

IMMEDIATAMENTE ESECUITA

ORIGINALE



SISTEMA SANITARIO REGIONALE  
ASL  
VITERBO



REGIONE  
LAZIO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N°

114

DEL : 29-1-2019

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

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE 2019-2021

GUADAGNINI  
ANNA

L'Estensore

Parere del Direttore Amministrativo :

Drssa Maria Luisa Velardi

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE  
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

28/01/2019

Parere del Direttore Sanitario :

Drssa Antonella Proietti

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE  
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

28/01/2019

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 :

ASL VITERBO  
Il Direttore F.F. dell'U.O.C. Pianificazione  
e Programmazione Controllo di Gestione,  
Bilancio e Sistemi Informativi

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget :

(Dott.ssa Patrizia Boninsegna)

Data

24.01.19

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

ASL VITERBO  
Il Direttore F.F. dell'U.O.C. Pianificazione  
e Programmazione Controllo di Gestione,  
Bilancio e Sistemi Informativi  
(Dott.ssa Patrizia Boninsegna)

Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti [ ]

**Oggetto: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE 2019-2021**

**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. 893 del 28/5/2018 “Preso d’Atto Piano Strategico 2018-2020”;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 122 del 30/01/2018 di approvazione del Piano Triennale delle Performance 2018-2020;

**TENUTO  
CONTO**

del nuovo Atto di Autonomia Aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2111 del 22/11/2018 e approvato con DCA n. U00501 del 13 dicembre 2018 “Approvazione dell’Atto Aziendale della ASL Viterbo”, così come pubblicato sul supplemento n. 1 del BURL 103 del 20/12/2018, che risponde alla necessità di adeguare e rimodellare strutturalmente la parte ospedaliera, al fine di favorire l’attivazione ed il funzionamento delle reti e dei percorsi suggeriti, anche a livello normativo, dalla Regione Lazio, anche nella riorganizzazione dei Dipartimenti Ospedalieri;

**RICHIAMATO**

il DCA U00412 del 12 novembre 2018 “*Definizione, ai sensi dell’articolo 2. Comma 3, del d.lgs 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell’attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitari Regionale e assegnazione degli obiettivi per l’anno 2018*”;

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;

**CONSIDERATO** CHE il Piano Triennale delle Performance 2019-2021 della ASL di Viterbo, redatto nel mese di dicembre 2018, unitamente al Piano Strategico 2019-2021, è stato illustrato in occasione della Conferenza dei Servizi nei giorni 18, 19 e 20 dicembre 2018, 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;

**PRESO ATTO** del parere favorevole espresso dall'Organismo Indipendente di con nota acquisita al protocollo generale dell'Azienda, n. 3278 del 15 gennaio 2019, agli atti della UOS Controllo di Gestione;

**TENUE CONTO** CHE, in osservanza delle indicazioni contenute nella nota sopra richiamata, si è proceduto ad apportare le necessarie integrazioni al Piano Triennale delle Performance 2019-2021;

**PRESO ATTO** del Piano Triennale delle Performance 2019-2021 della ASL di Viterbo e dell'Allegato Tecnico che, allegati al presente atto ne formano parte integrante e sostanziale;

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**

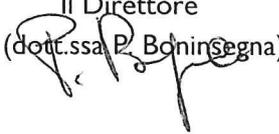
Per i motivi espressi nella premessa, che si intendono integralmente richiamati:

- di approvare il Piano Triennale delle Performance 2019-2021 e l'Allegato Tecnico che, allegati al presente atto, ne formano parte integrante e sostanziale;
- di dare atto che il Piano delle Performance 2019-2021 può essere pubblicato sul sito web aziendale;
- di stabilire che l'attuazione degli obiettivi inseriti nel Piano Triennale delle Performance 2019-2021 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.ssa P. Boninsegna)



### 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 2019-2021**  
**ASL VITERBO**



# 1. Il Piano Triennale delle Performance della ASL di Viterbo 2019-2021

Il Piano Triennale delle Performance della ASL di Viterbo 2019-2021 è stato redatto in coerenza con gli strumenti di programmazione regionali e regionali 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 Servizio Sanitario Pubblico 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 nostro Paese. La necessità di rispondere adeguatamente alle esigenze crescenti dei cittadini, in termini di qualità delle politiche e dei servizi, 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'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” – che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, gruppo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni del soggetto stesso. Il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, gruppo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni del soggetto stesso è costituita dall'organizzazione stessa.

Il Piano delle Performance (in seguito “Piano”) è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, processo che raccoglie i dati e li organizza in un quadro delle 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 (2019-2021), e viene 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 programmatico 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'esse 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 correlate alle risorse economiche assegnate; tali obiettivi ed indicatori hanno valenza triennale, fatte salve le modifiche che potranno essere introdotte dalla normativa o del quadro generale di riferimento e fatto salvo quanto espressamente non riproposto nelle annualità successive alla prima 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, su quanto determinato dal Piano Sanitario Regionale, dai Piani Operativi ed in coerenza con gli obiettivi annuali assegnati dall'Assessorato Regionale al Direttore;

- nel mese di ottobre, sulla base delle indicazioni strategiche, vengono organizzati incontri preliminari con i soggetti coinvolti nel Ciclo, per i 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 strategie operative, alla base dell'elaborazione del Piano Sanitario Aziendale Annuale e Triennale e del Bilancio di Previsione (e di assunzione delle risorse ai centri ordinari di spesa);
- dopo l'approvazione dei richiamati documenti di programmazione, vengono elaborati gli indicatori di performance che saranno successivamente validati dall'O.I.V., nel rispetto del sistema di misurazione e valutazione adottato dall'Azienda.

## IL PROCESSO DI BUDGETING

### LE TEMPI

### LE AZIONI

### GLI ATTORI

settembre 2018	avvio elaborazione Piano Triennale delle Performance in coerenza con i Programmi Operativi, il PSR, gli obiettivi dei D.G. ed i DCA della Regione Lazio	Controllo di Gestione
ottobre-novembre 2018	apertura fase di ascolto degli stakeholder interni ed esterni per la individuazione e condivisione delle priorità strategiche da inserire nel Piano.	Direzione Strategica, Collegio di Direzione
novembre 2018	Approvazione Bilancio di previsione 2018	Direzione Strategica, Economica e Finanze
dicembre 2018	convocazione Conferenza dei Servizi e presentazione Piano Triennale delle Performance: consegna ai Direttori di UU.OO.CC. e/o Dipartimentale della proposta di budget 2018	Direzione Strategica
entro il 10 gennaio 2019	consegna contributo responsabili UUOCC e dip.li per la definizione obiettivi budget 2019	UUOCC
31 gennaio 2019	approvazione del Piano Triennale della Performance	Direzione Strategica
31 gennaio 2019	consegna della documentazione relativa al raggiungimento degli obiettivi di budget 2018 e delle schede relative al contributo individuale	tutte le UUOCC e Dip.li; CdG CdG, Comitato di Budget, OIV, Direzione Strategica
gennaio 2019	validazione degli indicatori annuali di budget (2019) da parte dell'OIV ed avvio del processo di negoziazione	CdG, Comitato di Budget, Direzione Strategica
febbraio 2019	conclusione processo di negoziazione obiettivi di budget 2019:	Responsabili di Struttura
entro marzo 2019	contestualizzazione processo di budget all'interno delle UU.OO. e assegnazione obiettivi di performance individuali	Controllo di Gestione
aprile 2019	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2019 - I trimestre: invio relazione OIV	Direzione Strategica
aprile 2019	approvazione Bilancio consuntivo 2018	Controllo di Gestione – Politiche e Gestione delle Risorse Umane – Controllo di Gestione
maggio 2019	conclusione verifica risultati budget 2018 (misurazione performance organizzativa); conclusione verifica e misurazione performance individuale; invio proposta Relazione della Performance all'OIV	OIV
giugno 2019	validazione Relazione della Performance 2018 e proposta di validazione dei dirigenti di vertice individuati nei Direttori di Dipartimento, di Distretto e di Area Amministrativa	Direzione Strategica
30 giugno 2019	approvazione Relazione e pubblicazione sul sito web aziendale	Controllo di Gestione
luglio 2019	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2019 - II trimestre; invio relazione OIV	Risorse Umane
luglio 2019	erogazione saldo incentivo di risultato comparto 2018; liquidazione incentivo di risultato alla data di scadenza 2017	Controllo di Gestione
ottobre 2019	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2019 - III trimestre: invio relazione OIV	

ciclo Programmazione e Controllo

adempimenti Decreto Leg.vo 150/2009

ciclo del Bilancio\*: le scadenze sono subordinate alle indicazioni della Regione Lazio

## 2. L'Azienda Sanitaria Locale Viterbo

### 2.1 L'assetto aziendale

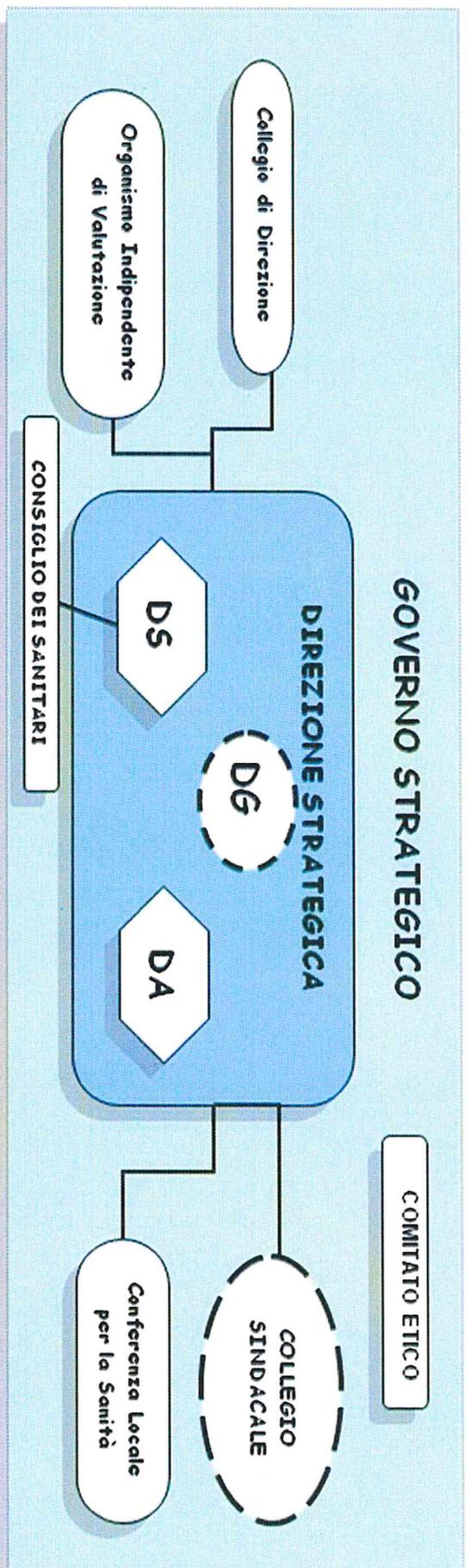
L'Azienda ASL di Viterbo è articolata territorialmente in tre Distretti, ai quali afferiscono i seguenti comuni:

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

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

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

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



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

PUBBLICO (Decreto 257/17)		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 sa

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 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 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 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 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 raggiunta solo attraverso l'aderenza dell'organizzazione alla risposta dei bisogni di salute, attraverso l'erogazione di prestazioni appropriate ed azioni (o programmi) 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 necessaria alla produzione - nella forma più avanzata, efficace ed efficiente della "salute individuale e collettiva" - è necessario adeguare le competenze e le risorse 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'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 in 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 distir 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 ben 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 sal 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'interes risultati raggiunti;
- integrazione nelle programmazione, gestione e controllo delle aree tecniche amministrative e sanitarie al fine di garantire efficie economicità delle scelte aziendali ed in questa ottica, adozione di una prospettiva di HTA a supporto delle decisioni manageriali nuove sfide ed opportunità non solo come strumento di gestione ma anche come supporto alla realizzazione della *clinical governar*

Le linee di tendenza in atto concorrono a delineare uno scenario nel quale l'organizzazione territoriale e quella ospedaliera, dotate di par diversi, finalmente possono integrarsi. La ricchezza di strutture presenti sul territorio della provincia di Viterbo, la presenza di nur municipalità, la presenza di competenze professionali diffuse consentono di elaborare uno scenario in cui i pazienti si "muoveranno" di 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 2017 in Provincia di Viterbo la popolazione over 65 è circa il 24% del totale, percentualmente superiore alla media regionale (16,6%) e Gli indicatori di dipendenza strutturale degli anziani si pongono su livelli superiori a quelli della media regionale, ad indicare un peso popolazione in età non attiva (56,6%) e della popolazione più anziana (36%) sulla popolazione in età attiva, rispetto a quanto rinvenuto altre province laziali. Sono inoltre presenti in Provincia di Viterbo circa 30.090 stranieri, di cui oltre il 50% donne, che costituiscono il 5% complessivi (seconda solo a Roma, tra le realtà laziali).

Età	Celibat/Nubil j	Coniugate	Vedove	Divorziate	Maschi	Femmine	Totale	totale %
0-4	12.111	0	0	0	6.204	5.907	12.111	3,80%
					51%	48%		
05-14	27.188	0	0	0	13.981	13.188	27.188	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%	49,33%		
45-64	14.053	72.384	3.335	5.357	46.831	48.265	95.129	29,82%
					48,23%	51,21%		
65-74	2.478	27.799	6.410	1.224	17.829	19.140	36.969	11,59%
					45,23%	51,77%		
>75	2.131	13.006	18.554	508	14.974	22.555	37.529	11,76%
					39,80%	60,10%		
<b>Totale</b>	<b>120.056</b>	<b>154.407</b>	<b>28.818</b>	<b>8.727</b>	<b>155.579</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 di 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 col di assistenza: la gestione delle cronicità rappresenta la vera sfida del sistema sanitario pubblico. Gli sforzi della medicina, finalizzati al prolungamento dell'età media di vita sarebbero vani se le strutture socio-sanitarie non sapessero farsi carico delle difficoltà che tale comporta, non solo da un punto di vista economico ed organizzativo, ma anche etico, culturale e sociale. In attuazione del DCA 474/2 elaborati i Percorsi Integrati di Cura per le patologie a maggior impatto quali la BPCO, il diabete, lo scompenso cardiaco e per Terapia Orale (TAO). E' in questo senso che si colloca il progetto delle Centrali Operative della Cronicità (C.O.C.) che, individuate in ciascun distretto all'interno delle Case della Salute di Soriano nel Cimino, Bagnoregio e Ronciglione, rappresentano la totale integrazione con tutte le realtà specialistiche necessarie alla corretta gestione del paziente

Esiste pertanto la prorogabile necessità di coordinare i diversi ambiti assistenziali (Assistenza ospedaliera, Cure primarie, Cure interne e sociali) 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 disorientare il cittadino, solo di fronte a tale complessità: è necessario orientarlo e tutelarne nei vari passaggi, sostenendone la libertà e l' scelta attraverso processi di "rafforzamento del potere dei cittadini" (*empowerment*). Vanno perseguiti la collaborazione ed il confronto con reti degli operatori e dei servizi che attuano la presa in carico attraverso la continuità dell'assistenza in ogni momento della vita, con particolare attenzione alle fasi più delicate e/o critiche dell'esistenza: la nascita, la diagnosi di patologie cronico-degenerative, la dimissione successiva a ricoveri 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 visibilità olistica del benessere, dei problemi di salute e dei relativi processi di cura; tale compito è affidato prevalentemente al territorio, in una logica di particolare, la gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative telemedicina e la teleassistenza per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori deputati alla presa cronicità (Ospedali, Nuclei delle Cure Primarie e Case della Salute, residenze sanitarie, servizi sociali, ma anche famiglie, associazioni, istituzioni non profit, in altre parole il ricchissimo capitale sociale che ci caratterizza). Perseguire la *governance* nell'ottica dello spostamento dell'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'assistenza 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 fra le singole strutture (NODI) che compongono la Rete, indipendentemente dalla loro collocazione fisica e amministrativa. La 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 percorsi 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 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, sviluppo relativi sistemi;
- garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni mediante la generale implementazione nei sistemi di rete delle metodologie del clinico;
- stimolare l'aggiornamento e migliorare (attraverso il confronto interdisciplinare ed interprofessionale) il livello culturale degli operatori, valorizzando 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 PROSPETTIVO DELLE RETI E DEI SERVIZI AZIENDALI DELLA ASL DI VIVERBO

AMBITO	PERCORSO/RETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI RIFERIMENTO
organizzazione	POOL INFERMIERISTICO vaccinale e radiologico interventistico	del.ne 955 del 20/6/2017	DCA 89/2017
organizzazione	RIMODULAZIONE POSTI LETTO RETE OSPEDALIERA ASL VIERBO	del.ne n. 731 del 2/5/2018	DCA 257/2017
organizzazione	ATTO DI RIMODULAZIONE AREA MEDICA PER INTENSITA' DI CURA	del.ne n. 822 del 21/5/2018	DCA 52/2018
organizzazione	PIANO RIORGANIZZAZIONE SORVEGLIANZA HIV E AIDS	del.ne 1053 del 20/6/2018	DCA 30/2018
REGOLAMENTI	APPROVAZIONE NUOVO REGOLAMENTO CIO E NOMINA COMPONENTI	del.ne n. 1864/2018	
RETI	la rete riabilitativa aziendale	del.ne 1422 del 22/8/2017	DCA 159 DEL 13/5/17
RETI	rete terapia del dolore e cure palliative	del.ne 367 del 20/3/2017 - revisione con del.ne 654 del 18/4/2017	DCA 568/2015 e DC
RETI	rete cardiologica	del.ne 485/2016	DCA 412/2014
RETI	rete radiologica aziendale	del.ne 602/2014	DCA 549 DEL 18/11
RETI	rete dei laboratori di genetica medica	del.ne 717/2016	DCA 219/2014
RETI	rete dei laboratori		
RETI	rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (MAD)	del.ne D.G. n. 1009 del 4/8/2016	
RETI	rete reumatologica aziendale		
RETI	rete dermatologica		
RETI	rete Odontoiatrica	del.ne 1626 del 18/9/2017	DCA 586/2015
rete onco	poli carcinoma della mammella - breast unit	del.ne 1015/2013	
rete onco	istituzione G.O.M (gruppi multidisciplinari oncologici ASL VT	del.ne 655/2017	
rete onco	PIC COLON RETTO	del.ne 655 del 26/4/2017	DCA 30/2017
rete onco	percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il tumore del polmone	del.ne 29 del 18/1/2017	
rete onco	rete oncologica: percorso terapeutico dei pazienti candidati a trattamento con Xdofigo		
rete onco	rete assistenziale del tumore del polmone	del.ne 81/2015	DCA 419/2015
rete onco	rete endocrinologica aziendale PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON NODULO TIROIDEO	proposta n. 2121 del 22/10/2018	
rete onco	PDTA PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATATA	del.ne 1044 del 20/6/2018	DCA 358 DEL 28/8/17
rete chirurgica	rete chirurgica	del.ne 239/2016	DCA 368/2014
rete chirurgica	U.P.A.C. (unità di programmazione dell'attività chirurgica) e percorsi di preospedalizzazione	del.ne 1000 del 1/8/2016	
PERCORSI APPROPRI	percorso sclerosi multipla	del.ne 796/2016	DCA 386/2014
PERCORSI APPROPRI	percorso autorizzativo assistenza protesica	del.ne 390/2016	DCA 384 DEL 4/8/2016
PERCORSI APPROPRI	Obesity Unit e ambulatorio integrato D.A.	PROPOSTA DEL.NE 2131 DEL 23/10/2018	DCA 80/2016
PERCORSI APPROPRI	PROTOCOLLO ACCERTAMENTI PER OMICIDIO STRADALE	del.ne 1621 del 19/9/2018	DCA 288/2016 e L. 4
PERCORSI APPROPRI	percorso per l'appropriatezza diagnostica endoscopica	del.ne 351/2016	DCA 437 DEL 28/1/10
PERCORSI APPROPRI	percorso per l'appropriatezza diagnostica di Immagini	del.ne 271/2016	DCA 437 DEL 28/1/10
PERCORSI APPROPRI	PROCEDURA RISONANZA MAGNETICA IN PORTATORI DI PACE MAKER	del.ne 1949 del 30 ottobre 2018	2007/47/CE
PERCORSI APPROPRI	appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali	del.ne 525 del 18/4/2016; del.ne 1008 del 4/8/2016	
PERCORSI APPROPRI	Patient Blood Management	del.ne 264/2018	DCA 113/2017

AMBITO	PERCORSO/RETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI
salute donna	percorso nascita per la gravidanza fisiologica	del.ne 67/1/2015	DCA 152/201
salute donna	percorso nascita - riorganizzazione della rete consultoriale della ASL di VT	del.ne CS 67/1/2015	DCA 152 DEI
salute donna	PERCORSO PARTO A DOMICILIO	del.ne 1020 del 22/6/2017	DCA 396/201
salute donna	PERCORSO PERIPARTUM	del.ne 1601 del 11/9/2017	15272014
violenza	procedura assistenza vittime violenza di genere "Non avere paura"	del.ne 333/2016	DCA 152 DEI
violenza	NON AVER PAURA Ospedale	del.ne 333 del 7/3/2016	DCA 152/201
violenza	NON AVER PAURA Territorio	del.ne 1019 del 22/6/2017	DCA 152/201
violenza	procedura violenza sui minori	del.ne 806/2016	L. 208 del 28/
ASSOCIAZIONISMO	tavolo del volontariato	del.ne 1148 del 20/9/2016	
migranti	azienda migrant friendly	del.ne 1524 del 25/11/2016	
migranti	procedura per la gestione emergenza migranti	del.ne 1141 del 20/9/2016	
tempodip	pdta ictus e trombolisi	del.ne 305/2015	DCA 75/2010
tempodip	procedura trauma maggiore	del.ne 1899/2017	DCA 412/201
tempodip	protocollo provinciale infarto del miocardio e percorsi cardiologici	del.ne 660 del 18 aprile 2018	
p.s.	protocollo bed management	del.ne 952/2016	
p.s.	PATIENT MANAGEMENT NEL P.S. BELCOLLE	del.ne 111 del 29/1/2018	
p.s.	percorsi fast track al P.S. Belcolle	del.ne 938/2016	DCA 412/201
territorio	Attivazione dei programmi attività Territoriali (PAT)	del.ne 644/2016	
territorio	Modello condiviso per la valutazione dei bisogni territoriali	del.ne 90 del 18/1/2016	
territorio	modello organizzativo dei PUA	del.ne 1313 del 23/7/2018	DGR 149/201
cronicità	pdta scompenso cardiaco	del.ne 338/2014	
cronicità	pdta diabete	del.ne 986/2013	
cronicità	PIC DIABETE	del.ne 369 del 28/2/2018	DCA 581/201
cronicità	PIC BPCO	del.ne 367 del 28/2/2018	DCA 113/201
			Piano Nazion Prevenzione (
cronicità	PIC SCOMPENSO CARDIACO	del.ne 366 del 28/2/2018	Prevenzione (
cronicità	PIC TAO	del.ne 368 del 28/2/2018	cardiovascol
psichiatria	percorsi di presa in carico minori e giovani adulti con problemi Psichiatrici, dipendenze sottoposti a procedimento penale	del.ne 699/2016	
psichiatria	PERCORSO TUTELA SALUTE MENTALE ADULTO IN AMBITO PENITENZIARIO - istituzione tavolo tecnico	del.ne n. 371 del 28/2/2018	DCA n. U005
psichiatria	PIANO LOCALE RISCHIO SUICIDIO IN CARCERE	del.ne 1386 del 30/7/2018	DCA 563/201
psichiatria	PDTA GESTIONE DELLE URGENZE IN PSICHIATRIA	del.ne 1045 del 20/6/2018	
psichiatria	procedura per interventi di riabilitazione psichiatrica: il budget di salute	del.ne 1380 del 30/7/2018	
PREVENZIONE	Piano di Prevenzione Aziendale	del.ne 1865 del 29/12/2016	DCA593/201
PREVENZIONE	Piano Aziendale Miglioramento screening mx e colon retto	del.ne D.G. 1867 del 29/12/2016	DCA 309/201
minori	Centro Provinciale disturbi Spetto Autistico	del.ne 1018 del 22/6/2017	DCA 457 del
minori	Centro di Riferimento per le Paralisi Cerebrali Infantili	del.ne 1081 del 5/7/2017	

## 5. Il modello di misurazione

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

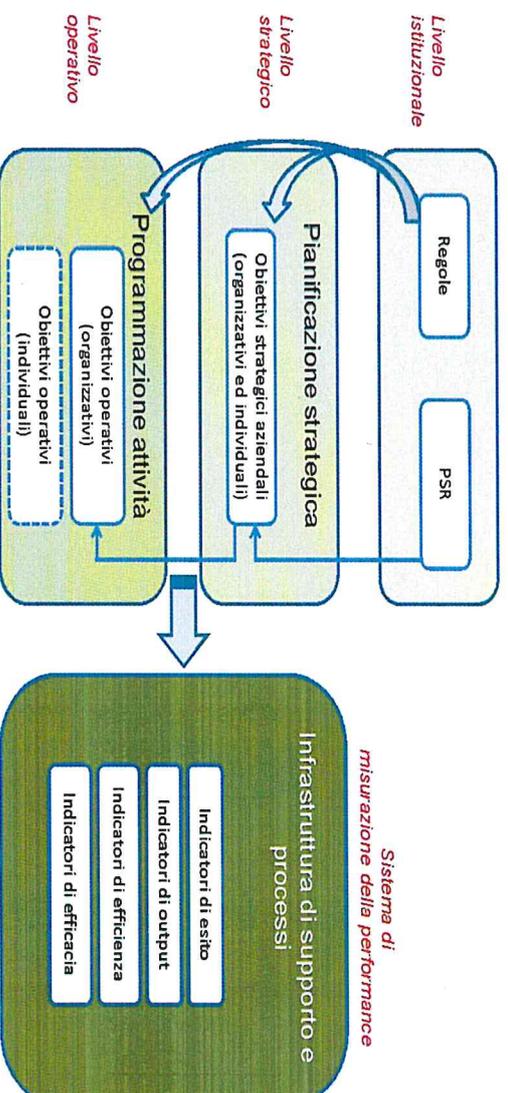
- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'Azienda Sanitaria;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programatorie;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;
- 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 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 i 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 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 assuma una dimensione più complessa da quantificare e valutare rispetto all'efficacia 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 condizioni di compatibilità economico-finanziaria con il *budget* assegnato;
- appropriatezza, nella duplice accezione di appropriatezza clinica delle prestazioni e appropriatezza organizzativa, intesa come 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 contribuito 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 nell'esercizio secondo una logica che considera l'attività di ogni singolo CdR come il risultato dell'apporto congiunto di tutte le professionalità presenti.

Al singolo dipendente verrà assegnato da parte del Responsabile di CdR, sentito anche il coordinatore, un "*punteggio di valorizzazione*" differenziato (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 e di responsabilità 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* - *Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*, approvati con DCA n. U00052 del 22/2/2017 e il normativo di riferimento, conducono all'identificazione di cinque politiche sulle quali improntare l'azione strategica di cambiamento. Tra le ovviamente interconnesse e la schematizzazione aiuta ad identificare meglio le azioni conseguenti e la coerenza con gli interventi e le azioni

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

qualità dell'assistenza attraverso la riorganizzazioni dei servizi finalizzata alla concentrazione della casistica, alla integrazione per a 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 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 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

erogate e fornire la migliore risposta clinica rispetto al problema di salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale e 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'in

- la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, con l'indicazione del quesito diagnostico e un'appropriatezza prestazione da eseguire dis
- 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.

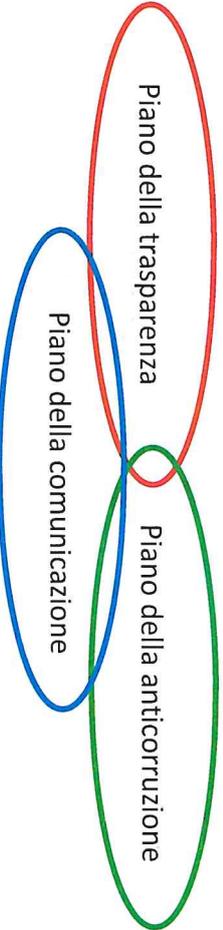
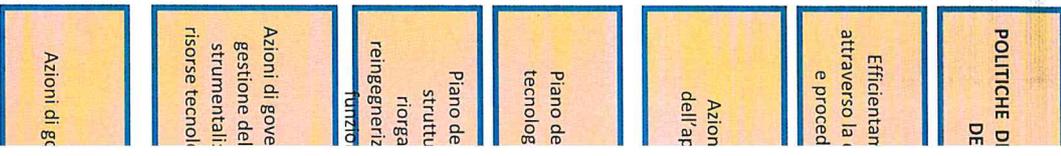
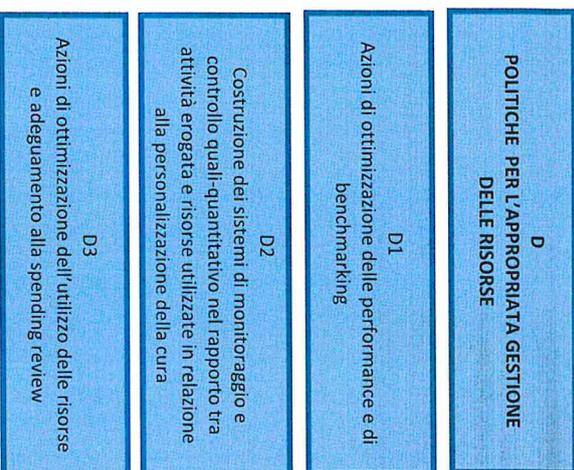
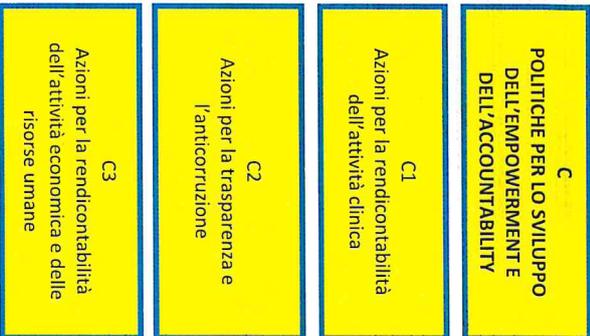
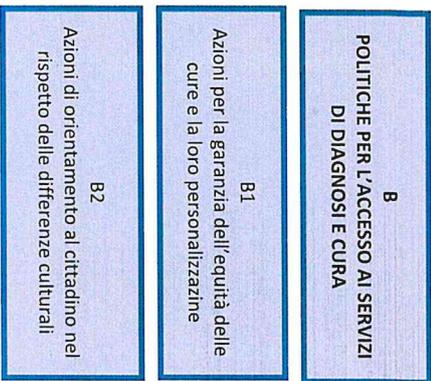
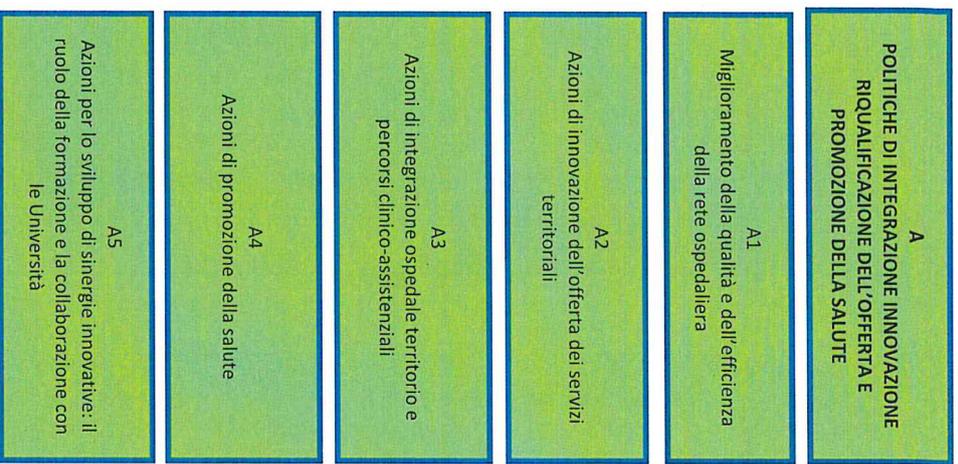
**Politica C: le politiche per lo sviluppo dell'empowerment ed accountability** per misurare e valutare le politiche al soddisfacimento dei bisogni degli utenti, nonché lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini/utenti, i soggetti interdestinatari dei servizi.

L'azienda intende rispondere del proprio operato ai Cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai Cittadini è necessario fornire informazioni su che cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate. Significa costruire un percorso in cui 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 modi di presa in carico dei pazienti, di efficientamento delle risorse assistenziali e la riorganizzazione delle funzioni tecnico amministrative per 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 dei tempi stabiliti, degli *standard* qualitativi e quantitativi, del livello di assorbimento delle risorse, puntando, attraverso l'opportuna valutazione del 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 o dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, 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 agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 124 del 30/1/2018 la AUSL di Viterbo ha approvato il Piano Triennale della Prevenzione della C della Trasparenza relativo al periodo 2018-2020, 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 prodotti, i canali e i media utilizzati in una logica di efficienza ed efficacia. Consente di definire in modo chiaro (e misurabile) obiettivi, *target* di un messaggio e di coordinare con maggiore efficacia le risorse umane, strumentali ed economiche a disposizione, rendendoli noti e valo 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 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 l'introduzione di modifiche e/o integrazioni agli obiettivi sia di livello strategico che di livello operativo nel corso della negoziazione e nel caso stesso, nel rispetto delle previsioni e delle procedure previste dal D.Lgs. 150/2009.

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

### 8.1 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, la concentrazione della casistica, all'integrazione per assicurare la continuità terapeutica e dalla presa in carico del paziente, il mantenimento dei livelli di produzione attraverso:

- riorganizzazione del modello territoriale, dei PUA in funzione dell'orientamento dei cittadini nei servizi aziendali, del Dipartimento 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 integrazione del sistema;
- miglioramento delle attività finalizzate alla prevenzione di eventi dannosi per i cittadini ed alla promozione dei corretti stili di vita e della sanità animale;
- implementazione di modelli, tecniche e tecnologie innovative.

## **OBIETTIVO 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'ospedale da quello territoriale. Nello specifico con questa linea di intervento i presidi ospedalieri, integrandosi anche con i territoriali, necessariamente risponderanno alla domanda di prestazioni, prevalentemente di tipo diagnostico e chirurgico al fine di ridurre il dato negativo di mortalità. La realizzazione di questi obiettivi è resa maggiormente possibile a seguito dell'adozione dell'Atto Aziendale deliberato con il Decreto del Convegno del 20 marzo 2015, n. U00115 con il quale sono stati istituiti in ambito ospedaliero e territoriale i seguenti Dipartimenti: il Dipartimento per il Governo delle Cure Primarie (già auspicata nel precedente piano strategico), Dipartimento di Scienze Mediche e Riabilitative, Dipartimento Emergenza e Pronto Soccorso, Dipartimento di Chirurgia, Dipartimento Onco-Ematologia e Servizi, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Prevenzione e Promozione della Salute, Dipartimento di Assistenza Domiciliare. La ASL di Viterbo integrando in maniera efficace le professionalità presenti in Azienda ha realizzato opportune reti interne e/o con il territorio, ottenendo un miglioramento al bisogno di salute della popolazione in maniera opportuna ed efficace. Tra le azioni intraprese si evidenziano di seguito quelle particolarmente rilevanti.

## **OBIETTIVO STRATEGICO A2**

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

L'obiettivo è quello di migliorare la rete sociosanitaria territoriale di cure primarie e di garantire la continuità assistenziale attraverso l'introduzione di 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 Servizio 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 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 sull'istituto delle reti. Questo sistema consente di rispondere ad alcune esigenze ineludibili del Sistema Sanitario quale quella di rispondere ai processi assistenziali con la condivisione delle competenze, garantire l'equità dell'accesso alle cure, migliorare la qualità dell'assistenza grazie a percorsi 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 le disparità di salute e di promuovere modifiche di comportamenti, in un'ottica orientata alla trasformazione delle condizioni sociali, ambientali, culturali e strutturali. Con questa azione si vogliono altresì rinforzare le capacità e i livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto individuale e collettiva. Si tratta di passare dalla valutazione delle prestazioni per singole persone malate alla valutazione degli esiti sulla salute della popolazione servita, dalla cura della malattia all'assistenza centrata sui bisogni e sull'autonomia della persona, dalla frammentarietà nelle prestazioni alla globalità.

## **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 Istituzioni di Ricerca nazionali ed internazionali e di attivare i processi per l'accesso ai finanziamenti della Comunità Europea, strumento indispensabile per reali innovazioni e di crescita, specialmente nell'attuale contesto della sanità italiana caratterizzato da risorse finanziarie limitate e dalla necessità di un costante governo della spesa.

## **8.2 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 salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale cercando di ridurre il divario tra "bisogno" e "domanda" di prestazioni. E' bene la domanda delle prestazioni sanitarie dei cittadini è gestito dall'Azienda Sanitaria attraverso l'elaborazione di un piano per il governo delle liste di Viterbo, con deliberazione n.99 del 14/02/2014 ha approvato il Piano, ponendo al centro dell'attenzione il cittadino; è impostato secondo appropriatezza, priorità clinica e trasparenza. In coerenza con le linee di indirizzo regionali, l'azienda ha ritenuto attivare un sistema di gestione sanitaria che, oltre all'obiettivo di incremento dell'offerta, dia garanzia della massimizzazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate cercando migliore risposta clinica rispetto al problema di salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale cercando di ridurre il divario "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 seguendo, come già specificato, con le linee guida regionali. Per raggiungere lo scopo l'Azienda ASL Viterbo ha messo in atto alcune azioni di controllo volto all'individuazione dei medici iperprescrittori istituendo la Commissione Aziendale Spesa Farmaceutica. E' bene specificare che 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 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 aziendali con iniziative di comunicazione di semplificazione dei percorsi e del linguaggio e di formazione del personale. L'Azienda intende gestire specifiche azioni i diritti di accesso alle strutture aziendali tramite l'implementazione di servizi specifici come la mediazione culturale fa comunicazione utile al bisogno di cura del paziente. Al fine di mettere in atto una opportuna politica di rispetto delle differenti culture, la Strategica promuove azioni di confronto continuo con le organizzazioni di volontariato che risultano ad oggi essere tra i principali stakeholder grazie alla preziosa collaborazione con il Tavolo Permanente istituito dalla ASL.

### **8.3 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 re cittadini/utenti, i soggetti interessati, quali destinatari dei servizi. L'azienda intende rispondere del proprio operato ai cittadini in quanto protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai cittadini è quindi necessario fornire informazioni su cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto utilizzate. Ciò significa costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta libera e consapevole. Le azioni 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 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 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 valorizzazione della trasparenza amministrativa, adeguandosi alle modifiche introdotte dal D.Lgs n. 97/2016 F.O.I.A. (Freedom of Information Act) revisione delle griglie da utilizzare per la rilevazione delle informazioni da pubblicare ed in materia di accesso civico, A tal fine questo obiettivo racchiude 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 a causa della giusta e dovuta implementazione di adeguati sistemi di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi, capaci di colmare quel deficit viene annoverato tra le principali cause di corruzione nella sanità. Il piano della anticorruzione e della trasparenza saranno le linee guida dell'attività intrapresa.

## **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; l'esercizio valutativo rappresenta un elemento sostanziale dei modelli di governance adottati nelle organizzazioni sanitarie; quando si parla di risultati non si può prescindere, in un linguaggio comprensibile ai diversi portatori d'interesse, dal rendicontare quali e quante risorse umane e strutturali 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; quindi necessario fornire informazioni su che cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate; costruire un percorso di accessibilità e qualità dei servizi significa rendere la scelta dei cittadini libera e consapevole. A tale scopo la Direzione Strategica interviene nella disposizione dei cittadini sia il Bilancio di Missione che il Bilancio Sociale.

## 8.4 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 di Aziendale, hanno comportato una inevitabile rimodulazione della dotazione organica sia in relazione al numero dei posti che in relazione a *necessari per conseguire i risultati assistenziali o gestionali programmati*. Queste politiche sono quindi finalizzate alla rivisitazione degli *aspetti* modelli gestionali di presa in carico dei pazienti, all'efficientamento delle risorse assistenziali e alla riorganizzazione delle funzioni tecnico 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 performance sia cliniche che amministrative anche grazie all'ausilio della metodologia del benchmarking basata sul confronto sistematico che Viterbo di compararsi con le migliori 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 utili**

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

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

- 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 salute.

### **OBIETTIVO STRATEGICO D3**

#### **Azioni di ottimizzazione dell'uso 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 sanitaria anche grazie all'elaborazione di un adeguato piano di sostenibilità economica.

## 8.5 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 i *standard* qualitativi e quantitativi, il livello di assorbimento delle risorse, puntando sempre, anche grazie attraverso all'opportuna *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 e certificabilità di Bilancio, collegato alla contabilità economico patrimoniale, alla contabilità analitica e ad un sistema di indicatori delle prestazioni 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 contesto sanitario generale. Un intervento sanitario per essere appropriato dovrà sempre e necessariamente rispondere ai criteri di sicurezza ed efficienza. Il concetto di appropriatezza si estende naturalmente anche all'appropriatezza amministrativa che indica la misura di prestazioni sanitarie secondo il criterio dell'efficienza ossia utilizzando al meglio le risorse disponibili rispetto agli obiettivi preposti. A 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 la valutazione predisposta dal Nucleo dell'*Health Technology Assessment* (HTA) in relazione a dei criteri tecnici di priorità di sicurezza e/o alle 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 su 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 messa in sicurezza delle strutture e per l'efficientamento del sistema. Il Piano degli Investimenti strutturali rappresenta il documento di programmazione degli investimenti patrimoniali sugli immobili aziendali. Oltre agli interventi già raccontati nel Piano 2017-2019 (la realizzazione dell'Ospedale di Belcolle, la completa riqualificazione delle Case della Salute, la riconversione del P.O. di Acquapendente in Presidio di zona riorganizzazione degli spazi delle attività in libera professione e la riorganizzazione della Rete Laboratoristica) nel triennio 2018-2020 sono intervenuti 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 tecniche strumentali**

Con questo obiettivo la Direzione Strategica intende efficientare e razionalizzare l'impiego del personale sia dipendente che convenzionato, e valorizzare le competenze e la predisposizione di atti concernenti l'organizzazione aziendale, supportando i servizi nella realizzazione di un sistema professionale e di gestione delle risorse umane, in un'ottica strategica che accentui 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 da 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 le dell'errore come attività professionale e stimolo a migliorare, affinché la raccolta delle informazioni avvenga direttamente dagli operatori. Ciò è un incremento della qualità delle prestazioni erogate ai pazienti ed una riduzione del contenzioso verso l' Aziendale.

# 9. Pianificazione operativa 2019-2021 e Monitoraggio del Piano

## 9.1 Pianificazione operativa 2019-2021

Il Piano è adottato in coerenza con la programmazione sanitaria, finanziaria e con i vincoli di bilancio; illustra gli obiettivi strategici ed operativi dell'A 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 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 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 dipartimenti attraverso lo strumento dei budget operativi annuali secondo le modalità individuate nel ciclo della performance. Relativamente al 2019 si procederà all'attribuzione degli obiettivi e degli indicatori a tutte le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali dell'Azienda, attraverso lo strumento dei Budget Annuali. Per ogni singola struttura si procede ad assegnare un numero limitato di obiettivi ed indicatori, prioritari e coerenti, chiaramente collegati ai progetti strategici aziendali e compatibile con le risorse assegnate. Per i successivi anni si procederà secondo le modalità individuate nel Ciclo della Budget Operativi Annuali costituiscono strumenti di gestione e valutazione specifica delle unità operative, alla luce dei risultati effettivamente conseguiti nell'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





A1	Miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera	<p>: Numero assistiti presi in carico dai centri di salute mentale per &gt;100.000 abitanti                      100%; inserimento dati nel sistema nei tempi previsti siprovebo e report mensile dell'attività e delle aree critiche nel supporto da parte di altre UO coinvolte nelle attività di estensione e adesione                      applicazione del PDTA per le urgenze-emergenze psichiatriche                      Appropriata: Accertamenti morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali in Terapia intensiva                      aumento del numero di prelievi (tessuti e cornee) idonei in caso di decessi in rianimazione                      Aumento dell'utilizzo del programma                      copertura dello screening antitubercolosi per la popolazione immigrata: &gt;90% test di screening inviati dai distretti                      monitoraggio appropriato uso delle sale operatorie: applicazione procedure UPAC di cui alla delibera 1000/2016                      monitoraggio della procedura UPAC e della lista di attesa unica di sala operatoria (rete chirurgica): presentazione relazione finale                      progetto di fattibilità del centro di riabilitazione presso lo stabilimento di Montefiascone                      Rispetto dei tempi ottimali per esami e prestazioni richiesti in consulenza dal P.S. - i valori saranno rilevati dal sistema Kosmos                      S cure palliative domiciliari: n. anno di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore                      S cure palliative malati domiciliari: n. malati deceduti per anno a causa di tumore (stat. ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio/n. malati deceduti per malattia oncologica per anno                      Srispetto standard qualificanti ILEA cure domiciliari: cure palliative malati terminali CIA (Coefficiente Intensità Assistenziale) superiore a 0,50                      % di persone di età &gt;65 anni seguite in AD residenti nella ASL (fonte dati SIAT)/numero di persone di età &gt;65 anni residenti nella ASL (fonte dati SIAT)                      **Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC, RMN, ACCELERATORI L., PET-TC, SISTEMI ROBOTIZZATI, GAMMA CAMERE, TC-GAMMA CAMERE, MAMMOGRAFI, ANGIOGRAFI) per le strutture pubbliche e private e convenzione                      *Digitalizzazione e distribuzione via internet dei referti di laboratorio                      *Implementazione degli accordi di programma locali tra ASL e articolazioni delle funzioni sociali associate dei Comuni per l'attivazione dei Punti Unici di Accesso, delle Unità di Valutazione Multidimensionali, dei Progetti Individui con gli utenti per la gestione delle compattezioni e delle agevolazioni alle rette: accordi nei tre Distretti                      *Implementazione percorso senologico con predisposizione di un PDTA per pazienti ad alto rischio per Ca mammella con produzione di indicazioni per la prevenzione delle donne fuori fascia screening - in collaborazione con le I capofila UOC Chirurgia Senologica                      *n. operatori formati con corsi di I-II livello sulla violenza di genere/n. operatori impegnati nella operatività della rete                      *riduzione delle mammografie erogate in esenzione sulla popolazione target ai di fuori del programma di screening                      - Percentuale interventi per frattura femore entro 48h/accesso per pazienti &gt;65 anni                      apertura Casa della Salute di Ronciglione                      CPRE: soddisfacimento delle richieste aziendali                      definizione del nuovo modello di riabilitazione nell'ambito della Salute mentale in collaborazione con DSM. Presentazione modello entro il 30/05/2016 e attivazione nel secondo semestre - capofila direttore DSM                      favorire l'esecuzione del progetto "CARTA 0"                      garantire seduta dedicata ai minori per attivazione insegnati di sostegno nell'ambito scolastico (legge 104/92)                      gestione e implementazione del sito www.prevenziononline.net con il websiteazinhdale                      implementazione reporting per i risultati critici dei test diagnostici per la riduzione di esami inappropriati                      implementazione del percorso "social UICUS" e definizione degli indicatori di misurazione della rete                      implementazione scheda raccolta dei dati: monitoraggio dell'andamento del percorso per il contrasto alla violenza di genere                      incremento attività Casa della Salute Soriano nel Cirino e rendicontazione trimestrale alla UOC Cure Primarie, alla Direzione Sanitaria Aziendale e CdG in virtù dell'incarico attribuito al Responsabile della UOSD Urologia                      Monitoraggio del Percorso Assistenziale per la donna che richiede IGV con i seguenti indicatori: 1. *n. colloqui psicologo/ricerche IGV; 2. * MINIORE: n. colloqui psicologo/ricerche IGV                      Monitoraggio del percorso nascita con i seguenti indicatori: 1. *n. donne con gravidanza a rischio riferite ad un centro specialistico/foale donne con gravidanza a rischio seguite presso il Consultorio; 2. *n. tagli cesareo/n. donne c                      Accompagnamento alla Nascita                      Monitoraggio e verifica degli indicatori relativi ai PIC attivati (BPCO, Diabete, Scompenso Cardiaco, TAO)                      Monitoraggio percorso salute psico-fisica bambino 0-1 anno con i seguenti indicatori: 1. *n. dosi somministrate a bambini 0-1 anno delle diverse tipologie di vaccino/n. residenti 0-1 anno nell'unità di tempo; 2. *n. dosi somministrate                      utenti STP, ENI e ROM presenti nella ASL (valore stimato)                      Monitoraggio percorso salute psico-fisica bambino 0-1 anno con il seguente indicatore: 1. *n. Protocolli su Allattamento materno negli asili nido                      Monitoraggio percorso screening oncologico del cervico carcinoma con il seguente indicatore: *n. test erogati presso il Consultori Familiare/foale test erogati nella ASL                      N. di soggetti entro 124 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR                      N. nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita                      Presa in carico di pazienti affetti da diabete e/o BPCO (neodiagnosticsi e/o prevalenti)                      Realizzare eventi formativi in collaborazione con il tavolo del volontariato                      realizzazione corsi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro per personale interno all'azienda e per esterni in collaborazione con SPMSAL e Responsabile SPP</p>
A2	Azioni di innovazione nell'offerta dei servizi territoriali	

A3

Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico assistenziali

Realizzazione dei corsi relativi alle strategie per la comunicazione e l'informazione aziendale  
 Realizzazione seminari agli studenti dei corsi universitari per l'adeguamento al codice di comportamento aziendale  
 report annuale su "Le operazioni con Amianto nella Regione Lazio (art. 9 L. 257/1992)  
 Rete consultoriale e Monitoraggio del percorso G.L. Adozione con i seguenti indicatori: 1. "n. gruppi di Orientamento all'Adozione (G.O.A.) attivati nell'unità di tempo (anno 2018)"; 2. "n. partecipanti G.O.A./n. dichiarazioni disp. per i Minori"; 3. "n. dichiarazioni di disponibilità/n. coppie prese in carico"; 4. "n. relazioni/n. coppie prese in carico nell'unità di tempo"; 5. "n. colloqui individuali/di coppia per ciascun percorso attivato"; 6. "n. colloqui individuali/familiare preso in carico  
 Rete consultoriale 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/lot donne in età fertile (15-49 anni) residenti nella Asl; 2. "n. la promozione della salute e dei corretti stili di vita  
 Rete consultoriale e Monitoraggio del Percorso Assistenziale per la donna che richiede l'IGV con i seguenti indicatori: 1. "n. colloqui per l'IGV che esitano nella prosecuzione della gravidanza/totale colloqui per l'IGV 2. "n. donne che accompagnamento protetto e dedicato/n. totale richieste l'IGV >90gg. 3. "MINORE: n. colloqui per l'IGV che esitano nella prosecuzione della gravidanza/totale colloqui per l'IGV; 4. "MINORE: n. colloqui Assistenza Sociale/n. richieste Giudice Tutelare/n. certificazioni l'IGV riacciate; 6. "MINORE: n. minori che hanno effettuato l'IGV >90gg con accompagnamento protetto e dedicato/n. totale richieste l'IGV >90gg.  
 Rete consultoriale e Monitoraggio del percorso interventi di contrasto alla violenza di genere con i seguenti indicatori: "n. casi presi in carico/n. segnalazioni giunte al servizio consultoriale  
 applicazione procedura di coesistenza nei pazienti con dipendenza dimessi da SPDC e inviati a CSM  
 % di astensione dal fumo a seguito del programma antitabacco di tutti i presi in carico indipendentemente dalla patologia  
 % di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella  
 % di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari  
 \*adeguamento 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 modalità di presa in carico precoce della persona con necessità palliative sin dalla fase attiva delle cure, anche per le strutture accreditate.  
 \*allineamento alla riorganizzazione regionale dei laboratori di anatomia patologica  
 \*applicazione percorsi approvati dal Centro regionale sangue sulle metodiche di buon uso del sangue attraverso i programmi Patient Blood Management  
 \*assicurare presso i consultori familiari la disponibilità e gratuità del test urinario per la gravidanza alle minore ed alle fasce disagiate  
 \*completamento ed implementazione del sistema informativo sulla salute mentale (anche per i disturbi alimentari) adulti e minor/giovani adulti (anche del circuito penale) ed integrazione nel SMI - condizionato alla messa a r della Regione Lazio  
 \*definizione di un percorso per le donne a rischio per tumore della mammella eredo familiare e in follow up per pregresso trattamento della patologia mammaria integrati nei programmi di screening con lo sviluppo di un piano responsabile Breast Unit  
 \*elaborazione di un programma per screening interventivologici (epatite B, epatite C, HIV e sifilide) in linea con le indicazioni nazionali vigenti e con tutte le linee guida che saranno emanate dall'ISS  
 \*implementazione percorso senologica con predisposizione di un PDTA per pazienti ad alto rischio per Ca mammella con produzione di indicazioni per la prevenzione delle donne fuori fascia screening - in collaborazione con le capofila UOC Chirurgia Senologica Trasmessi al CDG in data 14/07/2018 e trasmessi in Regione dalla D.Sanitaria Aziendale con nota Prot.n°53789 del13/07/2018  
 \*incremento del numero di donazioni del sangue  
 "n. di unità di palmaderivate raccolte  
 - numero imprese sottoposte a vigilanza nel territorio aziendale di competenza  
 - rispetto delle Linee Guida e dei protocolli di presa in carico pz diabetici: misurazione colesterolemia (P.Re.VAl.E)  
 - rispetto delle Linee Guida e dei protocolli di presa in carico pz diabetici: amputazione degli arti (P.Re.VAl.E)  
 - rispetto delle Linee Guida e dei protocolli di presa in carico pz diabetici: misurazione microalbuminuria (P.Re.VAl.E)  
 - rispetto delle Linee Guida e dei protocolli di presa in carico pz diabetici: misurazione parametri biochimici, strumentali e metabolici (P.Re.VAl.E)  
 - rispetto delle Linee Guida e dei protocolli di presa in carico pz diabetici: visita oculistica (P.Re.VAl.E)  
 : n. aziende ispezionate/ n. personale UPG SPSAL (valore ponderato)  
 Adesione al DCA 32/2018: proposta operativa entro il 31/03/2018 e attivazione. Prima riunione COBUS entro il 30/04/2018  
 Adesione Screening Cervicocarcinoma: inserimento tempestivo in SPSOWEB esami istologici del 2 Livello e degli interventi chirurgici  
 Adesione Screening Cervicocarcinoma: lettura nel rispetto dei tempi GISCI  
 Adesione Screening colon retto: inserimento tempestivo in SPSOWEB esami istologici del 2 Livello e degli interventi chirurgici  
 Adesione Screening mammografico: esecuzione e lettura mammografie di 1° livello Esecuzione 2° livello  
 Adesione Screening mammografico: inserimento tempestivo in SPSOWEB esami istologici del 2 Livello e degli interventi chirurgici  
 Adesione Screening Mammografico: inserimento tempestivo in SPSOWEB esami istologici del 2 Livello e degli interventi chirurgici  
 Applicazione delle procedure aziendali sull'appropriatezza della contenzione e rischio suicidario  
 Applicazione del PDTA per le urgenze-emergenze psichiatriche  
 Applicazione e implementazione a regime della piattaforma SIPC con condivisione delle procedure e dei dati  
 Attivazione dei percorsi di telemedicina e teleconsulto: risposta agli ECG inviati dal P.S. entro 30 min.

> **INDICATORE (descrizione)**

attivazione PAC DHD e follow up neonati pretermine  
 attivazione percorso di nascita 4.0  
 attivazione percorso di teleneonatalogia  
 attività mammografica per screening: incremento dell'attività rispetto al round (anno 2016)  
 attuazione del piano di riorganizzazione rete laboratori analisi ai sensi del DCA 219/2014  
 Attuazione della rete hub spoke infrazzendale e realizzazione della rete HUB spoke ai sensi del DCA 412/2014 coordinato la capo dipartimento dell'emergenza  
 azioni per attività ambulatoriale presso la struttura di Acquapendente  
 corretta alimentazione del fuso regionale SIRD in tutti i centri SERD della ASL  
 Correttezza della codifica: azzeramento % dimessi da riammissione a domicilio/fovia dimessi da riammissione  
 Creazione della rete e del Piano Formativo condiviso che includa 100% dell'attività nelle scuole  
 Definizione convenzione con le strutture accreditate residenziali relative alle prestazioni trasfusionali (parte tecnica) - Capofila Affari Generali  
 definizione della procedura operativa relativa all'omicidio stradale ed attivazione (s subordinata alla dotazione dei reattivi)  
 Definizione di indicatori di funzionamento del percorso integrato ospedale-territorio per pazienti affetti da tromboembolia venosa profonda  
 definizione e monitoraggio di indicatori di esito per misurare l'efficacia dei PAI (es Vineland)  
 Definizione e sviluppo di un percorso per i pazienti urologici integrato ospedale territorio con definizione di indicatori di funzionamento della rete - in collaborazione con la UOC Urologia  
 Diminuzione delle riammissioni a 30 gg per BRCCO  
 Diminuzione paziente da SPDC e contestuale presa in carico da UOC competente del territorio con revisione del progetto terapeutico  
 Diminuzione paziente da SPDC: appuntamento fissato presso il CSW di riferimento entro 7 gg dalla dimissione. (come risulta dalla scheda di dimissione da SPDC)  
 elaborazione nei tempi stabiliti del PAI externalizzati e tempestiva trasmissione al Distretto di competenza per l'attivazione della Unità Valutativa Integrata distrettuale  
 Estensione Screening colon rettale: Condivisione con Coordinamento Screening del calendario inviti  
 Estensione Screening mammografico: stesura calendario inviti con Coordinamento Screening  
 garantire gli interventi programmati nel Catalogo (Piano Formativo) su richiesta degli istituti scolastici o degli altri organismi istituzionali  
 garantire la lettura rx e TC torace per silicosi: presentazione di un piano entro il 15/04/2018 e attivazione in collegamento con la Radiologia di Belcolle  
 Garantire l'attività del 2° livello e trattamento screening del servizio carcinoma (come da delibera aziendale n. 1396/2016) in riferimento a quantità e qualità  
 Incremento dell'attività ambulatoriale  
 Incremento delle attività erogate presso le Case della Salute: n. accessi ai PPI, n. soggetti trattati, n. prestazioni infermieristiche e per branca specialistica, n. tipologia e PDTA attivi e n. paz. arruolati in ciascun PDTA  
 Incremento numero di pazienti articolate da consultorio  
 Integrazione con l'ambulatorio cardiologico per l'attivazione con codice di urgenza dei PAC seguiti un evento di dolore toracico (GISP/Preazioni PAC)  
 istituzione nella pratica clinica preservazione del cordone dopo esaurimento della sua pulizia (dampaggio del cordone => 3 min)  
 mantenimento requisiti accreditamento e presentazione relazione entro 15/04/2018  
 Mappatura scuole della provincia di Viterbo e delle relative mense per il controllo del menu riguardo la cellachia  
 Monitoraggio dei ricoveri ripetuti con stessa MDC in SPDC/n. accessi totali in SPDC  
 Monitoraggio del PDTA violenza di genere che include la centralizzazione dell'ospedale di Belcolle all'interno della rete aziendale  
 monitoraggio del PDTA per la sclerosi multiple in collaborazione con la UOC Neurologia  
 Monitoraggio del PDTA violenza di genere che include la centralizzazione dell'ospedale di Belcolle all'interno della rete aziendale  
 monitoraggio percorso nascita 4.0  
 n. pazienti presi in carico con PAI (ASL e cooperative+accreditati+ASL)/n. pazienti in lista di attesa  
 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 alla attivazione della rete logistica di laboratorio secondo DCA 219/2014  
 partecipazione per meeting multidisciplinari per oncologia  
 Piano Regionale di Prevenzione: attività relative al PEACH  
 potenziamento attività sul territorio: incremento n. prestazioni ambulatoriali nei distretti  
 potenziamento di una sinergia con il Servizio Sociale e gli Enti locali per la presa in carico dei pazienti disabili con sviluppo di indicatori per monitorare l'efficacia della rete a partire da 3-4-5 UO/enti coinvolti.  
 presa in carico dei neonati pretermine inviati dalla Pediatria di Belcolle e follow up fino ai sei anni (con attivazione del PAC dedicato)  
 Presa in carico di pazienti affetti da diabete (neodiagnosticsati e/o prevalenti)  
 Presa in carico fumatori inviati dai partecipanti alla rete BRCCO e altre patologie  
 Presa in carico psicologica dei pazienti diabetici tipo 1 all'esordio  
 presentazione PDTA per disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità  
 Prevenzione dei rischi cardiologici: aumento % fumatori inviati al centro antifumo dei pazienti fumatori / sul totale dei pazienti fumatori  
 Rete aziendale di telecardiologia: centralizzazione elettrocardiogrammi e holter

**POLITICA A: Le politiche di integrazione innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute**

Politica	Classificazione	Obiettivo descrizione 2019	Indicatori (descrizione)
A4		Azioni di promozione della salute	<p>Riduzione delle mammografie erogate in esenzione sulla popolazione target al di fuori del programma di screening</p> <p>Riduzione tasso di ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco</p> <p>riorganizzazione rete ambulatoriale h/t con ridefinizione degli ambulatori di 1° e 2° livello e ottimizzazione della logistica - Capofila: UOC Cure Primarie e Direzione Sanitaria Polo rispetto degli adempimenti previsti dai decreti commissariati</p> <p>Rispetto degli indicatori previsti dalla Breast Unit</p> <p>Screening audio vestibologico: incremento prestazioni ambulatoriali</p> <p>Screening colon rettale: garantire esecuzione degli accertamenti di 2° livello come da Delibere 542 del/6/2013; 295 del/23/4/2014</p> <p>Supporto alla USOP Coordinamento Attività Vaccinali nell'attività di notifica e sorveglianza delle malattie infettive</p> <p>Sviluppo di protocolli integrati tra pronto soccorso e cure primarie per il coordinamento e l'invio di pazienti selezionati presso le UCP a sede unica</p> <p>trasfusioni domiciliari: presentazione piano di fattibilità per la riattivazione del servizio entro il 30/09/2015, attivazione entro il 15/04/2018 ed incremento</p> <p>Presi in carico di pazienti affetti da BPCO (neodiagnostici e/o prevalenti)</p> <p>Presentazione protocollo operativo area delle neuroscienze - capofila UOC Neurochirurgia</p> <p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza</p> <p>Rispetto degli indicatori presenti nel Piano Regionale della Prevenzione in base alle competenze specifiche della UO</p> <p>% di persone di età &gt;65 anni seguite in AD residenti nella ASL (fonte dati SIA7)/numero di persone di età &gt;65 anni residenti nella ASL (fonte dati SIA7)</p> <p>% screening psicologici/rot nuovi pazienti con sclerosi multiple</p> <p>% screening psicologici/rot. pazienti oncologici</p> <p>*utilizzo del test HPV-DNA come test di screening per il cervicocarcinoma nelle donne in fascia 30-64 anni secondo il piano regionale adeguamento ai tempi e la modalità</p> <p>.adesione all'invito dello screening &gt;45% (Consegna Materiale di Sensibilizzazione) (screening Colon rettale)</p> <p>.adesione all'invito dello screening &gt;50% (Consegna Materiale di Sensibilizzazione) (screening mammografico)</p> <p>. estensione dell'invito dello screening &gt;90% (Estensione Screening CCR: Distribuzione e Ricognenza provette, Trasporto provette ai Centri territoriali e al Centro lettura)</p> <p>. estensione dello screening &gt;90% (screening mammografico: Spostamenti Unità Mobile)</p> <p>. Adesione Screening CCR (Distribuzione e Ricognenza provette, Sensibilizzazione operatori Sanitari, MMG e utenti)</p> <p>. Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei Nazionali Residui</p> <p>. Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (&gt;65 aa) - n. soggetti di età &gt;=65 aa vaccinati e residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna</p> <p>. percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmi, negli esercizi di commercializzazione e di risorazione, regolamenti CE 882 e 854/2004</p> <p>. proporzioni di cancer screen detected in stadio II-III ai round successivi a quello di prevalenza numero dei cancer invasivi screen-detected/numero di tutti i cancer screen detected*100;</p> <p>. Volume di angioplastica coronarica percutanea</p> <p>.% allavamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza</p> <p>.% dei campioni previsti in attuazione nel programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DMV 23/12/1992)</p> <p>.% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06</p> <p>.percentuale di allevamenti controllati per Brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina e, per le regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno riduzione della prevalenza in tutte le specie</p> <p>analisi e verifica dei risultati del progetto pilota dedicato alla diagnosi precoce dei bambini affetti da DSA di medicina scolastica e proposta di azioni integrative</p> <p>assistenza domiciliare: soddisfacimento delle richieste di presa in carico dei pazienti</p> <p>attivazione della COC (Centrale operativa della cronicità) scompenso cardiaco entro il 1/07/2018</p> <p>Attivazione percorso per paziente con rene policistico con stratificazione del rischio clinico</p> <p>Attivazione screening per piede diabetico</p> <p>Attivazione DCA 30 del 30 gennaio 2018: presentazione del documento e rispetto del cronoprogramma</p> <p>Attivazione operativa del decreto 376/2018</p> <p>Attuazioni attività progettuali in partnership con INAIL finalizzate alla sperimentazione di almeno una procedura in ogni ASL pubblica</p> <p>Azioni prevenzione: sviluppo di un corso per gli allevatori sull'utilizzo dei farmaci, con particolare riferimento alla farmaco resistenza degli antibiotici per utilizzo improprio sugli animali, e sui rischi correlati ai farmaci, sostanze illecite nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale</p> <p>circuito di qualità amianto (progetto INAIL/Ministero della Salute): coordinamento e controllo requisiti dei laboratori del Lazio iscritti al 3° circuito con sopralluoghi a campione per almeno il 20% dei laboratori iscritti</p> <p>collaborazione con la Medicina Penitenziaria nell'attuazione delle linee guida sulla prevenzione del suicidio del paziente detenuto</p> <p>Completo adempimento delle misure previste dal Ministero della Salute</p> <p>comunicazione sul portale ASL VT relative a possibili rischi da asbesto: definizione delle procedure per categorie di utenti e tipologie di segnalazioni</p> <p>Continuità terapeutica assistenziale: mantenimento dell'attività degli operatori dedicati alla popolazione detenuta presso la Casa Circondariale di Viterbo.</p>

Sanitaria.

Continuità terapeutica dei detenuti in uscita in libertà o presso altri Istituti: stesura di un protocollo di innesca con i servizi territoriali interessati che preveda la segnalazione delle persone detenute in procinto di uscire con la red. contributo alla definizione dei protocolli operativa dell'URFA

Copertura vaccinale per operatori sanitari confrontata con media interregionale corretta compilazione e mantenimento di un database informatizzato su vaccini somministrati incluse le somministrazioni per la medicina del viaggiatore creazione e implementazione progetto per la sterilizzazione gratuita di animali per determinate fasce di popolazione

Diminuzione tasso di accesso per infortuni sul lavoro per accessi Intra Asl

Effettuazione ecocardiografia entro 24 ore per pazienti efficacemente trombolizzati

elaborazione dei percorsi integrati sulle malattie professionali, in collaborazione con le UU.OO. carnotte - capofila UOC SPRESAL, in collaborazione con Urologia e Oncologia

Elaborazione di un percorso relativo all'emersione e la successiva presa in carico dei dipendenti ASL con dipendenza in condivisione con la Medicina Legale, SPP, SPRESAL e Cure Primarie - Capofila SPRESAL

elaborazione nei tempi stabiliti del PAI esternalizzati e tempestiva trasmissione al Distretto di competenza per l'attivazione della Unità Valutativa Integrata distrettuale

Esecuzione della trombolisi in tutti i pazienti con STEMI eleggibili per trattamento non trasferibili in tempo utile in emodinamica

Esecuzione delle urgenze dialitiche entro 24h (ORIG 5849)

Formazione degli allievi/rispetto alla identificazione e registrazione degli animali ed utilizzo della banca dati nazionale

garantisce la consulenza infermieristica ai reparti di ortopedia di Betolle

garantisce l'attività di consulenza a tutte le UU.OO. di Presidio

garanzia del soddisfacimento delle richieste di attività per pazienti ricoverati

Garanzia della piena partecipazione al 100% delle verifiche del Nucleo Ispettivo

implementazione dei protocolli per l'adozione di cani in base alle linee guida ministeriali

implementazione piano di prevenzione per tumore polmonare e individuazione popolazione a rischio

interventi di informazione diretta agli studenti: n. incontri

invalidità civile: effettuazione visite ai cittadini in regime di restrizione carceraria, di ricovero in lungodegenza, hospice, RSA e domicilio

invalidità civile: garantire effettuazione visite per invalidità civile paziente oncologico entro 15 giorni nel 95% dei casi

mantenimento attività ambulatori integrati (gastroenterologia, orl, etc.)

monitoraggio dei percorsi fast track: presentazione relazioni trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale

monitoraggio rischio biologico: controllo contaminazione aria e superfici

Monitoraggio screening per attività specialistica infettivologica presso Casa Circondariale e presa in carico dei pazienti

N. di rapporti prova invariati via pec/n, rapporti di prova pervenuti acqua potabile

N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR

N. ispezioni in aziende agricole

N. pareri/n. richieste di autorizzazioni presentate (AIP)

N. risposte/totali allert ricevuti

Numero di pazienti a cui è stato pianificata una dimissione coinvolgendo il territorio per la presa in carico 72 h prima della dimissione/totali ricoveri per stroke

Numero visite specialistiche su lavoratori esposti a rischi fisico-chimico/biologici

pacienti in supporto psicologico/totali pazienti

pacienti in terapia con microinfusore in carico in rete diabetologica /totale dei pazienti con microinfusore residenti nella ASL

piano di ripristino della completa attività di degenza ordinaria con creazione del reparto dedicato

Presa in carico per i nuovi giunti dalla libertà o da altri istituti: attuazione di un nuovo protocollo di "accoglienza per il detenuto Nuovo Giunto"

Presa in carico delle donne con diabete in gravidanza e con diabete gestazionale inviate dai servizi ospedalieri e territoriali

presentazione di un progetto di fattibilità per l'attivazione della dialisi peritoneale in collaborazione con GOPS

programmazione dell'attività chirurgica del presidio secondo modalità dell'UPAC

Proposta alla Direzione strategica di un progetto contestualizzato relativo a "In Salute in azienda"

Rapporto % n. campioni effettuati/n. campioni assegnati

riattivazione dei trapianti di midollo nel 2018 (subordinato alla definizione dell'assetto organizzativo e della dotazione organica del comparto)

rispondere alle richieste provenienti dalla ASL VT

supporto tecnico operativo e di relazione con il pubblico per la realizzazione della Conferenza locale della Sanità

Tempi di risposta entro 7gg

unità locali controllate per rischio: a) MMC => n.30; b) chimico biologico =>n. 30; SILC=> n.4

utilizzo della tecnica radioterapica IMRT per pazienti candidabili (come definito nel manuale), compatibilmente con le risorse tecniche

Aziioni per lo sviluppo di sinergie innovative: il ruolo della formazione e la collaborazione con le Università

AS

Contestualizzazione del decreto regionale di approvazione del manuale di accreditamento Omogeneizzazione dei percorsi di formazione per caregiver e personale sanitario e sviluppo del piano formativo per l'anno 2015 (vdi relazione monitoraggio)

**POLITICA B: Politiche per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura**

Politiche &gt; classe &gt; obiettivo descrizione 2019

&gt; INDICATORE (descrizione)

B1

Azioni per la garanzia dell'equità delle cure e per la loro personalizza

\*definizione del PDTA per le urgenze-emergenze psichiatriche  
\*esecuzione corsi di formazione in tema di rischio clinico e sicurezza dei pazienti con sviluppo di attività di Retraining sulla rete del rischio clinico

\*riduzione delle mammografie erogate in esenzione sulla popolazione target al di fuori del programma di screening  
\*fiorgeizzazione del modello di offerta assistenziale integrata per gli utenti del DSM e del reparto SPDC  
. redazione ed invio alla Direzione Regionale salute di un report semestrale che documenti il costante monitoraggio dei rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'ALPI e volumi e tempi di attesa dell'attività istituzionale grazie  
. ricorso abituale alla prescrizione dematerializzata (SISME) da parte dei medici dipendenti e convenzionati

applicazione del PDTA per le urgenze-emergenze psichiatriche  
azioni di innovazione nell'offerta dei servizi di telemedicina: attuazione di un percorso di telemedicina applicata all'elettrostimolazione cardiaca. Presentazione del progetto entro 30/06/2018 e attuazione entro 31/10/2018  
corretta alimentazione dei flussi SIAT regionali

effettuazione sernigrafia ossea per tumore polmonare e tumore della prostata entro 10 gg dalla richiesta  
esami istologici per interi con elevata priorità: invio risposte entro 20 gg (report alla direzione sanitaria)  
esami istologici screening cervico-carcinoma: rispetto dei tempi standard GSCI

esami istologici screening colon retto: rispetto dei tempi standard GISCOR  
integrazione con UOC Cure Primarie e le strutture accreditate per la presa in carico dei pazienti terminali in cure palliative presso gli hospice  
lista di attesa informatizzata centralizzata per visite ambulatoriali per diagnosi e terapia e sistema informatizzato centralizzato per misurare l'attività (rilevabile al SIAS)  
mantenimento di percorsi preferenziali per pazienti con tumori (es.: melanoma)

pieno rispetto dei tempi di attesa per prestazioni di cui al DCA 89/2017  
presentazione piano per l'ampliamento del numero dei posti letti in Week surgey (36 posti letti di cui 4 dedicati alla libera professione) entro 30/06/2018  
prestazioni specialistiche "senza prenotazione" erogate nel 2018/Prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo

realizzazione degli obiettivi della rete/i di specifica competenza (breast Unit, Tumore della prostata e PDTA polmone)  
ridefinizione delle modalità operative dell'UVMI - in collaborazione con il PGOA  
riduzione delle liste d'attesa

Rispetto degli indicatori presenti nel Piano Regionale della Prevenzione in base alle competenze e specifiche della UO  
Estensione e Adesione corretta dello screening della colon rettile in collaborazione con la UO Coordinamento screening

B2 Azioni di orientamento al cittadino nel rispetto delle differenze culturali . Estensione e Adesione corretta dello screening della colon rettile in collaborazione con la UO Coordinamento screening  
Costituzione azienda culturalmente competente in collaborazione con la DS e i distretti  
de finizione dello strumento di rilevazione della qualità percepita somministrazione del questionario ed effettuazione di 3 audit (in collaborazione con l'URP),  
garantire la somministrazione del questionario di customer satisfaction - In collaborazione con la UOC Affari Generali, capofila  
Validazione del menù multiculturale qualora sia implementato nelle mense scolastiche

**POLITICA C: Politiche per lo sviluppo dell'empowerment e dell'accountability**

Politiche &gt; classe &gt; obiettivo descrizione 2019

&gt; INDICATORE (descrizione)

C1

Azioni per la rendicontabilità dell'attività amministrativa

Report trimestrale di attività relativo alle procedure di gara alla Direzione Amministrativa e alla Direzione Strategica  
trasmissione annuale al SA del flusso dati regionale/ministeriale per il monitoraggio dell'attività

C2

Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione

.Invio di tutti i flussi informativi, aggregati ed analitici, entro i termini e con le modalità e i requisiti di qualità previsti dalla Regione e dai Ministeri competenti (L. 646/96, adempimenti LEA, ecc.)  
.trasparenza negli acquisti: spesa tot acquisto beni infungibili 2018 <= 90% spesa tot per acquisto beni infungibili 2017

Adesione agli obiettivi e alle azioni previsti nel piano triennale della Prevenzione alla Corruzione e della Trasparenza (Delibera DG 124/2018)

Allineamento ai requisiti ISO

Creazione della mappa e dell'elenco di tutte le procedure amministrative effettuate all'interno dell'U.O. con indicatori e loro condivisione con gli operatori e relative delibere

Revisione dell'organizzazione della UOC per linee di attività: presentazione proposta alla Direzione Strategica

.Spesa del personale: 4 monitoraggi/anno, da inviare alle competenti strutture regionali, attestanti il rispetto del budget assegnato

.Verifica utilizzo fondi contattuali: verifica della congruità del fondo da inviare al competente ufficio regionale entro il 15 del mese successivo alla scadenza del trimestre osservato

.Verifica utilizzo fondi contattuali: verifica della competenza rispetto alle competenze erogate mediante trasmissione dei provvedimenti di costituzione dei fondi per ciascun anno di riferimento e dei relativi provvedimenti di liqui

(per periodi intermedi, delibera attestante l'entità del fondo che le competenze pro- quota erogate sono pro- quota nel fondo  
aggiornamento continuo della corretta assegnazione del personale agli effettivi centri di costo

C3

Azioni per la rendicontabilità dell'attività economica

D1

Azioni di ottimizzazione delle performance e di benchmarking

INDICAZIONE (descrizione)

- controllo indice tempestività dei pagamenti e suo miglioramento rispetto all'anno precedente
- monitoraggio delle liste pre-operatorie pianificate (azzeramento rinvi non giustificati)
- Presentazione PDRA stroke in collaborazione con Riaminazione, Cardiologia, Diagnostica per immagini, PS, Laboratorio analisi, Neurochirurgia; entro il 30/06/2018 - Capofila Neurologia
- % accessi chiusi entro 12 ore
- % codice Giallo visitati entro 30 minuti
- % pazienti che hanno iniziato la chemioterapia entro 30 gg secondo PNLGA con esclusione dei pazienti post chirurgici
- % minuti interventi operatori per esami aggiuntivi post ricovero
- % screening (epatiche b, HIV, TPHA e rosolia) entro 7 gg lavorativi dal check in alla validazione clinica
- (5%) n. focali registrati su SIMAN/ n. focali totali
- azioni di contrasto al sovrastoccamento nel Pronto Soccorso: monitoraggio sugli indicatori di accesso al P.S. e attuazione del relativo Protocollo Operativo (del. n. 2320 del 21/12/2017)
- \* attivazione servizio h24 per la parte analgesica - subordinato all'acquisizione delle risorse
- \* definizione di un piano per eseguire la TPG farmacologica in regime ambulatoriale
- \* incremento del rapporto farmaci biosimilari: n. paz naive trattati con farmaci biosimilari/ tot paz naive
- \* Monitoraggio dell'uso dei farmaci per la cura dell'HCV e dell'HIV con report quadrimestrale alla direzione strategica e in copia al CDG
- \* azioni di contrasto al sovrastoccamento nel Pronto Soccorso: monitoraggio sugli indicatori di accesso al P.S. e attuazione del relativo Protocollo Operativo (del. n. 2320 del 21/12/2017)
- \* n. donne che allattano al seno ad 1-3-6 mesi dalla nascita tra le partecipanti al corso CAN/ n. donne che hanno partecipato al corso
- \* n. donne residenti che partoriscono extra-asi/ tot partorienti residenti
- \* report di monitoraggio sull'operatività dell'area di produzione SIMNT di Belgiole
- \* atto di rimodulazione su base funzionale intraregionale (diretta) ed extra regionale (stimata sulla intraregionale) misurata come valorizzazione
- \* Riduzione mobilità passiva di ricovero e ambulatoriale intraregionale (diretta) ed extra regionale (stimata sulla intraregionale) misurata come valorizzazione
- \* Riduzione tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti presi in carico dalla Rete
- \* Medicina proattiva, riordino assistenza territoriale: almeno 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60gg dalla trasmissione dell'elenco (condizionato alle integrazioni richieste alla Regione Lazio). Pr numero pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di Sarnan/numero pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di farmaci nella angiotensina
- Riduzione ospedalizzazione per ricattazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BRCCO
- : diminuzione della mortalità a 30 gg per rtus e : diminuzione della mortalità a 1 anno per rtus
- : Tempo medio di visita codice Verde <= 3h
- : % n. di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata notificata/ n. casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza
- : % numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/ n. casi di morbillo notificati nel territorio di competenza
- : % prostaticomie transuretrali sul totale (coordinata all'acquisizione del laser a luglio)
- : DRG LEA Medicat: tasso di ospedalizzazione sid per 10.000 residenti
- : N. prestazioni erogate nel 2018 prenotate su agenda visibile al sistema ReCUP (con esclusione delle prestazioni del laboratorio analisi/ su totale delle prestazioni erogate
- : Numero controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e postacuzie/ numero controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie
- : numero pazienti presi in carico dalla Rete diabetologica con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina
- : % ricoveri ripetuti entro 7gg di pazienti psichiatrici maggiori/ minori in ASI
- : Accessi con esito ricovero/trasferimento a tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale dei pazienti con esito ricovero/trasferimento
- : Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento a tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale dei pazienti con triage rosso ad esito ricovero/trasferimento
- Accesso con triage rosso, esito ric/trasf e tempo di permanenza >24 ore (testo solo DBI)
- adesione agli obiettivi delle reti, percorsi e procedure di competenza (PIC colon retto, breast unit, rete tumore del polmone): presentazione relazioni finali alla Direzione Sanitaria Aziendale
- Aggiornamento del censimento della ricerca pubblica e analogie condizionate degli operatori del settore alimentare (OSA) nel sistema informativo dedicato come da indicazioni regionali
- applicazione protocolli AIFA per nuovi farmaci per epatiche C
- Appropriatezza: riduzione del 2% del consumo di materiale diagnostico tramite appropriatezza modalità di approvvigionamento e gestione/riduzione delle scorte
- Attivazione indicatori PDRA /PIC diabete in collaborazione con U.O.O.C.C. Distretti e UOC governo dell'offerta presa in carico e cure primarie
- attivazione telemedicina penitenziaria intrazionale
- azioni di verifica e controllo sul rispetto dei protocolli per l'appropriatezza nella richiesta di esami di laboratorio per interni ed esterni con eventuale proposte di modelli correttivi per l'ottimizzazione
- CDG: 56,13% (anno 2017 67,1%) Tempo medio di visita codice Verde <= 3h
- chiusura nei tempi e monitoraggio delle cartelle cliniche attendibili in RO, DS, DH, APA con invio puntuale alle U.O.O.C.
- corretta codifica delle prestazioni e chiusura/rinvio delle cartelle cliniche nei tempi previsti dalla normativa regionale (APA, DH/D.S. e R.O. in base all'attività specifica dell'UO)
- Corretta codifica delle prestazioni in PS
- Elaborazione di un PDRA per la presa in carico dei pazienti affetti da SA
- garantire la collaborazione al direttore DPT nella definizione del protocollo per la gestione del paziente che necessita di ricovero a seguito di procedura di elettrofisiologia (capofila Direttore DPT)

INDICATORE (descrizione)

garantire la dimissione del paziente entro le ore 12,00 ed incremento % di dimissioni il sabato e la domenica  
 Implementazione di un snagref condiviso degli operatori del settore alimentare (OSA) nel sistema informativo dedicato come da indicazioni regionali  
 Incremento dell'attività di radiologia interventistica rispetto al 2017  
 Incremento dell'attività rispetto al 2017  
 Invio di almeno l'80% dei pazienti con ca colon rettale al centro di riferimento aziendale (UOC Chirurgia Oncologica Belgiole)  
 mantenimento del meeting multidisciplinari  
 mantenimento dell'attività rispetto al 2017  
 mantenimento requisiti per Ospedale Amico del Bambino UNICEF  
 monitoraggio aderenza ai percorsi interessati (appropriatezza diagnostica endoscopica, rete clinica per l'apparato digerente MAD/PIC colon retto); presentazione relazioni trimestrali al Direttore Sanitario Aziendale  
 Monitoraggio attività svolte dal servizio sociale  
 Monitoraggio obiettivi dei percorsi di competenza (appropriatezza diagnostica endoscopica /PIC Colon Retto); presentazione relazioni trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale  
 monitoraggio dei percorsi sindrome coronarica acuta, dolore toracico, scompenso cardiaco e rete provinciale dell'infarto del miocardio; presentazione relazioni trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale  
 Monitoraggio delle agende e prestazioni; Centralizzazione di tutte le agende al CUP e loro monitoraggio e report trimestrale sui volumi degli accreditati e supporto all'ufficio alpi per il monitoraggio dei volumi dell'attività ALPI  
 monitoraggio delle attività erogate presso le Case della Salute e presentazione report mensile con particolare riguardo alle attività del PIC (BP/CO, Diabete, Scompenso cardiaco e TAO) in collaborazione con le UOCC competenti  
 monitoraggio n. soggetti con infezioni da HCV in trattamento con DAA  
 monitoraggio obiettivi della rete di competenza (rete della riabilitazione); presentazione relazione trimestrale alla Direzione Sanitaria Aziendale  
 monitoraggio PDTA scompenso cardiaco; presentazione relazioni trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale  
 monitoraggio percorso Breast Unit; presentazione relazioni trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale  
 monitoraggio trimestrale degli indicatori di performance della Week Surgery.  
 Monitoraggio trimestrale sul rispetto del Budget economici sottoscritti entro la compilazione del CE trimestrali e loro comunicazione ai centri centri di spesa e alla UC controllo di gestione  
 N. check list complete/n. stabilimenti presenti  
 N. controlli residenze sanitarie/ot. Residenze sanitarie  
 N. pazienti che iniziano la fisioterapia entro 48 h dal ricovero con diagnosi di stroke in PS / n. pazienti ricoverati per stroke in collaborazione con la UOC Neurologia e UTN  
 n. pazienti con STEMI non trombolizzati inviati direttamente in Emodinamica a Belgiole/rot pazienti con STEMI non trombolizzati inviati a Belgiole  
 n. sample processati  
 N. sopralluoghi effettuati a campione/totale delle registrazioni OSA inserite in SIEV  
 Numero campionamenti presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) / totale campionamenti programmati in base al DPR del 14/07/1995, N. campioni effettuati/n. campioni previsti dal Piano di Campionamento e Monitoraggio vegetale e delle bevande. Fatto salvo i biologia e microbiologia che sono già in contestazione da parte delle asl in regione.  
 Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore su totale degli accessi  
 Numero di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni) nel programma di screening organizzato, calcolate nel periodo di riferimento x100  
 Numero ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) / totale ispezioni programmate in base al DPG del 14/07/1995  
 Numero test di screening pap-test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni) nel programma di screening organizzato, calcolati nel periodo di riferimento x100  
 Numero test di screening per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni) nel programma di screening organizzato, calcolati nel periodo di riferimento x100  
 Ospedalizzazione per tonsillectomia: rispetto standard di riferimento (2,4\*1,000)  
 Ottimizzazione del CUP per il monitoraggio delle prestazioni incluse nel Piano Nazionale per il governo delle liste d'attesa e corretta attribuzione delle prestazioni (alpi e istituzionale) ai singoli CDR e allineamento dell'elenco degli ambulatori ai CDR e dei codici di priorità secondo PNIGA per tutte le prestazioni ambulatoriali  
 Ottimizzazione indicatori PDTA BP/CO in collaborazione con UOC Distrettuali e cure primarie  
 parto analgesia. Formazione degli operatori  
 pazienti psichiatrici con abuso di sostanze alla UOC Dipendenze: invio del 100% degli eleggibili (con diagnosi sulla scheda di dimissione)  
 pazienti psichiatrici dimessi con abuso di sostanze inviati all'UOC Dipendenze: invio del 100% dei pazienti eleggibili (con diagnosi sulla scheda di dimissione)  
 Percentuale pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza in PS <= 8h  
 Percentuale pazienti non inviati al ricovero con tempi di permanenza in PS <=4h  
 piena applicazione del Percorso patient management  
 presentazione e realizzazione del Piano formativo aziendale 2019 approvato dalla Direzione Strategica in base ai bisogni formativi  
 Prestazioni specialistiche "senza prenotazione" erogate nel 2018/Prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo  
 Programmazione dei fabbisogni per la predisposizione del Bilancio preventivo economico  
 Proporzioni di infarti miocardici con soprallivellamento del tratto ST trattati in angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti  
 proporzione di parti con taglio cesareo primario  
 Rapporto fra pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento e pazienti in PS/DEA alle ore 14,00  
 realizzazione corsi ECM relativi alla gestione dell'emergenza/urgenza previsti nel Piano Formativo Aziendale - in collaborazione con UOSD Formazione  
 Realizzazione corso ECM sul BLS D (operai anche agli esterni) - condizionata alla convenzione ARS 118

D2	<p>Costruzione dei sistemi di monitoraggio e controllo quali-quantitativo nel rapporto tra attività erogata e risorse utilizzate</p>	<p>realizzazione degli obiettivi delle reti, percorsi e procedure di competenza, Rete BRCC/ Rete Diabetologica/Cure palliative                      realizzazione degli obiettivi delle reti, percorsi e procedure di competenza: applicazione PIC Diabete                      realizzazione degli obiettivi delle reti, Rete BRCC                      realizzazione dei percorsi interessanti: Rete chirurgica/UPAC                      Report sulle sindromi apnee ostruttive del sonno (OSA): Report sulle attività, sui volumi, di performance e di esito                      Rete consultoriale e "n.-consulenze post-partum/for. coppie frequentanti i Corsi di accompagnamento alla nascita                      revisione organizzazione week surgery in attuazione delle linee di indirizzo della Regione Lazio (Determina n. G37000/2017)                      revisione procedura presa in carico, valutazione e attività ADIAI in collaborazione con la UOC Cure Primarie. Presentazione entro il 30/06/2018                      Riattivazione a 30 gg intra ASL con stessa MDC                      riduzione dei tempi di esecuzione e referenziazione per pazienti con sospetto iclus in PS                      riduzione dei tempi tra accettazione e validazione misurata nel sistema informativo noemalife                      riduzione DRG medici dimessi da reparto chirurgico con accesso da PS                      Riduzione numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari in elezione                      Riduzione tasso di ospedalizzazione per ASMA in paziente adulto                      rispetto degli adempimenti previsti dal DCA 00052/2017 "Programmi Operativi 2015-2018" di competenza;                      rispetto dei volumi di attività rispetto al DCA 549/2015                      spesa farmaceutica convenzionata/riparto quota capienza labbispro sanitario regionale                      aggiornamento e analisi profili di salute della popolazione                      realizzazione degli obiettivi della reti, percorsi e procedure di competenza</p>
D3	<p>Azioni di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e adeguamento alla spending review</p>	<p>% interventi conservativi alla mammella/ totale interventi per tumore maligno alla mammella                      - n. cartelle verificate/n. cartelle totale                      % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella                      Incremento dell'attività chirurgica rispetto al 2017 (numero totale procedure chirurgiche)                      mantenimento dell'attività chirurgica rispetto al 2017 (numero totale procedure chirurgiche)                      Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella</p> <p>* adeguamento al provvedimento regionale per la revisione delle modalità di compartecipazione sanitaria alle case famiglia ed alle comunità alloggio per utenti disabili adulti ad autorizzazione comunale                      - per spesa farmaceutica lo scostamento deve essere &lt;= allo 0,5% del tetto di spesa su base regionale: 1) 7,96 % per farmaceutica convenzionata; 2) 6,89 % per acquisti diretti; 3) 4,4% per dispositivi medici                      - redazione ed invio alla Direzione Regionale salute di un report semestrale che documenti il costante monitoraggio dei rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'ASLPI e volumi e tempi di attesa dell'attività istituzionale, in collaborazione con il responsabile                      - ; Analisi sulla rispondenza delle strutture aziendali ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, propedeutica al percorso di autorizzazione e accreditamento istituzionale                      - ; corretta e completa attuazione PAC: rispetto delle azioni contenute nel piano aziendale (ciclo aziendali individuati dal DM 1 marzo 2013) entro i tempi previsti e misura degli interessi passivi raddoppiabile al ritardo nella certificazione del debito                      - trasparenza negli acquisti: spesa tot. acquisto beni infungibili 2018 &lt;= 90% spesa tot per acquisto beni infungibili 2017</p> <p>Attività di controllo interno (Internal auditing): attivazione entro il 15 gennaio                      DH trasfessionale: presentazione proposta di riorganizzazione entro il 30/03/2018 e attivazione entro il 30/04/2018 con apertura trisettimanale (subordinata all'acquisizione di un'unità) ed incremento dell'attività farmaceutica ospedaliera in file F: mantenimento della spesa rilevata al 2017</p> <p>fornitura trimestrale dell'elenco dei reagenti scaduti alla farmacia                      fornitura trimestrale dell'elenco e le tipologie dei reagenti scaduti alla farmacia /e- procurement                      incremento delle prestazioni dedicate a garantire le attività dei PAC attivi e/o da attivare                      procedura donazione organi: monitoraggio e presentazione report trimestrali                      rendicontazione trimestrale degli impegni di spesa aperti su fondi vincolati                      rispetto degli adempimenti normativi e dei riscontri regionali nei tempi previsti                      rispetto del budget economico negoziato                      rispetto del budget economico negoziato come centro ordinatore di spesa                      spesa farmaceutica convenzionata/riparto quota capienza labbispro sanitario regionale</p> <p>Verifica dell'attuazione del sistema di monitoraggio e controllo dei consumi dei dispositivi monouso e dei dispositivi medici in particolare il conto deposito nell'ambito del progetto di rete infermieristica dei blocchi operatori e dei rispettivi r                      verifica e controllo trimestrale dei budget delle diverse UU.OO. in collaborazione con la UOC pianificazione e programmazione controllo di gestione, bilancio e sistemi informativi                      Gestione del budget di distretto per singole linee di attività: presentazione proposta entro il 28/2/2018 e rispetto dei valori attesi                      * controllo dei costi e procurement: revisione delle anagrafiche dei servizi sanitari e dei beni e servizi non sanitari con i conti di contabilità generale e Corretta attribuzione dell'anagrafica per sottocomo</p>

**POLITICA E:** Politiche di efficientamento dei sistemi

Politica ► classe ► obiettivo descrizione 2019

E1

Azioni per la rendicontabilità dell'attività amministrativa  
Efficientamento del sistema attraverso la costruzione di azioni e procedure di controllo

► INDICATORE (descrizione)

fatte liquidate entro 30 gg/totale fatture scadute e immesse nel sistema pagamenti (escluse le fatture bloccate con causale ostativa alla liquidazione): 100% dei casi  
\*\* monitoraggio dei fondi assegnati in conto capitale: raggiungimento della percentuale di avanzamento in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (favori e/o attrezzature) (proporzionata in rapporto alla durata complessiva completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini ultimi previsti)

\* adeguamento al nomenclatore tariffario regionale per estendere la possibilità di erogare tutte le prestazioni delle branche accreditate

\* adeguamento dei laboratori privati accreditati al decreto regionale per il riordino dei laboratori privati

\* adozione di un piano ospedaliero sulla promozione dell'altitamento al seno

\* aggiornamento completo dei dati per il censimento delle tecnologie sanitarie secondo disposizioni regionali

\* aggiornamento completo dei dati per l'anagrafe del patrimonio immobiliare sanitario

\* allineamento dei conti deposito all'Anagrafica Unica Regionale dei Dispositivi Medici e alle linee guida regionali per la gestione dei dispositivi medici in conto deposito ed in conto visione per il corretto scarico di magazzino

\* dematerializzazione dell'ordine dei prodotti farmaceutici: fatturato su ordine digitale/fatturato tot prodotti farmaceutici

\* report trimestrale dell'attività di invito dei tre programmi di screening con il confronto con gli standard di riferimento e con l'analisi degli indicatori di processo e di esito per i tre programmi

\* Attività di vigilanza delle strutture private autorizzate ed accreditate ai sensi dell'art. 11 della L.R. n. 4/2003

\* Riduzione mobilità passiva di ricovero e ambulatoriale intraregionale (diretta) ed extra regionale (stimata sulla intraregionale) misurata come valorizzazione

\* Analisi modalità di utilizzo e costi di gestione con mappatura (l'indicatore comprende l'analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizza

Aggiornamento continuo della lista di tutti gli ambulatori (ALPI e Istituzionali) attivi con dettaglio del volume di attività, ore di apertura settimanale, verifica della correttezza di attribuzione al CDR e del Centro di costo assegnato

aggiornamento del censimento della ristorazione pubblica e anagrafe condivisa degli operatori del settore alimentare (OSA) tramite adozione del SIEV

Aggiornamento di tutti i flussi informativi, aggregati ed analitici, entro i termini e con le modalità e i requisiti di qualità previsti dalla Regione e dai Ministeri competenti (L. 648/96, adempimenti LEA, ecc.)

Attivazione in tutti i servizi a pagamento aperti al pubblico del POS per i pagamenti in loco

attività di ricognizione del debito pregresso attraverso la verifica estratto conto e ripulitura anagrafica

cartella clinica informatizzata (secondo i Tempi definiti dalla Direzione Sanitaria di presidio)

compilazione completa del Farned incluse le attività presso la casa circondariale

convenzioni attive: predisposizione degli atti deliberativi (bozza di convenzione e proposta di deliberazione) entro 30 gg dall'indicazione a procedere da parte della Direzione

coordinamento e controllo delle fatture liquidate entro 30gg/totale fatture scadute e immesse nel sistema pagamenti (escluse le fatture bloccate con causale ostativa alla liquidazione)

corretta attribuzione dei costi e degli scarichi di magazzino in collaborazione con la UOC Farmacia

Corretta compilazione del RAD esito

Corretta e completa compilazione del Cardiolanet

Corretta e completa compilazione del Registro operatorio informatizzato

Corretta e completa compilazione del Registro operatorio informatizzato e Aggiornamento continuo e tracciabilità su Best delle isteroscopia diagnostiche per gli ambulatori di Belcolle e Civita Castellana

Creazione e implementazione di un anagrafe condivisa degli operatori del settore alimentare (OSA)

Definizione delle procedure interne e loro condivisione a livello dipartimentale

Definizione dello strumento di rilevazione della qualità percepita (specifiche per le diverse aree) e azioni di coordinamento nella somministrazione del questionario alle UU.OO. aziendali

DRG valorizzati a zero per ritardo nella chiusura o per DRG non erogabili

Fornitura elenco completo certificato delle apparecchiature aziendali aggiornato con relativo tempo di utilizzo diviso per per singolo centro di responsabilità

garantie l'attività di sorveglianza nel rispetto delle disposizioni regionali (PASSI, PASSI D'ARGENTO E OKKIO ALLA SALUTE)

gestione del POS per i pagamenti in loco

gestione del contratto relativo all'acquisizione del software amministrativo contabile

implementazione contabilità analitica: presentazione report trimestrali alla Direzione Amministrativa

implementazione Progetto Posta Massiva: presentazione entro il 30 aprile 2018

incremento uso farmaci biosimilari - in collaborazione della UOC Farmacia

monitoraggio degli indicatori di appropriatezza prescrittiva con produzione di report trimestrali da sottoporre alle commissioni appropriatezza prescrittiva distrettuale

E2	Azioni di governo dell'appropriatezza	<p>monitoraggio della assegnazione corretta delle spese delle sale operatorie ai singoli centri di responsabilità, rivedendo le procedure e i codici di carico e scarico, mantenendo solo "costi di minima" indivisi</p> <p>monitoraggio microbiologico giornaliero degli esami Interni in merito alle evidenze epidemiologiche con segnalazione al CIO e alla Direzione Sanitaria di Presidio</p> <p>monitoraggio per il rispetto del Budget negoziato con la regione dando evidenza di eventuali scostamenti alla Direzione Amministrativa; presentazione di report trimestrali alla Direzione Amministrativa e validazione positiva</p> <p>monitoraggio utilizzo farmaci autoipendenti (Lucentis e Ilea) in collaborazione con la UOC Farmacia, Presentazione report trimestrale alla Direzione Sanitaria</p> <p>N. controlli residenze sanitarie/for, Residenze sanitarie</p> <p>Presentazione Piano che integri in maniera razionale le funzioni della veterinaria e della sicurezza alimentare (DCA 503 del 23/12/2013) con adozione della deliberazione relativa alle funzioni dell'autorità competente in materia di sicurezza alimentare</p> <p>Presentazioni nei centri residenziali per cure palliative/hospice: Monitoraggio con report mensile e allineamento ai requisiti di legge e miglioramento dei seguenti caratteristiche qualificanti (Tabella 4.6 e 4.7, e parametri aggiuntivi di cui al documento ministeriale 646) e integrazione con l'UO PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELL'OFFERTA ACCREDITATI e la creazione di una rete che includa le strutture accreditate e il loro monitoraggio</p> <p>Progressiva integrazione tra il sistema di refezione attuale e il MAX</p> <p>Protocollo informatizzato: redazione manuale entro il 30 giugno 2018</p> <p>Registrazione completa e corretta dei flussi informativi elettronici di sala operatoria in tutti i presidi</p> <p>Report trimestrale alla Direzione Amministrativa sulle attività</p> <p>Revisione dei contratti e dei capitolati delle nuove gare in cui vengano previste azioni per attenuare i rischi di interruzioni di servizio (es muletti) e applicazione delle penali sui contratti di fornitura</p> <p>Revisione dell'organizzazione della UOC per linee di attività</p> <p>Revisione del contenuto in essere e valutazione del rischio associato; aggiornamento trimestrale in coerenza per CE</p> <p>Riduzione del tempo medio di chiusura delibere (differenza tra delibera proposta e delibera conclusa)</p> <p>Riduzione degli adempimenti normativi e dei riscontri regionali nei tempi previsti</p> <p>Tesoreria: rispetto del 60 gg nella regolarizzazione delle carte contabili in almeno il 135% dei casi</p> <p>URP: validazione relativa alla percezione delle singole strutture della ASI con particolare attenzione alle nuove case della salute che indaghi circostanze, apprezzamenti e questionari di gradimento e questionari sul clima organizzativo coinvolto</p> <p>Verifica del rispetto puntuale degli accordi contrattuali sottoscritti tra regione e accreditati</p> <p>Verifica dell'applicazione delle procedure amministrative contabili (ordini-liquidazione-delibere)</p> <p>% DRG a rischio in appropriatezza con degenza &lt;2gg</p> <p>% interventi chirurgici per tumore al colon retto effettuati entro 30 gg secondo PINGLA</p> <p>% interventi chirurgici per tumore alla mammella effettuati entro 30 gg secondo PINGLA</p> <p>% interventi chirurgici per tumore alla prostata effettuati entro 30 gg secondo PINGLA</p> <p>* definizione di un piano aziendale di telemedicina in applicazione di quanto previsto alla art. 1, comma 544 della Legge di stabilità 2016</p> <p>* predisposizione di percorsi farmaceutici in relazione alla rete oncologica mammella e polmone per la razionalizzazione dell'uso di farmaci oncologici in relazione all'attivazione dell'UFA</p> <p>.% colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/for, colecistectomie laparoscopiche</p> <p>.Numero di dimissioni in regime diurno/ totale dimissioni</p> <p>.Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di Medicina Generale / numero di dimissioni nell'anno da reparto di Medicina Generale</p> <p>: miglioramento indice di case mix (aumento peso dei DRG)</p> <p>: miglioramento/mantenimento indice di case mix (aumento peso dei DRG chirurgici)</p> <p>applicazione PDYA relativo all'assistenza sanitaria ai detenuti</p> <p>appropriato uso delle sale operatorie: monitoraggio applicazione UPAC</p> <p>Attivazione dei PAC attivabili e non ancora attivati</p> <p>attivazione Inviti in DH dal CSM previo protocollo operativo</p> <p>attivazione visite ambulatoriali attraverso prenotazione a CUP da PS in collaborazione con il PSCA</p> <p>atto di rimodulazione dell'area medica per setting assistenziale</p> <p>cartella clinica informatizzata (secondo i tempi definiti dalla Direzione Sanitaria di Presidio)</p> <p>incremento numero accessi in DH rispetto al 2017 con appropriatezza dei ricoveri</p> <p>Numero di dimissioni in regime diurno/ totale dimissioni</p>
----	---------------------------------------	---

**POLITICA E: Politiche di efficientamento dei sistemi**

politica > classe > obiettivo descrizione 2019

> INDICATORE (descrizione)

Numero giornate di degenza ordinaria in reparto di Medicina Generale / numero di dimissioni nell'anno da reparto di Medicina Generale  
Proposta di riorganizzazione dell'equipe anestesiológica Viterbo Acquapendente

riduzione delle liste d'attesa  
assicurare assistenza e supporto all'implementazione del nuovo sistema privacy in conformità al nuovo GDPR

elaborazione degli indicatori di competenza dei Sistemi Informativi con particolare riguardo al monitoraggio degli obiettivi del D.S. e di budget secondo le tempistiche richieste  
Integrazione del sistema ASTRIM che gestisce la radiofarmacia con il RIS e CUP

installazione/collaudi nuovo sistema PACS (ed acquirenti di immagine amessi): esecuzione dei collaudi  
mantenimento del sistema di registrazione informatica degli isolamenti batterici e fungini di reparto

Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera anche attraverso l'implementazione dell'uso dei farmaci biosimilari in collaborazione con le U.U.OO. prescrittrici

\* adeguamento alla normativa antincendio per le strutture che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale ed in regime di ricovero ospedaliero e/o in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno di cui al Dv.  
; Analisi sulla rispondenza delle strutture aziendali ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, propedeutica al percorso di autorizzazione e accreditamento Istituzionale

. Verifica utilizzo fondi contrattuali: 4 monitoraggi/anno di 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 completezza erogate mediante trasmissione dei provvedimenti di costituzione dei fondi per ciascun anno di riferimento e dei relativi provvedimenti di liquidazione a chiusura anno (per periodi intermedi, delibera attestante l'entità dei fondi erogate sono pro-quadra nel fondo

Azzeramento delle proroghe di gara a scadenza  
Elaborazione Piano Annuale dei fabbisogni di personale per area  
Implementazione inventario

Monitoraggio costante degli appalti, report sui controlli effettuati, applicazione delle penali previste per i contratti/appalti di competenza  
presentazione report mensile sui controlli eseguiti relativi alla presenza in servizio dei dipendenti

presentazione report mensile sullo stato dell'arte dei concorsi, assunzioni e cessazioni aziendali  
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 de  
ultimi previsti

Report trimestrale sul lavoro straordinario per UO  
Revisione dell'organizzazione della UOC per linee di attività: presentazione proposta alla Direzione Strategica

revisione dell'organizzazione della UOC per linee di attività: presentazione proposta alla direzione strategica  
Rispetto della tempistica per gli adempimenti previsti ed i riscontri regionali

Rispetto delle procedure (delibera-ordini-liquidazione) e dei tempi

scarico corretto nella tempistica e nella codifica per centro di costo dei materiali nei reparti e nelle camere operatorie in particolare dei conti di minima, e utilizzo corretto dei codici di magazzino e trasmissione della rendicontazione  
totale ricollocabile in attività di minore aggancio dopo visita medico competente/ totale visite per personale con prescrizioni o limitazioni (L. 104/92)

Validazione benessere organizzativo interno tramite indagine sulla base delle indicazioni fornite dall'OIV  
verifica e controllo dei requisiti auto-certificati in fase concorsuale (titolo di studio, ecc.)

% deiscienza della ferita post-operatoria in interventi di chirurgia del colon  
% di pazienti con diagnosi di K mammella trattate entro 30 gg dalla diagnosi

% infezioni in prolassi articolari  
% operati di frattura di femore con test Up and Go in 5<sup>a</sup> giornata post-operatoria

% parti con lacerazioni di terzo o quarto grado: rispetto dello standard di riferimento  
% pazienti con evidenza infezione ferita operatoria in 5<sup>a</sup> giornata dopo chirurgia pulita (<3%) o contaminata (<=5%)

% pazienti con NMA senza controindicazioni all'uso del beta bloccanti a cui vengono prescritti entro 24 h  
% pazienti sottoposti a craniotomia per trauma cranico operati entro 4h dopo presentazione al DEA

% pazienti sottoposti ad ACTP con esito in successo primario (riduzione diametro stenosi di almeno 20% con una stenosi residua < dei 50%)  
% pazienti trattati in Day Surgery/totale pazienti chirurgici trattabili in Day Surgery

Azioni di governo del rischio

E6

% utilizzo appropriato farmaci oppioidi	
*adeguamento al "Piano Regionale di prevenzione delle cadute dei pazienti"	
. Percentuale interventi per frattura femore entro 48h/accesso per pazienti >65 anni	
applicazione interna della raccomandazione n° 10 Ministero salute uso bifosfonati	
Applicazione protocollo gestione paziente psichiatrico in PS	
attivare la teletrasmissione per ECG	
Attivazione del sistema di segnalazione della dose al paziente da esami TC	
attivazione visite ambulatoriali attraverso prenotazione a CUP da PS in collaborazione con il PGDA	
azioni di valutazione richieste di risarcimento danni e attivazione audit per riduzione contenzioso	
Compilazione completa ed esaustiva dei moduli del Case Manager nei nuovi casi complessi/totale dei nuovi casi complessi	
Compilazione completa ed esaustiva dei moduli di PTI nei nuovi casi complessi (schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi gravi della personalità)	
compilata applicazione interna procedura "errore di lato"	
conduzione di due audit su cartelle cliniche dove si registra E.A. o Near Miss - In collaborazione con la Direzione Sanitaria	
controllo delle infezioni ospedaliere: presentazione alla Direzione Sanitaria di report trimestrali	
controllo delle infezioni ospedaliere: ridefinizione del piano in ottemperanza al DCA 257/2017	
controllo di qualità delle apparecchiature	
controllo e monitoraggio dei pazienti ricoverati nelle strutture accreditate in collaborazione con la UOC Programmazione e Gestione dell'offerta Accreditate	
conversione di interventi iniziati con tecnica mininvasiva e convertiti a cielo aperto	
Corretta compilazione check list di sala operatoria	
Corretta compilazione della scheda di valutazione del dolore e appropriata prescrizione terapeutica	
Definizione del programma 2018: presentazione al R.M. entro il 31/03/2018	
elaborazione e presentazione alla Direzione Strategica del PDRA tumore della prostata (DCA 358/2017), in collaborazione con la UOC Oncologia - capofila UOC Urologia	
frequenza pazienti con ventilazione assistita che sviluppano una polmonite	
Indicazioni e reazioni infiammatoria da protesi	
Misurazioni preliminari di esposizione al radon presso ambienti gestiti dall'Azienda	
Monitoraggio delle attività che afferiscono al DEC	
monitoraggio schede obiettivi posizioni di coordinamento	
n. eventi avversi per PCA, analgesia epidurale, terapia convenzionale, elastomeri/totale pazienti trattati	
N. lotti testati/n. lotti totali	
n. pazienti con trattamento analgesico per tipo di chirurgia e strategia analgesica/totale pazienti trattati	
numero delle schede di non conformità compilate correttamente/totale schede	
Numero delle schede di screening del rischio suicidario compilate correttamente nei nuovi casi/ totale schede compilate	
numero di pazienti trasferiti in altri reparti di degenza il venerdì	
Numero schede di registrazione degli atti di aggressività compilate correttamente/ totale schede compilate	
Percentuale di recidiva precoce di ipertroidismo (al controllo a 6-12 mesi dalla somministrazione)	
perseguire gli obiettivi e gli indicatori individuati dal Risk manager in fase di negoziazione	
realizzazione di audit per la corretta codifica delle cartelle (DHG medici e Chirurgici) in collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo e il SIA entro 30/04/2017	
Redazione documento Piano delle verifiche di sicurezza elettrica e Piano delle manutenzioni preventive e dei controlli funzionali su apparecchiature elettromedicali	
revisione del sistema di assicurazione di qualità della radioterapia	
revisione PDRA Breast Unit entro il 15/07/2018 in collaborazione con le UOOC afferenti - capofila Chirurgia senologica	
Revisioni dei giudizi collegiali e revisione ipotesi di giudizio in interazione con il medico competente e il medico del lavoro	

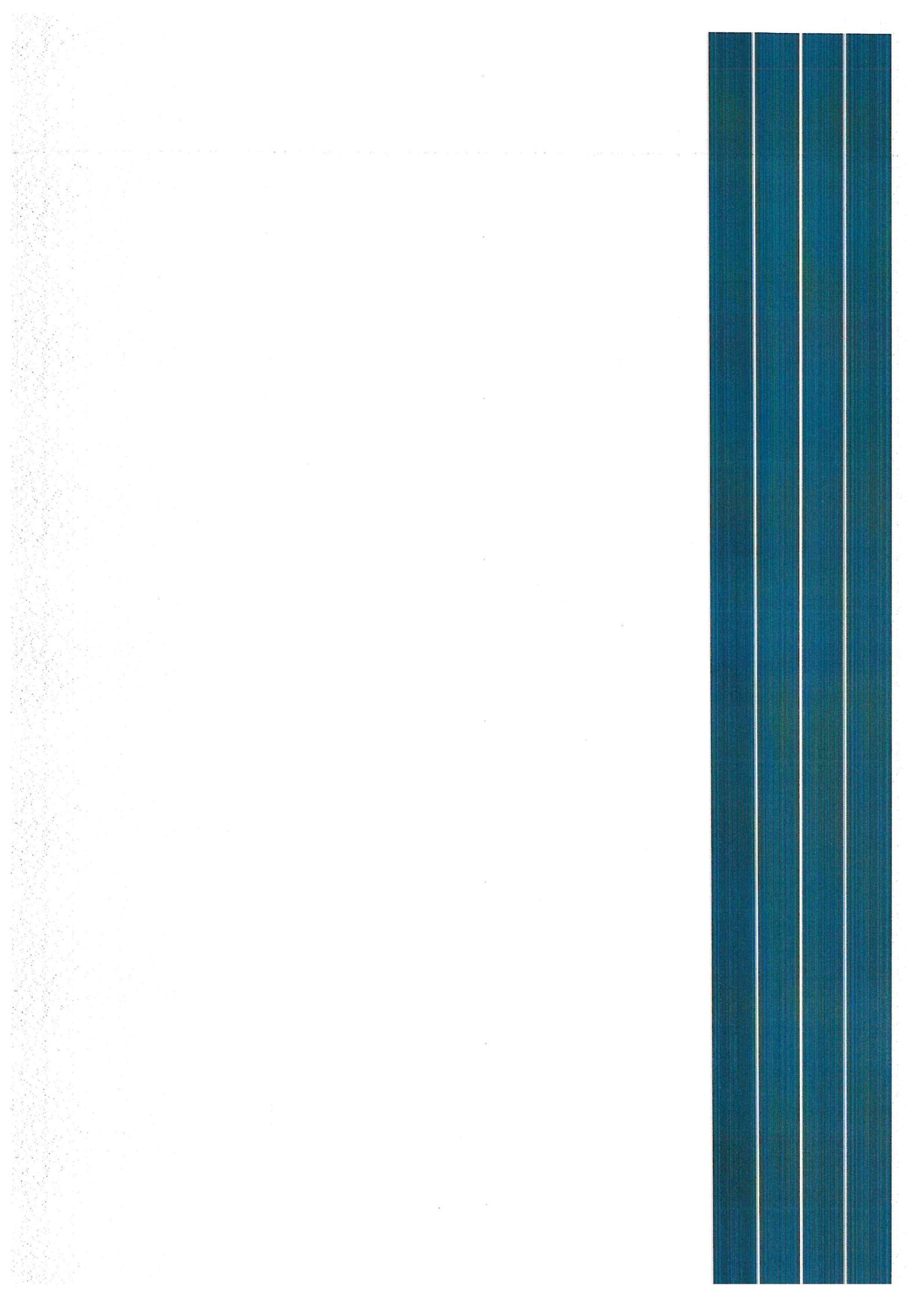
POLITICA E: Politiche di efficientamento dei sistemi

politiche > classe > obiettivo descrizione 2019

> INDICATORE (descrizione)

riduzione DRG medici da reparto chirurgico con accesso da PS  
riduzione DRG medici dimessi da reparto chirurgico con accesso da PS  
rientro in P.S. a 48 ore dal primo accesso per la stessa patologia di ricovero  
rientro in sala operatoria non pianificato durante lo stesso ricovero/ totale interventi  
ripetizione non programmata di procedura invasiva  
rispetto della normativa regionale riguardante la rendicontazione al fine di ottenere i rimborsi dal SSN (file F)  
ritorno non pianificato a 24-48-72 h per ricovero; non ricovero; osservazione  
utilizzo programma KOSMOS per la gestione del paziente in PS





DELIBERAZIONE N. **114** del 29 GEN 2019

composta di n. **5** pagine, frontespizio compresi e retro, e di n. **52** allegati.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il: **30 GEN 2019**  
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li **30 GEN 2019**

L'INCARICATO OO. CC.  
Ufficio Delibere  


Trasmessa al Collegio Sindacale il: **30 GEN 2019**

Viterbo, li **30 GEN 2019**

L'INCARICATO OO. CC.  
Ufficio Delibere  


La presente deliberazione è divenuta ESECUTIVA il: **30 GEN 2019**

Viterbo, li **30 GEN 2019**

L'INCARICATO OO. CC.  
Ufficio Delibere  


Viterbo, li **30 GEN 2019**

IL DIRETTORE  
U.O.C. AFFARI GENERALI  
