiologia: centralizzazione elettrocardiogrammi e Holter
		Riduzione % dei soggetti target degli screening che effettuano prestazioni di prevenzione tramite CUP (Dedica 233 del 17/2/2015) - Riduzione delle mammografie urgenti in esenzione nella popolazione target al di fuori del programma di screening
		Riduzione tasso di ospedalizzazione per Screening Cardiac
		Rispetto degli indicatori previsti dalla Prassi Line
		Screening scudo vertebrale: incremento prestazioni ambulatoriali
		Screening scudo vertebrale: garantire esecuzione degli accertamenti di 1° livello come da Dichiarazione 541 del 02/2013 - 395 del 23/06/2014
		Supporto alla UOIS Coordinamento Attività Vaccinazioni nell'attività di medicina e sorveglianza delle malattie infettive
		Sviluppo di protocolli integrati tra pronto soccorso e cure primarie per il coordinamento e l'invio di pazienti selezionati presso le UCR a scade unica
		Tempo di esecuzione tumori: referenziale TC e analisi laboratorio entro 60 min, e dopo 10 inecche entro 60 min.
		valutazione di tutti i pazienti già in carico ai servizi (DSCA, Psicologia, SIRT, Villa Royal) con attivazione attività di screening di primo, secondo e terzo livello per quanto di competenza
		Adesione Screening mammografico: esecuzione e lettura mammografica di 1° livello Screening 2° livello
		Attivazione Screening mammografico: stesura calendario inviti con Coordinamento Screening
		Esame: Screening endoscopici: rapporto Standard GSCC
		% di persone di età 65-74 anni regolate in AD residenti nella ASL (fonte dati SIAIT/numero di persone di età 65-74 anni residenti nella ASL (fonte dati SIAIT)
		% pazienti in supporto patinologico/infarto pazienti screening
		% screening psicologici ed/ottico/auditivi pazienti nuovi in carico
		% screening psicologici per nuovi pazienti con tumori maligni
		% screening psicologici per pazienti oncologici
		% screening psicologici/forse nuovi pazienti del Centro ASIS
		% screening psicologici/forse pazienti
		% utilizzo del test HPV DNA come test di screening per il carcinoma della donna in fascia 30-64 anni secondo il piano regionale ed adeguamento ai tempi e la modalità
		Jumesso a: iniziative informati concluse con risultati / le iniziative informati
		Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e del loro residuo negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Rischi
		Copertura vaccinale per vaccinazioni antinfluenzali sott'anziani 65-74 anni - in soggetti di età 65-74 anni vaccinati e residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna
		percentuale di campionamenti effettuati nei rischi del programma, negli esercizi di somministrazione e di distribuzione, regolamenti: CE 882 e 854/2004

# A Le politiche di integrazione innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute

POLITICA CALENNIA 2018	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE DI PERFORMANCE
		percentuale di unità locali controllate su totale da controllare
	prevenzione di cancro scrovo detecter su studio 1° e 2° round successivi a quello di prevenzione numero dei canceri invasivi scrovo-detecter/numero di tutti i cancer scrovo detecter*100.	
	Volume di angiodisplasia coronarica percutanea	
	Attuamenti contrattati per TBC bronca e trend della prevenzione	
	2% dei condogli previsti in attuazione del programma di ricerca di tumori di fibrosari degli alimenti vegetali (tabella 1 e 2 del DM 23/12/1993)	
	2% di aziende oncologiche controllate per attività oncologica rispetto al 5% previsto dal regolamento CE 1505/06	
	prevalente di allersmanti contrattati per Bioefficienza, bioaria e bioaria e, per le regioni di cui all'art. 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di riscontro e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	
	assenza denunciare soddisfacimento delle richieste di prova in caso dei pazienti	
	Attivazione percorso per paziente con rete politica con stratificazione del rischio clinico	
	Attivazione percorso per poche diabete	
	Attivazione sul periale ASI da un'area per comunicazione via e mail da parte della popolazione su possibili rischi di abuso e supporto al cittadino per la denuncia	
	Attivazione operativa del decreto 376/2015	
	Attuazione attività progettuali in partnership con IMAU finalizzate alla sperimentazione di almeno una procedura in ogni ASL pubblica	
	Azioni preventive: Sviluppo di un corso per gli allevatori sull'etichetta dei farmaci, con particolare riferimento alla farmacia robotica degli antibiotici per utilizzo improprio negli animali, e sui rischi correlati ai farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e del bene della famiglia (alimenti di origine animale)	
	esito di qualità andato (risultato IMAU, Ministero della Salute, controllo dei laboratori del Lazio scelti al 2° circuito)	
	collaborazione con la Medicea Pubblica nella attuazione delle linee guida sulla prevenzione del suicidio del paziente detenuto	
	Compilazione adempimento delle misure previste dal Ministero della Salute	
	Centralità tempistica assistenziale: mantenimento dell'attività degli operatori dedicati alla popolazione distritta presso la Casa Circondariale di Viterbo.	
	Centralità tempistica degli interventi in uscita in libertà o presso altri istituti: stesura di un protocollo di intake con i servizi territoriali interessati che preveda la segnalazione delle persone detenute in rischio di uscire con la riduzione di una Relazione Sanitaria	
	controllato alla realizzazione dell'IFA	
	Copertura essenziale per operatori sanitari conformato con media biennale	
	creatura e mantenimento di un database informatizzato sui vaccini somministrati nelle le somministrati per la moderna del viaggiatore	
	creazione e implementazione progetto per la sterilizzazione gratuita di animali per determinate specie di popolazione	
	Ornamento base di accesso per laboratori sul lavoro aderito per accessi senza ASI	
	Effettuazione conoscitiva entro 24 ore per pazienti efficacemente trombizzati	
	elaborazione di progetto guida di medicina scientifica per l'attuazione di PDR, dedicati alla diagnosi precoce dei tumori affetti da DSA	
	Esecuzione della trombosi in tutti i pazienti con STEMI oblati per trattamento non vascolari in tempo utile in emodinamica	
	garantire la consulenza infermieristica ai residenti di emergenza di Salsola	
	garantire l'attività di comunità a tutte le UU.OO. di Previa	
	garantire senza soluzione di continuità l'assistenza ancoziologica nell'ultimo intervento programmato del turno operatoria	
	garanzia del soddisfacimento delle richieste di attività per animali ricoverati	
	implementazione dei protocolli per l'educazione di cani in base alle linee guida ministeriali	
	implementazione e sviluppo nello sviluppo di un sistema di rilevazione e prova in carica di dispositivi con riprensione	
	implementazione piano di prevenzione per donne polmonari e infelicitazione polmonare a rischio	
	rievocare di informazione diretta agli stakeholder, in merito	
	risultati di informazione viene ai cittadini in regime di revisione costante e di ricezione in longodgenza	
	monitoraggio attività ambulatoriali integrati (gastroenterologia, col, ecc.)	
	monitoraggio dei percorsi Fast track: presentazione relazioni limitate alla Direzione Sanitaria Aziendale	
	monitoraggio rischio biologico controllo contaminazione aria e superfici	
	Monitoraggio screening per attività specialistica infelicitologica presso Casa Circondariale e presso il centro dei pazienti	
	N. di rapporti prova invasive via scrovo, rispetto di giorni previsti senza postulare	
	N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con colla conosciuti (1) deati di vaccino MPR	
	N. di operatori in aziende agricole	
	N. di operatori, richieste di autorizzazione preventiva (A.1)	
	N. di operatori/affetti/risultati/ a richiesta di sviluppo	
	N. di operatori/affetti/risultati/ a richiesta di sviluppo	
	numero di pazienti a cui è stato praticata una dimissione convalidata il territorio per la prova in carica 72 h prima della dimissione/totalità risorse per specie	

## A Le politiche di integrazione innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute

POLITICA 4		INDICATORE DI PERFORMANCE	
OBBIETTIVO	DESCRIZIONE OBBIETTIVO		
		<p>Numero visite specialistiche su lavorazioni esperti a rischi fisico-chimico/biologici</p> <p>pacienti in rapporto psicologico/forze pazienti screening</p> <p>pacienti in terapia con microflusse e in carico in rete diabetologica finale dei pazienti con microflusse residenti nella ASL</p> <p>piano di rimborso della complicità attività di degenza ordinaria con creazione del reparto dedicato</p> <p>Prima in carico di pazienti affetti da diabete tipo 2 (PCO) (medicamentosi o non medicamentosi)</p> <p>Prima in carico per i nuovi giunti dalla libertà e da altri istituti: attuazione di un nuovo protocollo di "accoglienza per il detenuto Nuovo Giunto"</p> <p>Prima in carico delle donne con diabete in gravidanza e con diabete gestazionale relativi dai servizi ospedalieri e territoriali</p> <p>Rapporto % n. campioni effettuati, campioni consegnati</p> <p>realizzazione dei trattamenti di ridoito nel 2018</p> <p>rispondere alle richieste provenienti dalla ASL VI</p> <p>supporto tecnico operativo e di relazione con il pubblico per la realizzazione della Conferenza Locale della Sanità</p> <p>Tempi di risposta entro 7gg</p> <p>Verifica della ricerca radioterapica IMRT per pazienti candidati (come definita nel manuale) compatibilmente con le risorse tecniche</p> <p>Verifica dei risultati dei professionisti sanitari tramite anche sviluppo di procedure condivise con UNIC e strutture accreditate per mantenimento dei requisiti di accreditamento</p> <p>adeguare all'andito dello screening &gt;45% (Coesogna, Marone di Sanfilippo) screening mammografico</p> <p>realizzare all'andito dello screening &gt;45% (Coesogna, Marone di Sanfilippo) screening Colon rettili</p> <p>realizzazione dell'andito dello screening &gt;80% (Esaminazione Screening CCR, Diagnostica e tecnologia proiettiva, Trasporto proiettile al Centro territoriale e al Centro rurale)</p> <p>realizzazione dell'andito dello screening &gt;90% (Screening mammografico, Sportamenti, Unità Mobile)</p> <p>Adozione Screening CCR (Distribuzione e tecnologia proiettiva, Sembrizzazione operatori Sanitari, MMG e Utenzi)</p>	
AS	Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative: il ruolo della farmazioni e la collaborazione con le Università	<p>Creazione di una modulistica condivisa con gli organi istituzionali richiedenti</p> <p>Democratizzazione dei percorsi di formazione per i caregiver e personale sanitario e sviluppo del piano formativo per l'anno 2018</p>	

# B Politiche per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura

POLITICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE DI PERFORMANCE
B1	Azioni per la garanzia dell'equità delle cure e per la loro personalizzazione	<p>•elaborazione del PPTA per le urgenze-emergenze psichiatriche</p> <p>•esecuzione corsi di formazione in tema di rischio diretto e sicurezza dei pazienti con sviluppo di attività di screening sulla rete del rischio diretto</p> <p>•riduzione delle mammografie erogate in curezione sulla popolazione target ai di fuori del programma di screening</p> <p>•riorganizzazione del modello di offerta assistenziale integrata per gli utenti del DSM e del reparto SPDC</p> <p>• riduzione ed inno alla Direzione Regionale salute di un report semestrale che documenti il contante monitoraggio dei rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'attività istituzionale grazie all'ottimizzazione dell'attività CUP e dell'integrazione con l'ufficio ALP. Il fuso per evitare late reports deve essere informatizzato</p> <p>• riduzione ed inno alla Direzione Regionale salute di un report semestrale che documenti il costante monitoraggio dei rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'ALP e volumi e tempi di attesa dell'attività istituzionale, in collaborazione con il responsabile unità di attesa</p> <p>•Prestazioni specialistiche "senza prenotazione" erogate nel IV trimestre 2016/Prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo</p> <p>•realizzazione di almeno 3 interventi formativi al medio presettori sui temi dell'appropriatezza prescrittiva e del corretto uso delle classi di priorità nella prescrizione delle prestazioni di primo accesso</p> <p>•realizzazione di almeno 3 interventi formativi ai medici presettori sulla prescrizione demeritizzata</p> <p>•ricorso abituale alla prescrizione demeritizzata (SINACED) da parte dei medici dipendenti e convenzionati</p> <p>•applicazione del PPTA per le urgenze-emergenze psichiatriche</p> <p>•Avvio in esercizio del sistema informativo di assisti territoriali della Regione Lazio (vedi Sub obiettivo 2.2 DCA 214 del /2017)</p> <p>•Avvio in esercizio del sistema informativo di assisti territoriali della Regione Lazio (vedi Sub obiettivo 2.2 DCA 214 del /2017)</p> <p>•elaborazione sanigrafia cosa per numero performance e temore della produttà entro 10 gg dalla richiesta</p> <p>•elaborazione e presentazione alla Direzione Strategica del PPTA (teme della produttà) (DCA 338/2017). In collaborazione con la UOC Oncologia - capofila UOC Oncologia</p> <p>•esami radiologici per interni con elevata priorità sono risposte entro 10 giorni alla direzione sanitaria</p> <p>•esami radiologici screening colon-retto: rispetto dei tempi Standard GSCOR</p> <p>•esami radiologici screening cervicocollare: rispetto dei tempi Standard GSCOR</p> <p>•Integrazione con UOC cure primarie e le strutture accreditate per la presa in carico dei pazienti terminali in cure palliative presso gli Hospice</p> <p>•lista di attesa informatizzata centralizzata per visite ambulatoriali per diagnosi e terapie e sistema informatizzato centralizzato per risultanze l'attività (livello al SASI)</p> <p>•mantenimento di percorsi preferenziali per pazienti con tumori (ex.: melanoma)</p> <p>•Prestazioni specialistiche "senza prenotazione" erogate nel V trimestre 2016/Prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo</p> <p>•Prestazioni specialistiche "senza prenotazione" erogate nel V trimestre 2017/Prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo</p> <p>•realizzazione degli obiettivi della rete/i di specifica competenza</p> <p>•riduzione delle vite d'attesa</p> <p>•riduzione delle vite d'attesa con le agende visibili a CUP</p> <p>•riduzione delle vite d'attesa tramite le prestazioni ambulatorie</p> <p>•riduzione delle vite d'attesa: incremento strategie dell'appropriatezza prescrittiva e diagnostica</p> <p>•riduzione delle vite d'attesa: incremento strategie dell'appropriatezza prescrittiva e diagnostica</p> <p>•Riduzione liste di attesa per vaccinazioni predefinite. Rispetto Dca 99 del 2017 - Piano Regionale Prevenzione vaccinale</p> <p>•Riduzione liste di attesa per visite ambulatoriali anche tramite un rionale dell'appropriatezza prescrittiva con sviluppo di un report alla direzione sanitaria e in copia la controllo di gestione</p> <p>•Rispetto degli indicatori processi nel Piano Regionale della Prevenzione in base alle competenze specifiche della UO con Report Mensile alla Direzione Strategica ed in copia al Controllo di Gestione</p> <p>•Rispetto degli indicatori processi nel Piano Regionale della Prevenzione in base alle competenze specifiche della UO con Report trimestrale alla Direzione Strategica ed in copia al Controllo di Gestione</p> <p>•. Esistenza e Adozione corretta dello screening della colite rettole in collaborazione con la DS e i distretti</p> <p>•Collaborazione ancora culturalmente competente in collaborazione con UOS USR</p> <p>•Garantire a pazienti e familiari il diritto di comprensione/adesione al processo della cura almeno un audit ospedaliero e uno territoriale</p> <p>•Validazione del menu multiculturale quodora sia implementato nelle mense scolastiche</p>
B2	Azioni di orientamento al cittadino nel rispetto delle differenze culturali	

# C Politiche per lo sviluppo dell'empowerment e dell'accountability

POLITICA		INDICATORE D'EFFICACIA	
OBBIETTIVO	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	
Y C1	Y Azioni per la rendicontabilità dell'attività clinica	Indicatore con il Suo per l'acquisizione del fuso per il monitoraggio dell'attività	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Partecipazione alla creazione del circuito della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Rapporti trimestrali di attività alla Direzione Amministrativa	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Fino di tutti i flussi informativi, aggregati ed analizzati, entro i termini e con le modalità e i requisiti di qualità previsti dalla Regione e dai Ministeri competenti	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Fino di tutti i flussi informativi, aggregati ed analizzati, entro i termini e con le modalità e i requisiti di qualità previsti dalla Regione e dai Ministeri competenti	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Trasparenza negli acquisti: spesa in acquisto beni materiali 2013 - € 50% spesa ICS per acquisto beni materiali 2017	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Allineamento ai requisiti ISO	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Creazione della mappatura e dell'elenco di tutte le procedure amministrative effettuate all'interno dell'U.O. con indicazioni e loro confusione con gli operatori e relative eludere	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Monitoraggio della assegnazione concreta delle spese delle sale operatorie ai singoli centri di responsabilità, inquadro le procedure e i codici di carico e scarico, mantenimento solo "costi di minima" indiretti	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Rapporto degli adempimenti per assicurare la trasparenza sul sito e la prevenzione della corruzione: monitoraggio delle schede di rilevazione (indirizzo precisi)	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Revisione dell'organizzazione della UOC per il fine di attività presentazione proposta alla Direzione Strategica	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Spesa del personale: a monitoraggio, da inviare alle componenti strutture regionali, archiviando il rapporto dei sondaggi assegnati	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Verifica utilizzo fondi comunitari: a monitoraggio della verifica della congruità del fondo da inviare al competente ufficio regionale entro il 15 del mese successivo alla scadenza del trimestre osservato e verifica della	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Verifica utilizzo fondi comunitari: a monitoraggio della congruità del fondo da inviare al competente ufficio regionale entro il 15 del mese successivo alla scadenza del trimestre osservato e verifica della	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Verifica utilizzo fondi comunitari: a monitoraggio delle procedure di qualificazione dei fondi per ciascun anno di riferimento e dei relativi provvedimenti di liquidazione a chiusura anno (per periodi	
Y C1	Y Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	Verifica utilizzo fondi comunitari: a monitoraggio delle procedure di qualificazione dei fondi per ciascun anno di riferimento e dei relativi provvedimenti di liquidazione a chiusura anno (per periodi intermedii, delibera attestante l'entità del fondo che le competenze per qualità vengono sono pro quota nel fondo	





## D Politiche per l'appropriata gestione delle risorse

POLITICA 2018 ▼ OBIETTIVI ▼ DESCRIZIONE QUALITATIVA	▼ INDICATORI DI PERFORMANCE
	<p>Optimizzazione del CUP per il monitoraggio delle prestazioni include nel Piano Nazionale per il governo delle cure d'urto e coerenza attribuzione delle prestazioni (spese autorizzabili) ai luoghi CDR e allineamento del elenco degli ambulanti al CDR e ai relativi Centri di Cura e utilizzo dei codici di pratica secondo PMSIA per tutte le prestazioni ambulatoriali</p>
	<p>Optimizzazione indicatori F211a BRCD in collaborazione con UOC Diagnostica e cure primarie</p>
	<p>patient mobility dimessi con abuso di strutture alla UOC Dipendenze: fino del 100% degli eleggibili (con diagnosi sulla scheda di dimissioni)</p>
	<p>patient mobility dimessi con abuso di strutture mensili al F210C Dipendenze: entro del 100% dei pazienti eleggibili (con diagnosi sulla scheda di dimissioni)</p>
	<p>percentuale pazienti in attesa al ricovero con tempi di permanenza in PS &lt;= 3h</p>
	<p>percentuale pazienti non in attesa al ricovero con tempi di permanenza in PS &lt;= 4h</p>
	<p>Programmazione Piano farmacia aziendale 2018 approvato dalla Direzione Strategica in base ai bisogni farmacia</p>
	<p>Programmazione del Laboratorio per la predisposizione del Bilancio previsionale economico</p>
	<p>Proporzioni di infarti ricoverati con separamento del tavolo ST italiani con maggiorit�a con riserva percolata lambiamo (F210) entro 30 minuti</p>
	<p>Proporzioni di parti con taglio cesareo primario</p>
	<p>rapporto tra pazienti in degenza e ricovero/ricoveramento e pazienti in PS/UDA alle ore 14,30</p>
	<p>Realizzazione corso ECU sul BLS-D aperti anche al pubblico</p>
	<p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: BRCD/ricovero cardiaco /labete / rete cardiologia</p>
	<p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: PC colon retto, vescia uni.</p>
	<p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: rete e percorsi per patologie tempo dipendenti</p>
	<p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: rete e percorsi per patologie tempo dipendenti/148 truck</p>
	<p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: rete BRCD/ Rete Diagnostica/Cure palliative</p>
	<p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: applicazione P-C Diabete</p>
	<p>realizzazione dei percorsi interassili Rete d'urgenza/PSIC</p>
	<p>rapporti sulla valutazione della ricerca con i seguenti indicatori: Impact factor medio articolo per dipartimento, % medio pubblicazioni per dipartimento, % specialità con impact factor medio e mediano maggiore dell'impact factor di specialità riportata da ISI, valutazione F' mediano per specialità, valutazione scotamento %; il mediano per specialità</p>
	<p>rapporti sulle sindromi acute colittive del serrato (OSAs): rapporti sulle attività, sui volumi, di performance e di caso</p>
	<p>rete consorziale e %, consorzio post-partum/tra doppie frequenze/ICOM di accompagnamento alla nascita</p>
	<p>Amministrazione a 30 gg rete ASL con area MOC</p>
	<p>riduzione del tempo di attesa e referral/ricovero per pazienti con sospetto feto in PS</p>
	<p>riduzione del tempo tra accettazione e valutazione riservata nel sistema informativo nazionale</p>
	<p>riduzione del tempo tra accettazione e valutazione riservata nel sistema informativo nazionale</p>
	<p>liquidazione numero giornate di degenza ricoverata per ricovero estero in degenza</p>
	<p>liquidazione tempo di ospedalizzazione per ASMA in sistema salute</p>
	<p>rispetto dei protocolli per l'appropriatezza esami diagnostici per sistemi ed utenti con eventuali proposte di modelli correttivi per l'ottimizzazione</p>
	<p>spesa farmaceutica convenzionata/quadra ospedali/abbigliamento sanitario regionale</p>
	<p>tema medio di costo codice Verde &lt;= 1h</p>
	<p>verifica spesa farmaceutica territoriale: spesa farmaceutica convenzionata/ quanto quota copiativa/abbigliamento sanitario regionale</p>
	<p>rispetto degli adempimenti previsti dal DCA (0003/2017 "Programmi Operativi 2016-2018" di competenza.</p>
	<p>% interventi conservativi alla mammella/ultravide interventi per tumore maligno alla mammella</p>
	<p>% centri verificanti, cariche icadre</p>
	<p>% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella</p>
	<p>incremento dell'attività chirurgica rispetto al 2017 (numero totale procedure chirurgiche)</p>
	<p>Proporzioni di nuovi interventi di ricettore entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella</p>
	<p>02</p>
	<p>Convalida dei sistemi di monitoraggio e controllo sulla quantitativo nel rapporto tra attività erogata e nuove affinità</p>

# D Politiche per l'appropriata gestione delle risorse

POLITICA 2018		DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE DI PERFORMANCE
7	03	Agenti di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e adeguamento alla spendita	
			<p>* controllo dei costi e ri-procurement: riduzione delle assegnazioni dei servizi sanitari e dei beni e servizi non sanitari con i costi di contabilità generale e Controlli attribuzione dell'ingaggio per sottocosto</p> <p>*adeguamenti di procurement regionale per la revisione delle modalità di compravendita sanitaria alle cure famiglia ed alle comunità adegno per clienti (località: 24/01 ed autorizzazione comunale per spesa farmaceutica o sostanzioso dove esiste -&gt; allo 0,2% del costo di spesa su base regionale: 21.11.2021 per farmaceutica territoriale (fascia A e Outpatient per conto); 21.3.2021 per farmacia ospedaliera: 31.4.2021 per dispositivi medici)</p> <p>..: Accoglienza sulla responsabilità delle strutture aziendali ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, propedeutica al percorso di autorizzazione e accreditamento istituzionale</p> <p>..:certifica e completa attuazione PAC: rispetto delle azioni contenute nel piano aziendale (costi aziendali individuali dal DM 1 marzo 2013) entro i tempi previsti e misura degli interventi passivi (riciclabile al riando nella certificazione del debito)</p> <p>..:risparmiata negli acquisti: spesa tot acquisto bene immagine 2018 &lt;- 90% spesa tot per acquisto beni immagine 2017</p> <p>..:Attività di controllo interno (internal auditing): attivazione entro il 15 gennaio</p> <p>Elaborazione del progetto aziendale di ottimizzazione dell'organizzazione della farmacia aziendale con ottimizzazione secondo il modello di rete (hub spoke rete magazzini in due punti ambulatoriali, report gestione e contenzioso economico e prodotti scaduti) per farmacia ospedaliera e territoriale con report trimestrale</p> <p>Farmaceutica ospedaliera in file: marcristiano della spesa rilevata al 2017</p> <p>farmacia territoriale del elenco dei reparti scadei alla farmacia (o procurement farmacia territoriale del elenco e le tipologie dei reparti scadei alla farmacia (procurement farmacia territoriale del elenco e le tipologie dei reparti scadei alla farmacia (procurement farmacia, nuova realizzazione e attuazione delle aree omogenee (allo obbiettivo:attuazione entro 15 giorni dalla deliberazione)</p> <p>rispetto del budget economico negoziato</p> <p>spesa farmaceutica convenzionata/Affidato quota capienza fabbisogno sanitario Regionale</p> <p>Verifica del attuazione del sistema di monitoraggio e controllo dei consumi dei dispositivi medico e dei dispositivi medici in generale in particolare il conto deposito nell'ambito del progetto di rete telematica dei blocchi operatori e dei rispettivi referenti della rete</p> <p>Verifica dell'attuazione del sistema di monitoraggio e controllo dei consumi dei dispositivi medici in generale in particolare il conto deposito nell'ambito del progetto di rete telematica dei blocchi operatori e dei rispettivi referenti della rete</p> <p>rispetto degli adempimenti normativi e dei riscontri regionali nei tempi previsti</p> <p>verifica e controllo trimestrale dei budget delle diverse UO/OO in collaborazione con la UOC (significazione e programmazione contabile di gestione, bilancio e sistemi informativi)</p>

# E Politiche di efficientamento dei sistemi

POLITICA 2015	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORI DI PERFORMANCE
V. E1	Efficientamento del sistema attraverso la costituzione di azioni e procedure di controllo	<ul style="list-style-type: none"> <li>** monitoraggio dei fondi assegnati in conto speciale: raggiungimento della percentuale di avanzamento in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (avanti e/o attrezzature) proporzionale in rapporto alla durata complessiva dell'apporto nell'ottica del completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini ultimi previsti</li> <li>* adempimento ai comandi/ordini tripartiti rispetto per estendere la possibilità di erogare tutto le produzioni delle aziende agricole</li> <li>* adempimento dei rimborsi straordinari rispetto al decreto regionale per il Fondo di Liberazione privati</li> <li>* adempimento delle misure straordinarie rispetto al bilancio allegato per raggiungere la popolazione di riferimento: a) produzione piano di fabbisogno per programmi di screening annuale (mamografie, colon-retti); b) mammografie, densitometrie, risonanze, etc.; c) adozione di dietetici, educazione preventiva</li> <li>* azione di un piano operativo sulla prevenzione dell'alitarietà al suo</li> <li>* aggiornamento completo dei dati per i manager del patrimonio immobiliare sanitario</li> <li>* affinamento dei costi rispetto all'Impiegato Unica Regionale dei Dipendenti Medici e alle linee guida regionali per la gestione dei dispositivi medici in conto deposito ed in conto vitale per il corretto scarto di magazzino</li> <li>* dematerializzazione dell'ordine dei prodotti farmaceutici: fatturato su ordine digitalizzato sul prodotto farmaceutico</li> <li>* raggiungimento degli indicatori performance combinati nella giga LSA e nel questionario di valutazione redatto dal Comitato LSA per il Focus ASL "Vulnerabilità e sicurezza alimentare"</li> <li>* report trimestrale del "monitoraggio del programma di screening con gli standard di riferimento e con i risultati degli indicatori di processo e di costo per i tre programmi "S.A. e Disinfezione, predisposizione e valorizzazione di indicatori che analizzano la relazione "fabbisogni ai valori di attività e predisposizione di metodi e strumenti per i fornitori e la valutazione dell'appropriatezza del bisogno"</li> <li>* Attività di vigilanza delle strutture private autorizzate ed accreditate ai sensi dell'art. 11 della L. n. 4/2003</li> <li>* Manutenzione mobilità passiva di intervento e ambulatoriale: intraprendere i percorsi ed i centri regionali (filiali) sulla impiantazione, riqualificazione, manutenzione, valorizzazione</li> <li>* Analisi modalità di utilizzo e costi di gestione con mappe dei (fornitori) comprendente i fornitori delle filiali ed i grandi di compatibilità del tutto con la sicurezza e la qualità organizzativa, flessibilità, spaziosi</li> <li>* Aggiornamento continuo della lista di tutti gli ambulatori (APL) e istituzionali: utili con dettaglio del volume di attività, con i rapporti a riferimento, verifica della correttezza di attribuzione al CON e del centro di costo assegnato</li> <li>* Aggiornamento del cerchietto della rilevazione pubblica e analogie con la tabella degli ambulatori per UD e filiali al contratto con il SSF e la UDC Gestione del patrimonio immobiliare</li> <li>* Analisi del patrimonio immobiliare della ASL con report interno sul rischio e di monitoraggio vigente sul rischio aumento collaborazione con il SSF e la UDC Gestione del patrimonio immobiliare</li> <li>* Attivazione e monitoraggio del Flusso S-3A (sistema informativo sulla RSA) implementazione della scheda RIS (RIS 4/2008) e DM 17/12/2008) con report mensile di attività</li> <li>* Attivazione in tutti i servizi a pagamento aperti al pubblico del SPS per i pagamenti in loco</li> <li>* Compilazione completa del Formid Induce le attività private la casa circondariale</li> <li>* Corretta attribuzione dei costi e degli scostamenti di bilancio in collaborazione con la UDC Finanza</li> <li>* Corretta compilazione del RAP casu</li> <li>* Corretta compilazione del RAP casu</li> <li>* Corretta e completa compilazione del Registro sanitario informatizzato</li> <li>* Corretta e completa compilazione del Registro sanitario informatizzato e Aggiornamento continuo e tracciabilità su Bani delle intercapedi diagnostiche per gli ambulatori di Biotec e Doris Castellana</li> <li>* Cura con i implementazione di un magazzinamento degli ingredienti dei attività alimentari (GSA)</li> <li>* Definizione delle procedure interne e loro suddivisione a livello dipartimentale</li> <li>* DMS valorizzati a zero per rischio nella struttura e per DMS non erogabili</li> <li>* fatture liquidate entro 30gg/ovale (inviare scade e ammessa nel sistema pagamenti (ovale le fatture bloccate con causale ordinaria alla liquidazione)</li> <li>* fornitura elettrica completa (certificata) delle apparecchiature materiali regionali con relativo tempo di utilizzo diviso per periodo tempo di responsabilità</li> <li>* Inventario dei materiali (catalizzatore) della farruca delle schede di budget e degli obiettivi del Direttore Generale</li> <li>* monitoraggio microbiologico giornaliero degli esami interni in merito alle evidenze epidemiologiche con segnalazione al COD e alla Direzione Sanitaria di Fresido</li> <li>* monitoraggio per il rispetto del Budget (budget) con il regime valutativo quadripartito</li> <li>* Monitoraggio, "affiancamento e riorganizzazione dei codici aziendali in modo che responsabilità scientifica, i docenti e la struttura organizzativa (gestione evento) rispettino i regolamenti e le normative sulla corretta gestione delle attività (in modo tale da non subire tempestive in ordine servizio sanitario)</li> <li>* N. controlli strutture sanitarie/IASL, strutture sanitarie sul totale proposto dal nucleo di vigilanza</li> <li>* Presentazione Piano dei rischi in maniera razionale in termini di valutazione e della sicurezza alimentare (DCA 508 del 23/12/2003)</li> <li>* Presentazione Piano dei rischi in maniera razionale in termini di valutazione e della sicurezza alimentare (DCA 508 del 23/12/2003) con adesione della deliberazione relativa alla funzione dell'entità competente in materia di sicurezza alimentare</li> <li>* Prestazioni nei centri residenziali per cure palliative/ospicio: Monitoraggio con report mensile e adempimento al requisiti del legge e miglioramento dei requisiti certificative qualificanti (Tabella 4.6 e 4.7 e garanzia aggiunti di Pagina 30 e 33 del Allegato al documento ministeriale 9/6) e integrazione con (UD) PROGETTO/MODIFICHE E GESTIONE DEL FORNITORE ACCESSIONI e la creazione di una rete che ricada le strutture accreditate e il loro monitoraggio</li> <li>* Programmazione integrazione tra il sistema di referenziazione attuale e il MAX</li> <li>* Regolarizzazione completa e corretta dei flussi farmaceutici elettronici di valore operativo in tutti i servizi</li> <li>* Report mensile sulle attività verticali</li> <li>* Revisione dei contratti e dei capitolati delle nuove gare in cui vengono previste azioni per anticipare i rischi di interruzione di servizio (es. medici) e applicazione delle penalità sui contratti di fornitura</li> <li>* Riceppione dei centralino in essere e valutazione del rischio associato: aggiornamento trimestrale in conformità con CE</li> </ul>

# E Politiche di efficientamento dei sistemi

POINTE	OBETTIVO	DESCRIZIONE OBETTIVO	INDICATORE DI PERFORMANCE
			<p>Riduzione del tempo medio di chiusura delibera (differenza tra delibera proposta e delibera conclusa)</p> <p>rispetto del budget economico regionale</p> <p>Siv, report con dettaglio sul flusso ERP e lista reportistica mensile delle attività tramite ERP</p> <p>Sviluppo di un documento unico che raggruppi le check- list utilizzate nei controlli interni (Direzione Sanitaria, Sisk Manager) ed esterni (curate, mens, alligamenti, aziende...) con report semestrali sui loro utilizzi</p> <p>Usl*, validazione definitiva alla procedura delle sigle strutture delle Aid con particolare attenzione alle nuove case della salute che indaghi inosservanze, apprezzamenti e questionari di gradimento e questionari sul clima organizzativo interno del personale coinvolto</p> <p>Verifica del rispetto puntuale degli accordi contrattuali sottoscritti tra regione e accredited</p> <p>Verifica dell'applicazione delle procedure amministrative contabili (fondi, liquidazione, debitori)</p> <p>Verifica dell'applicazione delle procedure amministrative contabili (fondi, liquidazione, debitori); report mensili di segnalazione delle UJOO (inadempimenti)</p> <p>Revisione dell'organizzazione della UOC per linee di attività</p> <p>Report trimestrale alla Direzione Amministrativa sulle attività</p> <p>Implementazione contabilità analitica, presentazione report trimestrali alla Direzione Amministrativa</p> <p>Report degli adempimenti nominali e dei ricorriti regionali nei tempi previsti</p> <p>attuazione software amministrativo contabile</p> <p>presentazione di un piano gestionale completo di business plan per l'acquisizione delle seguenti tecnologie: M5 (telegrafia endo vascolare), iniettore di CO2, trattamento delle sudorine degli arti con cellule staminali</p> <p>% di coesistenza ipertroscopiche in U.S. e K.O./totale dimessi per intervento di coesistenza</p> <p>% DS6 a rischio inappropriata con degenza &lt;2gg</p> <p>% interventi chirurgici per tumore al colon retto effettuati entro 30 gg secondo PMSLA</p> <p>% interventi chirurgici per tumore alla mammella effettuati entro 30 gg secondo PMSLA</p> <p>% interventi chirurgici per tumore alla prostata effettuati entro 30 gg secondo PMSLA</p> <p>*applicazione del DCA 474 del 2015 e del SCA 581 del 2015 per il Piano regionale della malattia diabetica e della sua rete</p> <p>*definizione di un piano aziendale di idromedicina in applicazione di quanto previsto alla art. 1, comma 564 della legge di stabilità 2016</p> <p>implementazione della cartella clinica informatizzata per l'assistenza sanitaria in ambito pensionistico</p> <p>*preposizione di percorsi farmaceutici in relazione alla rete oncologica oncologica e pedonale per la razionalizzazione dell'uso di farmaci oncologici</p> <p>% coesistenza ipertroscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/tot. coesistenza ipertroscopiche</p> <p>Numero di dimissioni in regime diurno/ totale dimissioni</p> <p>Numero giornate di degenza ordinarie in regime di Medicina Generale / numero di dimissioni nell'anno da rapporto di Medicina Generale</p> <p>Numero giornate di degenza ordinarie in regime di Medicina Generale / numero di dimissioni nell'anno da rapporto di Medicina Generale</p> <p>: miglioramento indice di carenza (ammontare peso dei DS6)</p> <p>applicazione PDTA relativo all'assistenza sanitaria ai detenuti</p> <p>appropriato uso delle sale operatorie: monitoraggio applicazione UMC</p> <p>Attrazione del PAC atipici e non ancora attivati</p> <p>attivazione rete ambulatori all'interno previsione a CUP da PS</p> <p>Numero di dimissioni in regime diurno/ totale dimissioni</p> <p>Numero giornate di degenza ordinarie in regime di Medicina Generale / numero di dimissioni nell'anno da rapporto di Medicina Generale</p> <p>riduzione delle liste d'attesa tra cui in particolare la % interventi chirurgici per tumore all'utero e cervicite: entro 30 gg secondo PMSLA</p> <p>utilizzo programma COSMOS</p> <p>- implementazione numero di repository dei dispositivi medici tra le specifiche tecniche della liquidazione elettronica</p> <p>Fornitura da parte del SIA senza ritardi degli indicatori salidati e certificati di competenza del SIA con cadenza mensile (riquadro i monitoraggi degli obiettivi del DG e di budget per tutte le UJOO per l'aggiornamento dei report mensili del DG e la liquidazione trimestrali per le UJ. Implementazione del flusso con i dati trimestrali come PAI, ADI e ADI ad alta intensità da inserire nei Report del DG.</p> <p>Integrazione del Sistema ASTRIA che gestisce la reclutazione con il RIS e CUP</p> <p>Utilizzo razionalizzato nuovo sistema PACS (per acquisizioni di immagini sanitarie), esecuzione dei collaudi</p> <p>mantenimento del Sistema di registrazione informatica degli interventi, bilanciari e tempi di rispetto</p> <p>rispetto del budget economico negoziato</p> <p>realizzare dell'organizzazione della UOC per linee di attività; presentazione proposta alla direzione strategica</p> <p>assunzione a 300 FTE</p>
E3		Risparmio degli investimenti tecnologici ed informatici	
E4		Risparmio degli investimenti strutturali: azioni di riorganizzazione e riimplementazione degli spazi funzionali aziendali	

## E Politiche di efficientamento dei sistemi

POLITICA 2014	OBIETTIVI DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE DI PERFORMANCE
E5	Azioni di governo e controllo delle gestioni delle risorse umane e strumentali: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali	Azzeramento delle proroghe di gara a scadenza Ciclo personale in calcolo e adozione atti di indicazione ed autorizzazione di calcolo Elaborazione Piano Annuale dei fabbisogni di personale per area Monitoraggio costante degli appalti, report sui contratti efficienti, applicazione delle penalità previste per i contratti/appalti di complessiva Report trimestrali sul lavoro straordinario per UD Report degli accordi con la Sapienza in considerazione dei nuovi formati di accordo tra Ateneo e regione inclusa nel piano degli accordi in collaborazione della Sapienza e la ASL, Viterbo anche in vista di sviluppo di progetti strutturali e legati alla progettazione europea. rapporto sul budget economico negoziato Rapporto delle procedure (definire ordine liquidatori) e dei tempi scritto corretto nella tempestiva e nella codifica per conto dei materiali nei report o nelle cartelle operative in particolare dei codici di magazzino e trasferimento della rendicontazione certificata ai centri di spesa Sviluppo di memorandum o convenzioni con università, strutture per lo sviluppo di ricerca, exchange program e visiting stage o docenze come base del networking per la partecipazione ai progetti europei. totale realizzabile in attività di minore impatto dopo visita medio corporativa/ totale volte per annuale con previsioni o limitazioni (L. 104/92) Valutazione benessere organizzativo piano triennale Indagine sulla base delle indicatori forniti dall'OV Rapporto della tempestiva per gli adempimenti, previsti ed in corso di regione Revisione dell'organizzazione della UDC per linee di attività: presentazioni proposte alla Direzione Strategica implementazione incrementi Raggiungimento della % di avanzamento in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori ed attrezzature) riproporzionata in rapporto alla durata complessiva dell'appalto nell'ottica del completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini ultimi previsti revisione dell'organizzazione della UDC per linee di attività: presentazioni proposte alla Direzione Strategica presentazione report mensile sullo stato dell'arte dei concorsi, assunzioni e cessazioni aziendali presentazione report mensile sui contratti eseguiti relativi alla presenza in servizio dei dipendenti verifica e controllo dei risultati adificati in fase conclusiva (fido di studio, ecc.) separazione della deduzione e gestione aziendale

## E Politiche di efficientamento dei sistemi

POLITICA		DESCRIZIONE OBIETTIVO	
OBIETTIVO		INDICATORE DI PERFORMANCE	
✓ E5	✓ Azioni di governo del rischio	<p>*"adeguamento al Piano Regionale di prevenzione delle cadute dei pazienti"</p> <p>*"favore il ruolo di accoglienza ed ascolto del consumatore per intercettare il fenomeno e sostenere le utenze nel riconoscimento e nella progressiva consapevolezza del vessillo di violenza prevenendo l'invio ai centri anti-violenza in un lavoro di rete che prevede il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali: gli accessi donne in età fertile (15-49 anni), residenti della Asl/fori donne in età fertile (15-49 anni) residenti nella Asl; b) n. donne in età di diverse strutture (centri antiviolenza, case rifugio, case serali, adozione, etc.)</p> <p>. Percentuale interventi per frattura femore entro 48h/14 giorni per pazienti &gt;65 anni</p> <p>adozione del Documento per la riduzione del sovraffollamento in P.S.</p> <p>Applicazione protocollo gestione paziente psichiatrico in PS</p> <p>Attivazione controlli di secondo livello su ecografi ad alto rischio già individuati con il Risk Manager</p> <p>Attivazione del sistema di segnalazione della dose al paziente da esami TC</p> <p>attivazione visite ambulatoriali attraverso prenotazione a CUP da PS</p> <p>Azioni di valutazione delle richieste di risarcimento danni, ed attivazione di audit organizzativi, per la prevenzione del rischio e la riduzione del contenzioso</p> <p>azioni di valutazione richieste di risarcimento danni e attivazione audit per riduzione contenzioso</p> <p>Completazione completa ed esattiva dei moduli del Case Manager del territorio nei nuovi casi complessi/totali dei nuovi casi complessi</p> <p>Completazione completa ed esattiva dei moduli del Case Manager nei nuovi casi complessi con diagnosi di schizofrenia grave</p> <p>Completazione completa ed esattiva dei moduli del Case Manager nei nuovi casi complessi/totali dei nuovi casi complessi</p> <p>controllo di qualità delle apparecchiature</p> <p>controllo e monitoraggio dei pazienti ricoverati nelle strutture accreditate in collaborazione con la UOC Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditata</p> <p>Corretta compilazione check list di sala operatoria</p> <p>Corretta compilazione della scheda di valutazione del dolore e appropriata prescrizione terapeutica</p> <p>elaborazione e presentazione alla Direzione Strategica del PPA Tumore della prostata [OC4 336/2017], in collaborazione con la UOC Oncologia - epifilia UOC Urologia</p> <p>esecuzione di audit sul sistema di sicurezza trasfusione</p> <p>implementazione del sistema di reporting al risk manager</p> <p>monitoraggio dei percorsi fast track: presentazione relazioni trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>Monitoraggio delle attività che afferiscono al SIC</p> <p>N. letti testati/n. letti totali</p> <p>numero delle schede di non conformità complete correttamente/totali schede</p> <p>Numero delle schede di screening del rischio suicidario complete correttamente nei nuovi casi/ totale schede completate</p> <p>numero di pazienti trasferiti in altri reparti di degenza a ventili</p> <p>Numero di schede di registrazione degli atti di aggressività complete correttamente/totali schede complete</p> <p>Percentuale di recidiva precoce di peritroidismo nel controllo a 6-12 mesi dalla somministrazione</p> <p>Redazione documento Piano delle verifiche di sicurezza elettrica e Piano delle manutenzioni preventive e dei controlli funzionali su apparecchiature elettronicali</p> <p>revisione del sistema di assicurazione di qualità della radioterapia</p> <p>Richiesta dei giudizi collegiali e richiesta protocolli di audit su interazione con il medico competente e il medico del lavoro</p> <p>rispetto della normativa regionale riguardante la rendicontazione al fine di allineare i ricorsi dal SSN (file FI)</p> <p>5x11 gruppo e implementazione di un processo per ridurre il rischio di eventi sentinella</p> <p>utilizzo programma COSMOS</p> <p>✓ Azioni di governo dell'appropriatezza</p> <p>perseguire gli obiettivi e gli indicatori individuati dal Risk manager in fase di negoziazione (addone presenziali)</p>	

122

30 GEN. 2010

DELIBERAZIONE N° ..... del .....  
composta di n. 6 ..... pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. 54 ..... allegati

31 GEN. 2010

Publicato all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il : .....  
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li ..... 31 GEN. 2010 .....

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO  
DELIBERE

.....  
.....

31 GEN. 2010

Trasmessa al Collegio Sindacale il : .....

Viterbo, li ..... 31 GEN. 2010 .....

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO  
DELIBERE

.....  
.....

La presente deliberazione diventerà ESECUTIVA il : ..... 31 GEN. 2010 .....

Viterbo, li ..... 31 GEN. 2010 .....

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO  
DELIBERE

.....  
.....

Viterbo, li ..... 31 GEN. 2010 .....

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI  
GENERALI

.....  
.....