



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ASL
VITERBO**



**REGIONE
LAZIO**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE		N° : 200 DEL 31 GEN 2020
STRUTTURA PROPONENTE: U.O. C. PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE BILANCIO E SISTEMI INFORMATIVI		
OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE 2020-2022		
GUADAGNINI ANNA _____ L'Estensore		
Parere del Direttore Amministrativo: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE _____ Firma	Drssa Maria Luisa Velardi <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Data <u>28/01/2020</u>	
Parere del Direttore Sanitario : <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE _____ Firma	Drssa Antonella Proietti <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Data <u>28/01/2020</u>	
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. U.O.C. Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione, Bilancio e Sistemi Informativi _____ Firma Dott.ssa Patrizia Boninsegna Data <u>22.01.2020</u>	
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 : <u>ANNA GUADAGNINI</u> Data _____	_____ Firma ASL VITERBO Il Direttore f.f. U.O.C. Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione, Bilancio e Sistemi Informativi _____ Firma Dott.ssa Patrizia Boninsegna	
Il Dirigente : Data <u>22.01.2020</u>	_____ Firma ASL VITERBO Il Direttore f.f. U.O.C. Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione, Bilancio e Sistemi Informativi _____ Firma Dott.ssa Patrizia Boninsegna	
Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti []		

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE 2020-2022

**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*”;
- il DCA U00303 del 25/07/2019 “Adozione del piano di rientro 'Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021' ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”;
- la del.ne del Direttore Generale n. 201 del 12/2/2019 “Approvazione Piano Strategico 2019-2021”;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 29/01/2019 di approvazione del Piano Triennale delle Performance 2019-2021;

**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 2020-2022 della ASL di Viterbo, redatto nel mese di dicembre 2019, unitamente al Piano Strategico 2020-2022, è stato illustrato in occasione della Conferenza dei Servizi nei giorni 17, 18 E 19 dicembre 2019, 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 Valutazione con nota acquisita al protocollo generale dell'Azienda, n. 2106 del 13 gennaio 2020 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 2020-2022;

PRESO ATTO del Piano Triennale delle Performance 2020-2022 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”*

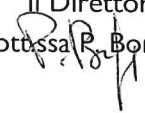
PROPONE

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

- di approvare il Piano Triennale delle Performance 2020-2022 e l'Allegato Tecnico che, allegati al presente atto, ne formano parte integrante e sostanziale;

- di dare atto che il Piano delle Performance 2020-2022 può essere pubblicato sul sito web aziendale;
- di stabilire che l'attuazione degli obiettivi inseriti nel Piano Triennale delle Performance 2020-2022 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

In virtù dei poteri previsti:

- dall'art.3 del D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii;
- dall'art.9 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii;

nonché delle funzioni e dei poteri conferiti con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T 00230 del 28.10.15 con il quale viene nominato il Direttore Generale della ASL di Viterbo , integrato con il Decreto n. T00311 del 27.12.2017 approvato con delibera n. 755 del 10.05.18 e con il Decreto n. T00242 del 03.10.19 approvato con delibera n. 2100 del 18.10.19;

VISTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Direttore delle UOC Pianificazione Programmazione Controllo di Gestione Bilancio e Sistemi Informativi;

PRESO ATTO che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1 della L.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 e di efficacia di cui all'art. 1 comma 1 L241/1990 e ss.mm.ii.;

DELIBERA

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

Il responsabile della struttura proponente provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici /organi rispettivamente interessati.

La presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo Pretorio on line dell'Azienda ai sensi dell'art.32 comma 1 della Legge 69/20019.

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Maria Luisa Velardi)



Il Direttore Sanitario
(Dr.ssa A. Proietti)



Il Direttore Generale
(Dr.ssa Daniela Donetti)



PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE 2020-2022
ASL VITERBO

Indice Piano Triennale delle Performance 2020-2022

1. **Il Piano Triennale delle Performance della ASL di Viterbo 2020-2022**
 - 1.1. Perché un focus sulla performance
 - 1.2. I “tempi” del Ciclo delle Performance
2. **L’Azienda Sanitaria Locale Viterbo**
 - 2.1. L’assetto aziendale
3. **L’identità**
 - 3.1. Mission e Vision
4. **Il contesto**
 - 4.1. I dati della popolazione residente
 - 4.2. La cronicità
 - 4.3. L’accessibilità delle cure e la presa in carico
 - 4.4. Le reti e i percorsi assistenziali
5. **Il modello di misurazione**
 - 5.1. Le dimensioni di analisi delle performance
 - 5.2. La misurazione e la valutazione della performance individuale
6. **L’albero delle performance**
7. **Il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**
 - 7.1. Il Piano della comunicazione

- 8. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**
 - 8.1. **Politica A:** evoluzione del sistema clinico assistenziale riabilitativo e azioni di prevenzione e garanzia del mantenimento dello stato di salute
 - 8.2. **Politica B:** i piani di diffusione: azioni per favorire la partecipazione attiva delle comunità e costruzione dei patti individuali di cura con i cittadini
 - 8.3. **Politica C:** sviluppo del sistema di innovazione gestionale
 - 8.4. **Politica D:** costruzione di un patto tra professionisti a garanzia del raggiungimento degli impegni e degli accordi di programma

- 9. Pianificazione operativa 2020-2022 e Monitoraggio del Piano**
 - 9.1. Pianificazione operativa 2020-2022
 - 9.2. Monitoraggio del Piano

ALLEGATO TECNICO: Tabella dei Piani Operativi

1. Il Piano Triennale delle Performance della ASL di Viterbo 2020-2022

Il Piano Triennale delle Performance della Asl di Viterbo 2020-2022 è stato redatto in coerenza con gli strumenti di programmazione regionale e con i vincoli di Bilancio; in particolare con i Programmi Operativi 2019-2021, con il DCA 155/2019 e con gli obiettivi di Contratto assegnati al Direttore Generale.

1.1 Perché un *focus* sulla performance

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

L'ASL di Viterbo fa propria la definizione di performance così come declinata dal Decreto Legislativo 150/2009, poi integrato con il Decreto Legislativo 74/2017:

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

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

1.2 I “tempi” del Ciclo delle Performance

Il Piano sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'ASL di Viterbo. Ha valenza strategica triennale (2020-2022), e viene declinato annualmente relativamente agli indirizzi strategici regionali, definendo, in coerenza con le risorse assegnate:

- a) obiettivi congrui alla missione della ASL e alle sue articolazioni organizzative;
- b) indicatori capaci di misurare nel tempo l'andamento dell'attività o dei processi soggetti a misurazione, valutazione e rendicontazione.

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

Il Piano comprende:

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

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

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

IL PROCESSO DI BUDGETING

GLI ATTORI

LE AZIONI

I TEMPI

settembre 2019	avvio elaborazione Piano Triennale delle Performance in coerenza con i Programmi Operativi, il PSR, gli obiettivi del D.G. ed i DCA della Regione Lazio	Controllo di Gestione
ottobre-novembre 2019	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 2019	Approvazione Bilancio di previsione 2019	Direzione Strategica, Economica e Finanze
dicembre 2019	convocazione Conferenza dei Servizi e presentazione Piano Triennale delle Performance; consegna ai Direttori di UU.OO.CC. ed i Dipartimentale della proposta di budget 2020	Direzione Strategica
entro il 10 gennaio 2020	consegna contributo responsabili UUOCCC e dip.li per la definizione obiettivi budget 2020	UUOCCC
31 gennaio 2020	approvazione del Piano Triennale della Performance	Direzione Strategica
31 gennaio 2020	consegna della documentazione relativa al raggiungimento degli obiettivi di budget 2019 e delle schede relative al contributo individuale	tutte le UUOCCC e Dip.li: CdG, CdG, Comitato di Budget, OIV, Direzione Strategica
gennaio 2020	validazione degli indicatori annuali di budget (2020) da parte dell'OIV ed avvio del processo di negoziazione	CdG, Comitato di Budget, Direzione Strategica
febbraio 2020	conclusione processo di negoziazione obiettivi di budget 2020.	Responsabili di Struttura
entro marzo 2020	contestualizzazione processo di budget all'interno delle UU.OO. e assegnazione obiettivi di performance individuali	Controllo di Gestione
aprile 2020	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2020 - I trimestre; invio relazione OIV	Direzione Strategica
aprile 2020	approvazione Bilancio consuntivo 2019	Controllo di Gestione - Politiche e Gestione delle Risorse Umane - Controllo di Gestione
maggio 2020	conclusione verifica risultati budget 2019 (misurazione performance organizzativa); conclusione verifica e misurazione performance individuale; invio proposta Relazione della Performance all'OIV	OIV
giugno 2020	validazione Relazione della Performance 2019 e proposta di valutazione dei dirigenti di vertice individuati nei Direttori di Dipartimento, di Distretto e di Area Amministrativa	Direzione Strategica
30 giugno 2020	approvazione Relazione e pubblicazione sul sito web aziendale	Controllo di Gestione
luglio 2020	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2020 - II trimestre; invio relazione OIV	Risorse Umane
luglio 2020	eseguzione saldo Incentivo di risultato comparto 2019; liquidazione incentivo di risultato alla dirigenza 2019	Controllo di Gestione
ottobre 2020	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2020 - III trimestre; invio relazione OIV	

ciclo Programmazione e Controllo
adempimenti Decreto L. n. 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

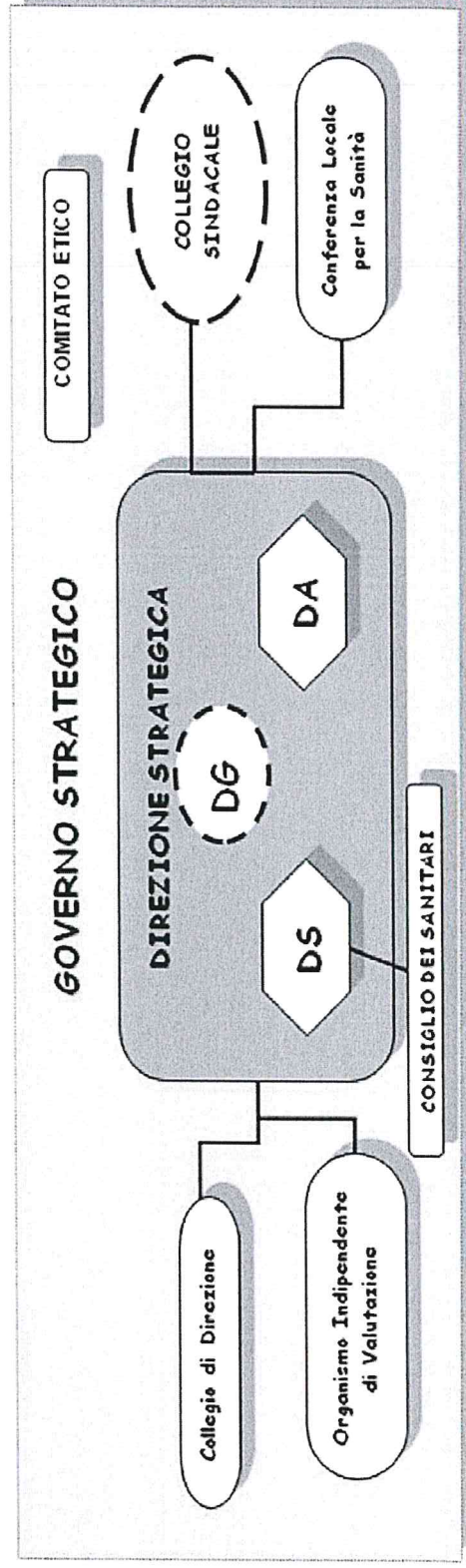
L'Azienda ASL di Viterbo è articolata territorialmente in tre Distretti, ai quali afferiscono i seguenti comuni:

Distretto A comprende i seguenti 28 comuni: *Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Montefiascone, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano, Arlena di Castro, Canino, Montalto di Castro, Monte Romano, Piansano, Tarquinia, Tessennano, 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, Oriolo Romano, Ronciglione, Villa San Giovanni in Tuscia, Sutri, Vejano, Vetralla, Calcata, Castel Sant'Elia, Civita Castellana, Corchiano, Fabrica di Roma, Faleria, Gallese, Nepi, Vallerano, Vasanello, Vignanello.*

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



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

PUBBLICO (Decreto 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
		LUNGOGENZA (Villa Immacolata)	31
		RICOVERO POST ACUZIE (Villa Immacolata)	103
TOTALE	687	TOTALE	2267

Strutture territoriali che offrono servizi sanitari:

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

3. L'identità

3.1. Mission e Vision

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

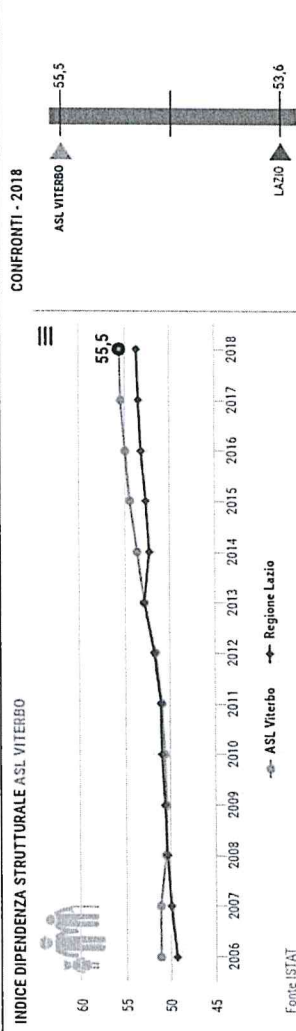
4. Il Contesto

4.1 I dati della popolazione residente

Nel 2018 in Provincia di Viterbo la popolazione over 65 è circa il 24% del totale, percentualmente superiore alla media regionale (21,5%) e nazionale (23%).

Nella provincia di Viterbo l'indice di dipendenza strutturale (vedi grafico) è pari a 55,5 significa che ogni 100 persone in età lavorativa ci sono 55,5 persone a carico (bambini e anziani). Anche questo valore colloca la provincia di Viterbo sopra la media regionale.

Sono inoltre presenti in Provincia di Viterbo al 1° gennaio 2019 31.876 stranieri e rappresentano il 10,1% della popolazione residente, di cui oltre il 52% donne.



Età	Celibi/ nubili	Coniugate	Vedove	Divorziate	Maschi	Femmine	Totale n.	Totale %
0-4	11.377	0	0	0	5.683	5.694	11.377	3,60%
5-9	13.169	0	0	0	6.777	6.392	13.169	4,20%
10-14	13.770	0	0	0	7.085	6.685	13.770	4,30%
15-19	13.631	7	0	0	7.067	6.572	13.639	4,30%
20-24	14.540	293	1	1	7.848	7.693	14.841	4,70%
25-29	14.421	1.771	1	29	8.503	7.719	16.222	5,10%
30-34	12.162	5.600	17	160	3.144	3.195	17.339	5,70%
35-39	9.960	10.255	48	418	10.040	10.041	20.081	6,30%
40-44	7.753	14.988	116	981	11.989	11.860	23.848	7,50%
45-49	6.641	17.688	254	1.583	12.358	12.318	25.176	7,90%
50-54	4.144	19.430	549	1.312	12.951	13.074	26.035	8,20%
55-59	2.637	18.444	926	1.658	11.522	12.045	23.667	7,50%
60-64	1.828	16.952	1.525	1.304	10.462	11.147	21.609	6,80%
65-69	1.333	15.893	2.133	993	9.689	10.053	19.642	6,20%
70-74	1.071	13.391	3.289	606	8.750	9.607	18.357	5,80%
75-79	786	9.639	4.228	351	6.599	7.335	14.534	4,60%
80-84	600	5.946	5.054	155	4.871	6.084	11.755	3,70%
85-89	372	2.904	4.424	76	2.842	4.734	7.376	2,30%
90-94	173	623	2.318	22	302	2.234	3.106	1,00%
95-99	58	66	685	2	151	680	811	0,30%
100+	3	1	52	0	5	51	56	0,00%
Totale	128.819	152.337	25.622	10.252	155.227	161.803	317.030	100%

Distribuzione della popolazione 2018 - provincia di Viterbo - Dati ISTAT 1° Gennaio 2019 - TUTTITALIA.IT

4.2 La cronicità

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

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

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

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

4.3 L'accessibilità delle cure e la presa in carico

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

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

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

4.4 Le reti e i percorsi assistenziali

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

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

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

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

- garantire la continuità assistenziale, e quindi favorire l'integrazione Ospedale-Territorio;
- evitare duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l'aspetto economico sia sul piano della qualità e promuoverne la corretta utilizzazione contrastando ogni forma di "consumismo sanitario";
- favorire la comunicazione sia tra le diverse figure professionali (Medici, Infermieri e altri operatori) che tra questi e i pazienti, sviluppando i relativi sistemi;
- garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni mediante la generale implementazione nei sistemi di rete delle metodologie del governo clinico;
- stimolare l'aggiornamento e migliorare (attraverso il confronto interdisciplinare ed interprofessionale) il livello culturale degli operatori 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 prospettico delle Reti e dei Percorsi Aziendali nella ASL di Viterbo

PERCORSO/RETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI RIFERIMENTO
POOL INFERMISTICO vaccinale e radiologico interventistico	del.ne 955 del 20/6/2017	DCA 89/2017
organizzazione week hospital	del.ne 199 del 12/2/2019	
RIMODULAZIONE POSTI LETTO RETE OSPEDALIERA ASL VITERBO	del.ne n. 731 del 2/5/2018	DCA 257/2017
PROCEDURA STESURA PIANO DIFFUSIONE	del.ne 202 del 12/2/2019	
ATTO DI RIMODULAZIONE AREA MEDICA PER INTENSITA' DI CURA	del.ne n. 822 del 21/5/2018	DCA 52/2018
PIANO RIORGANIZZAZIONE SORVEGLIANZA HIV E AIDS	del.ne 1053 del 20/6/2018	DCA 30/2018
la rete riabilitativa aziendale	del.ne 1422 del 22/8/2017; del.ne 200 del 12/2/2019	DCA 159 DEL 13/5/2016
rete terapia del dolore e cure palliative	del.ne 367 del 20/3/2017 - revisione con del.ne 654 del 18/4/2017	DCA 588/2015 e DCA 360/2016
rete cardiologica	del.ne 485/2016	DCA 412/2014
rete radiologica aziendale	del.ne 602/2014	
rete chirurgica	del.ne 239/2016	DCA 368/2014
U.P.A.C. (unità di programmazione dell'attività chirurgica) e percorsi di preospedalizzazione; REVISIONE DELLE FUNZIONI e regio blocco operatorio	del.ne 1000 del 1/8/2016; 120 del 30/1/2019; del.ne 2095 del 17/10/2019	
rete dei laboratori di genetica medica; revisione procedura operativa laboratorio genetica medica	del.ne 717/2016; del.ne n. 2428 del 28/12/2018	DCA 549 DEL 18/11/2015
rete aziendale per i disturbi cognitivi e le demenze	del.ne 1309 del 2/9/2019	
rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (MAD)	del.ne D.G. n. 1009 del 4/8/2016	
rete Odontoiatrica	del.ne 1626 del 18/9/2017; del.ne 1418 del 9/8/2018	DCA 588/2015
pdfa carcinoma della mammella - breast unit	del.ne 1015/2013; del.ne 603 del 24/4/2019	
istituzione G.O.M (gruppi multidisciplinari oncologici ASL VT	del.ne 655/2017	
PIC COLON RETTO	del.ne 655 del 26/4/2017	DCA 30/2017
REGOLAMENTO UFA	del.ne 1987 del 5/11/2018	
percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il tumore del polmone	del.ne 81/2015; del.ne 29 del 18/1/2017	DCA 419/2015
rete endocrinologica aziendale PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON NODULO TIROIDEO	del.ne n. 473 del 19/3/2019	
PDFA PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATI	del.ne 1044 del 20/6/2018	DCA 358 DEL 28/8/2017
percorso sclerosi multipla	del.ne 796/2016	DCA 386/2014
percorso autorizzativo assistenza protesica	del.ne 390/2016	DCA 384 DEL 4/8/2015
procedura per la prevenzione lesioni da pressione	del.ne 2379 del 27/12/2018	
percorso donazione organi e tessuti	del.ne 1566 del 30/7/2019	
procedura operativa per la gestione degli accessi venosi	del.ne 469 del 19/3/2019	
Obesity Unit e ambulatorio integrato D.A.	del.ne 60 del 23/1/2019	DCA 80/2016
PROTOCOLLO ACCERTAMENTI PER OMICIDIO STRADALE	del.ne 1621 del 1/9/2018	DCA 288/2016 e L. 41/2016
percorso per l'appropriatezza diagnostica endoscopica	del.ne 351/2016	DCA 437 DEL 28/10/2013 e D.M. del 9/12/2015
percorso per l'appropriatezza diagnostica di immagini	del.ne 271/2016	DCA 437 DEL 28/10/2013
PROCEDURA RISONANZA MAGNETICA IN PORTATORI DI PACE MAKER	DEL.NE 1949 DEL 10/10/2018	
appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali	del.ne 1008 del 4/8/2016	
Patients Blood Management	del.ne 264/2018	DCA 113/2017
procedura assistenza vittime violenza di genere "Non avere paura"	del.ne 333/2016	DCA 152 DEL 12/5/2014
NON AVER PAURA Hospedale	del.ne 333 del 7/3/2016	DCA 152/2015
percorso unico per le donne che subiscono violenza	del.ne 789 del 28/5/2019	
NON AVER PAURA Territorio	del.ne 1019 del 22/6/2017	DCA 152/2015
procedura violenza sui minori	del.ne 806/2016	L. 208 del 28/12/2015

PERCORSO/RETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI RIFERIMENTO
tavolo del volontariato	del.ne 1148 del 20/9/2016	
azienda migrant friendly	del.ne 1524 del 25/11/2016	
procedura per la gestione emergenza migranti	del.ne 1141 del 20/9/2016	
podia ictus e trombolisi	del.ne 305/2015	DCA 75/2010; DCA 90/2010
percorso stroke ischemia cerebrale	del.ne 1787 del 29/8/2019	
procedura trauma maggiore	del.ne 1899/2017	DCA 412/2014; DCA 368/2014
protocollo provinciale infarto del miocardio e percorsi cardiologici	del.ne 660 del 18 aprile 2018	DCA 257/2017
TRASFORMAZIONE DA P.P.I. A P.A.T. - A Montefiascone e Ronciglione	del.ne 122 del 31/12/2019	DCA 257/2017
protocollo bed management	del.ne 952/2016	DCA 257/2017
PATIENT MANAGEMENT NEL P. S. BELCOLLE	del.ne 111 del 29/1/2018	DCA 257/2017
gestione flussi ricoveri da PS	del.ne 2143 del 30/11/2018	LINEA 11.1 DEI PROGRAMMI OPERATIVI (DCA 52/2017)
percorsi fast track al P. S. Belcolle	del.ne 938/2016	DCA 412/2014
Attivazione dei programmi attività Teritoriali (PAT)	del.ne 644/2016	
Modello condiviso per la valutazione dei bisogni territoriali	del.ne 90 del 18/1/2016	
modello di funzionamento PUA urmd e pal	del.ne 1313 del 23/7/2018	DGR 149/2018
podia scompenso cardiaco	del.ne 338/2014	
podia diabete	del.ne 986/2013	DCA 581 del 14/12/2015
PIC DIABETE	del.ne 369 del 28/2/2018	DCA 581/2015; DCA 113/2016
PIC BPCO	del.ne 367 del 28/2/2018	DCA 113/2016
PIC SCOMPENSO CARDIACO	del.ne 366 del 28/2/2018	Piano Nazionale per la Prevenzione delle malattie cardiovascolari 2009/2013
PIC TAO	del.ne 368 del 28/2/2018	
percorsi di presa in carico minori e giovani adulti con problemi Psichiatrici, dipendenza sottoposti a procedimento penale	del.ne 699/2016	dca 188/2015
PERCORSO TUTELA SALUTE MENTALE ADULTO IN AMBITO PENITENZIARIO - Istituzione tavolo tecnico	del.ne n. 371 del 28/2/2018	DCA n. U00563/2017
PDTA RISCHIO SUICIDIO IN CARCERE	del.ne 1386 del 30/7/2018	DCA 563/2017
PDTA GESTIONE DELLE URGENZE IN PSICHIATRIA	del.ne 1045 del 20/6/2018	
Piano di Prevenzione Aziendale	del.ne 1865 del 29/12/2016; del.ne 784 del 7/5/2019	DCA 593/2015
Piano Aziendale Miglioramento screening mx e colon retto	del.ne D.G. 1867 del 29/12/2016	DCA 309/2015 E DCA 593/2015
Progetto Malattie sessualmente Trasmissibili	del.ne 1921 del 25/9/2019	
percorso nascita	del.ne 1378 del 10/7/2019	DCA 152/2014
gestione del rooming in	del.ne 1310 del 27/2/2019	
PERCORSO PARTO A DOMICILIO	del.ne 1020 del 22/6/2017; del.ne 1378 del 10/7/2019	DCA 395/2016
PERCORSO PERIPARTUM	del.ne 1601 del 11/9/2017	DSM 5 APA 2013; DCA 1527/2014
Percorso Mamma Segreta	del.ne 2096 del 17/10/2019	
Centro Provinciale disturbi Spetto Autistico	del.ne 1018 del 22/6/2017	
Centro di Riferimento per le Paralisi Cerebrali Infantili	del.ne 1081 del 5/7/2017	DCA 457 del 22/12/2014

5. Il modello di misurazione

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

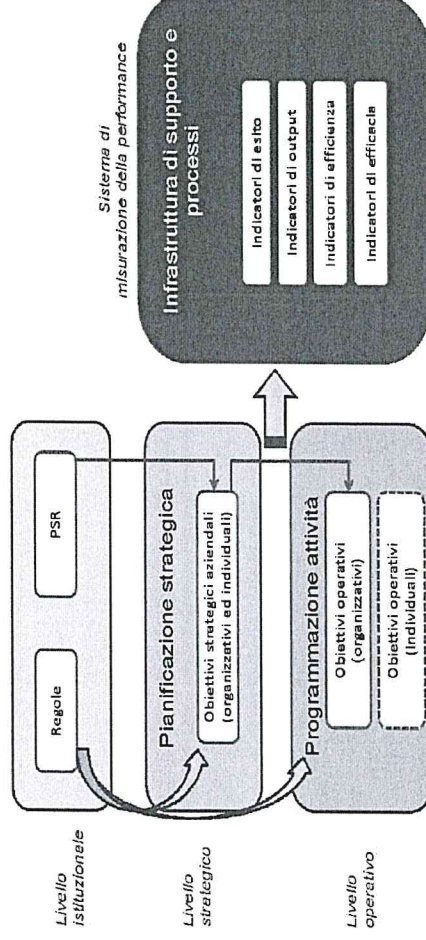
- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'Azienda Sanitaria;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali;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

Il modello è articolato su più livelli:

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

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

La figura di seguito rappresentata evidenzia i principi ispiratori



5.1 Le dimensioni di analisi delle performance

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

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

5.2 La misurazione e valutazione della performance individuale

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

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

6. L'albero delle performance

L'analisi del contesto interno ed esterno, l'individuazione dei punti di forza e di debolezza del sistema, il recepimento dei *Programmi Operativi 2019-2021 - Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*, approvati con DCA n. U00303 del 25 luglio 2019 e del contesto normativo di riferimento, conducono all'identificazione di quattro macro aree sulle quali improntare l'azione strategica di cambiamento. Tra di loro sono ovviamente interconnesse e la schematizzazione aiuta ad identificare meglio le azioni conseguenti e la coerenza con gli interventi e le azioni regionali:

A: evoluzione del sistema clinico assistenziale riabilitativo e azioni di prevenzione a garanzia del mantenimento dello

stato di salute per promuovere la qualità dell'assistenza e la riorganizzazione dei servizi attraverso:

- l'integrazione dell'offerta tra ospedale e territori attraverso il coordinamento di tutti gli interventi in relazione a: bisogno di salute, prossimità geografica, complessità della patologia e sicurezza delle cure;
- dimensionamento dell'offerta ospedale territorio in un'ottica di efficientamento della rete, anche attraverso la riconversione dei punti di erogazione;
- evoluzione del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero, a garanzia dei livelli di sicurezza e di efficientamento della rete;
- dimensionamento dell'ospedale di Belcolle in una visione prospettica anche in relazione alla gestione di reti funzionali interaziendali per patologia (Lazio Nord);
- implementazione dei sistemi di budget partecipativo socio-sanitario, in un'ottica di corretto bilanciamento tra attività sanitaria, socio-sanitaria e sociale, soprattutto attraverso l'attuazione di modelli di sanità di iniziativa e l'offerta attiva per la gestione delle cronicità, disabilità e salute mentale;
- sviluppo dell'utilizzo dei sistemi di innovazione tecnologica per il miglioramento della qualità assistenziale e l'ottimizzazione delle risorse;
- predisposizione di un'efficace sistema di orientamento e di informazione al cittadino, ai professionisti ed ai partners esterni;
- integrazione delle attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei percorsi di cura, promuovendo azioni che identifichino qualità ambientale e di vita come principi cardine a garanzia dello stato di salute e benessere sociale.

B: i piani di diffusione: azioni per favorire la partecipazione attiva delle comunità e costruzione dei patti individuali di cura con i cittadini attraverso:

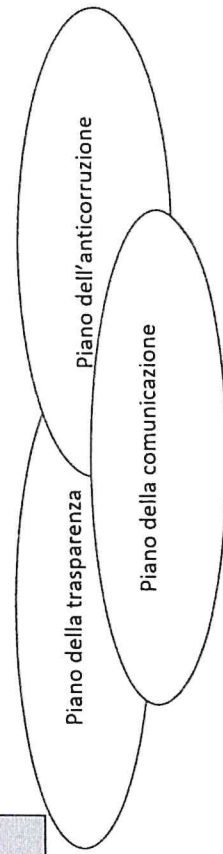
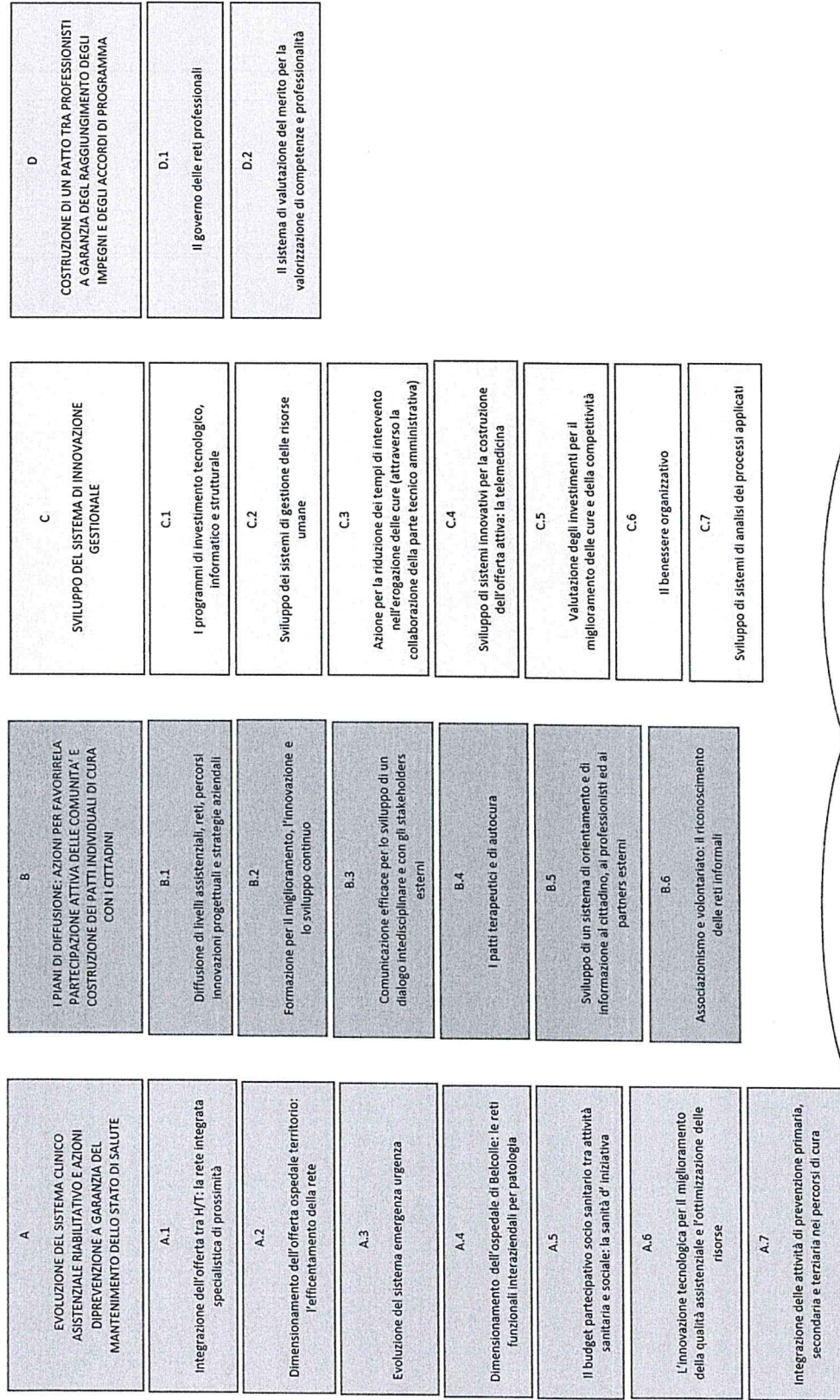
- la diffusione di livelli assistenziali, reti percorsi, innovazioni progettuali e strategie dell'Azienda;
- la formazione per il miglioramento, l'innovazione e lo sviluppo continuo;
- la comunicazione efficace per lo sviluppo di un dialogo interdisciplinare e con gli stakeholders esterni;
- sviluppo dei patti terapeutici e di cura per il miglioramento delle relazioni con il paziente ed i suoi familiari, volta ad aumentare l'aderenza alle proposte aziendali;
- lo sviluppo del sistema di orientamento per la facilitazione all'accesso al sistema salute attraverso un'efficace sistema di orientamento e di informazione al cittadino, ai professionisti ed ai partners esterni;
- la costruzione dei patti con la rete del volontariato e dell'associazionismo per il riconoscimento delle reti informali, basate sulla reciprocità e solidarietà, che hanno impatto sul sistema, canalizzando le energie e le azioni sostenibili a lungo termine
- la promozione del ruolo dell'associazionismo e del volontariato ed il riconoscimento delle reti informali

C: sviluppo del sistema di innovazione gestionale al fine:

- della condivisione delle strategie di sviluppo per l'aderenza dei nuovi programmi di investimento tecnologico informatico e strutturale;
- lo sviluppo di sistemi di gestione delle risorse umane in relazione alle loro reali attitudini, alla possibilità di crescita professionale quale valore aggiunto per l'Azienda;
- lo sviluppo di sistemi per la valutazione continua dell'efficiamento dei livelli di assistenza programmati e l'utilizzo delle risorse a garanzia della sostenibilità economica dell'Azienda;
- l'attuazione di azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di intervento nell'erogazione/qualità delle cure attraverso la collaborazione attiva della parte tecnico amministrativa;
- la valutazione degli investimenti per il miglioramento delle cure e la competitività e l'efficiamento dell'Azienda;
- lo sviluppo di sistemi atti al miglioramento del benessere organizzativo

D: costruzione di un patto tra professionisti a garanzia del raggiungimento degli impegni e degli accordi di programma attraverso:

- la costruzione ed il governo di reti professionali e l'implementazione operativa dell'approccio clinico-assistenziale multidisciplinare;
- la coerenza del sistema di valutazione del merito per una forte valorizzazione delle competenze e delle professionalità di cui l'Azienda dispone;



7. Il piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza

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

La trasparenza presenta un duplice profilo:

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

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 124 del 30/1/2018 la AUSL di Viterbo ha approvato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e 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 messaggi, i prodotti, i canali e i media utilizzati in una logica di efficienza ed efficacia. Consente di definire in modo chiaro (e misurabile) obiettivi, *target* e strumenti di un messaggio e di coordinare con maggiore efficacia le risorse umane, strumentali ed economiche a disposizione, rendendoli noti e valorizzando le scelte, i tempi di attuazione e le modalità di verifica delle proprie iniziative di comunicazione.

8. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico, associato ad una politica, è articolato in obiettivi operativi e relativi indicatori di performance, per ciascuno dei quali sono stati definiti i tempi, le azioni e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento, demandando alla predisposizione delle schede annuali di *budget* la definizione delle risorse assegnate. Ad ogni Centro di Responsabilità saranno declinati nelle schede di budget un numero limitato di indicatori, prioritari e coerenti all'attuazione dei progetti strategici dell'amministrazione e compatibili con le risorse assegnate.

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

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

8.1 Politica A: evoluzione del sistema clinico assistenziale riabilitativo e azioni di prevenzione a garanzia del mantenimento dello stato di salute

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

- riorganizzazione del modello territoriale nella logica di garantire la prossimità delle cure;
- l'efficientamento delle attività proprie dei dipartimenti e delle Unità Operative consolidando e riqualificando l'offerta assistenziale;
- l'implementazione delle reti e dei percorsi clinico assistenziali;
- miglioramento delle attività finalizzate alla prevenzione di eventi dannosi per i cittadini ed alla promozione dei corretti stili di vita ed a sostegno della sanità animale;
- implementazione di modelli organizzativi funzionali alla logica delle Reti

8.2 Politica B: i piani di diffusione: azioni per favorire la partecipazione attiva delle comunità e costruzione dei patti individuali di cura con i cittadini

Queste politiche sono atte a garantire un maggior grado di appropriatezza delle prestazioni erogate e fornire la migliore risposta clinica rispetto al problema di salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale cercando di ridurre il divario tra "bisogno" e "domanda" di prestazioni.

La promozione di azioni tese al miglioramento della performance dei professionisti è garantita da:

- audit organizzativi e clinici;
- formazione tra pari e/o con esperti esterni per promuovere l'EBP;
- l'addestramento sul campo dei professionisti;
- l'istituzione di gruppi di lavoro per la stesura di procedure e percorsi;
- lo sviluppo di attività e di servizi a supporto dell'autocura;

Il miglioramento per l'accesso e l'orientamento ai servizi passa attraverso:

- la promozione di azioni partecipate con volontariato ed associazionismo per l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi, favorendo l'offerta attiva;
- la promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi, implementando percorsi facilitanti;
- l'attuazione di azioni volte all'autocura ed alla promozione della salute

Tali politiche sono volte a valutare e misurare il soddisfacimento dei bisogni degli utenti, nonché lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini/utenti, i soggetti interessati, quali destinatari dei servizi. Quando si parla di orientamento e accesso ai servizi non si deve intendere il mero intento di fornire indicazioni logistiche all'utenza ma prefigurare un vero patto tra il soggetto erogatore del servizio ed il cittadino che miri ad una personalizzazione degli interventi, favorendo un'adeguata conoscenza delle attività offerte e di come si possa accedere alle cure. L'equità di accesso, la trasparenza e la semplificazione delle procedure, la garanzia dell'informazione, la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, la partecipazione del cittadino nei processi di valutazione dei servizi sono obiettivi prioritari delle politiche sanitarie.

La promozione della salute e l'autocura (empowerment) si basa sul rispetto dei diritti e la partecipazione del cittadino al processo, alle scelte relative ai servizi. L'azienda intende rispondere del proprio operato ai cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai cittadini è quindi necessario fornire informazioni su cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate. Ciò significa costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta libera e consapevole. Le azioni che l'azienda intende attuare sono:

- la costruzione di informazioni trasparenti e complete sia sui servizi che sulle procedure;
- la costruzione dei bilanci sociali e di missione dai quali si evince la comparazione dei dati di spesa con i dati di performance.

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

8.3 Politica C: sviluppo del sistema di innovazione gestionale

Le azioni a supporto di tale politica hanno come obiettivo primario il dimensionamento e la conseguente riorganizzazione dell'offerta sulla base dei volumi di attività misurati, di quelli prevedibili, del rispetto dei principi di prossimità delle cure, di sicurezza delle prestazioni erogate e della logica hub/spoke.

A tal fine l'Azienda sarà impegnata nelle azioni di transitional care, di innovazione dei processi, grazie al supporto dell'information technology ed il monitoraggio degli esiti e delle politiche di governance.

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

Strumento fondamentale della politica sarà il dimensionamento dei servizi nell'ambito delle Reti aziendali, nella logica di garantire l'equilibrio tra la domanda e l'offerta, progettando l'articolazione e la localizzazione dei servizi sulla base dei principi sopra elencati e tenendo conto della dotazione tecnologica e strumentale.

Obiettivi comuni ai dipartimenti saranno:

- la riorganizzazione delle aree di degenza sulla base dell'intensità di cura;
- l'istituzione di ambulatori multiprofessionali per i pazienti complessi e/o di percorsi ambulatoriali dedicati;

8.4 Politica D: costruzione di un patto tra professionisti a garanzia del raggiungimento degli impegni e degli accordi di programma

Le politiche contenute in questa sezione definiscono l'articolazione della matrice delle responsabilità nell'ambito dell'organizzazione aziendale al fine di governare e gestire le reti per patologia e i centri, le centrali operative, i percorsi assistenziali, attraverso una modalità di responsabilizzazione diffusa, graduata in base ai livelli di complessità e coerente con l'intero disegno organizzativo aziendale.

Ha la funzione di potenziare e sviluppare le reti cliniche mediante la definizione di responsabilità gestionali chiare regolamentando relazioni strutturate interne alle reti, che superino quelle attuali informali, al fine di garantire equità di accesso all'offerta da parte dei cittadini, un efficiente impiego delle risorse umane, tecnologiche e degli spazi fisici, continuità dell'assistenza nei diversi setting assistenziali, tra le diverse strutture erogatrici, ospedaliere e territoriali.

L'intento è quello di capitalizzare i risultati positivi già conseguiti sviluppando ulteriormente il modello delle reti e dei centri, centrali operative e percorsi assistenziali, che ne fanno parte, in modo da rafforzarne la strutturazione e potenziarne la funzionalità.

Le reti cliniche devono evolversi da "comunità di pratica" in articolazioni organizzative della azienda sanitaria alle quali è affidata la programmazione e l'attuazione dei percorsi di cura per ambiti definiti di patologie. Il modello di rete prevede non solo la definizione e l'individuazione dei diversi servizi che ne fanno parte, ma anche la definizione di relazioni strutturate tra i diversi erogatori attraverso un sistema di governance della rete a supporto della collaborazione interorganizzativa, superando le modalità di interazione informali tramite le relazioni interpersonali tra operatori sanitari. Senza queste componenti una rete è una mera distribuzione territoriale delle varie articolazioni organizzative.

Coerentemente con tale organizzazione risulta necessario definire i criteri ed il percorso per la graduazione, l'assegnazione e la valorizzazione dei nuovi incarichi dirigenziali previsti per i ruoli di coordinamento necessari al funzionamento della rete.

Parallelamente viene realizzato un sistema di monitoraggio delle reti mediante un **cruscotto dedicato** basato su flussi informativi correnti e ad hoc, avvalendosi anche della collaborazione del Controllo di Gestione, SIA e Risk Management.

Si prevede uno specifico percorso formativo, le cui articolazioni saranno previste all'interno del Piano Formativo aziendale per i dirigenti titolari dei nuovi incarichi.

9. Pianificazione operativa 2020-2022 e Monitoraggio del Piano

9.1 Pianificazione operativa 2020-2022

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

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

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

Le indicazioni del piano triennale delle performance vengono contestualizzate negli obiettivi e indicatori di tutte le strutture complesse e dipartimentali dell'azienda attraverso lo strumento dei budget operativi annuali secondo le modalità individuate nel ciclo della performance. Relativamente al 2020 si procederà alla specifica attribuzione degli obiettivi e degli indicatori a tutte le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali dell'Azienda, attraverso lo strumento dei *Budget Operativi* Annuali. Per ogni singola struttura si procede ad assegnare un numero limitato di obiettivi ed indicatori, prioritari e coerenti, chiaramente collegati all'attuazione dei progetti strategici aziendali e compatibile con le risorse assegnate. Per i successivi anni si procederà secondo le modalità individuate nel Ciclo della Performance. I *Budget Operativi* Annuali costituiscono strumenti di gestione e valutazione specifica delle unità operative, alla luce dei risultati effettivamente conseguiti in un orizzonte temporale triennale, rispettoso delle peculiarità e dello stato di partenza delle singole aree di responsabilità.

9.2 Monitoraggio del Piano

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

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

ALLEGATO TECNICO: Tabella dei Piani Operativi

POLITICA A	
EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO: COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI, AZIONI PER LA PREVENZIONE E A GARANZIA DELLO STATO DI SALUTE	
classe obli	INDICATORE (descrizione)
1/A	<p>Integrazione dell'offerta tra V/7: la rete integrata specialistica di prossimità</p> <p>applicazione procedura di coesistenza nei pazienti con dipendenza dimessi da SPDC e inviati a CSM</p> <p>Scure palliative domiciliari: n. annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore</p> <p>Scure palliative domiciliari: n. malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3gg/n. malati curati a domicilio con assistenza conclusa</p> <p>Scure palliative malati domiciliari: n. malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208), assistiti dalla Rete di Cure palliative a domicilio/n. malati deceduti per malattia oncologica per anno</p> <p>% di donne che eseguono l'aspirazione radicale dei linfonodi ascellari</p> <p>% di persone di età >65 anni seguite in AD residenti nella ASI (fonte dati SIAT)/numero di persone di età >65 anni residenti nella ASI (fonte dati ISTAT)</p> <p>**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 accreditate, e private non in convenzione</p> <p>*completamento ed implementazione del sistema informativo sulla salute mentale (anche per i disturbi alimentari) adulti e minori/giovani adulti (anche del circuito penale) ed integrazione nel SIAT - condizionato alla messa a regime del programma da parte della Regione Lazio</p> <p>*completamento ed implementazione del sistema informativo sulla salute mentale (anche per i disturbi alimentari) adulti e minori/giovani adulti (anche del circuito penale) ed integrazione nel SIAT - obiettivo condizionato all'installazione del sistema dedicato sui PC di tutte le équipe distrettuali</p> <p>*implementazione percorso per le donne a rischio per tumore della mammella eredo familiare o in follow up per progresso trattamento della patologia mammaria integrati nei programmi di screening con lo sviluppo di un piano integrativo aziendale - Capofila responsabile Breast Unit</p> <p>*Incremento del numero di donazioni del sangue</p> <p>*n. di unità di plasmaderivate raccolte</p> <p>*riduzione delle mammografie erogate in esenzione sulla popolazione target al di fuori del programma di screening</p> <p>. numero imprese sottoposte a vigilanza nel territorio aziendale di competenza</p> <p>. Percentuale interventi per frattura femore entro 48h/ accesso per pazienti >65 anni</p> <p>Adesione Screening Cervicocarcinoma: inserimento tempestivo in SIPSOWEB esami istologici dei 2 Livelli e degli interventi chirurgici</p> <p>Adesione Screening Cervicocarcinoma: lettura nel rispetto dei tempi GISC</p> <p>Adesione Screening colon rettole: riconversione delle colonoscopie con impegnativa in colonoscopie di Screening - Capofila Coordinamento Screening</p> <p>Adesione Screening colon retto: inserimento tempestivo in SIPSOWEB esami istologici dei 2 Livelli e degli interventi chirurgici</p> <p>Adesione Screening mammografico: esecuzione e lettura mammografie di 1° livello Esecuzione 2° livello</p> <p>Adesione Screening mammografico: esecuzione interventi chirurgici nei tempi previsti dal GISMA e inserimento tempestivo in SIPSOWEB - In collaborazione con l'Anatomia Patologica</p> <p>Adesione Screening Mammografico: inserimento tempestivo in SIPSOWEB esami istologici dei 2 Livelli e degli interventi chirurgici</p> <p>apertura Casa della Salute di Ronciglione</p> <p>applicazione del modello di budget di salute in ambito riabilitativo nell'area della Salute Mentale, in collaborazione con il DSM - capofila DSM</p> <p>applicazione del PDTA per le urgenze-emergenze psichiatriche: monitoraggio con presentazione report trimestrali</p> <p>Applicazione delle procedure aziendali sull'appropriatezza della contenzione e rischio suicidario: revisione della procedura</p> <p>applicazione e implementazione a regime della piattaforma SPC con codivisione delle procedure e dei dati</p> <p>attivazione ambulatorio MED in collaborazione con le Cure Primarie: presentazione procedura condivisa con le Cure Primarie e attivazione</p> <p>attivazione dei corsi su piattaforma e learning per attività formative in ECM</p> <p>Attivazione dei percorsi di telemedicina e teleconsulto: risposta agli ECG inviati dal P.5, entro 30 min.</p> <p>attivazione PAC DHD e follow up neonati pretermine con presa in carico dei neonati pretermine (inviati dalla pediatria di Belcolle)</p> <p>attività mammografica per screening: rispetto dei valori standard riferiti al round</p> <p>azione di miglioramento degli standard di accoglienza c/o I PS; presentazione piano di miglioramento dei percorsi di accoglienza al paziente e dei suoi familiari</p> <p>azione di miglioramento degli standard di accoglienza c/o I PS; somministrazione di almeno 2 questionari a distanza di 6 mesi</p>

azioni per la riduzione delle liste d'attesa: utilizzo delle agende di follow-up nelle visite successive alla prima e post operatorio

controllo qualità: applicazione delle procedure di controllo di qualità e dell'appropriatezza diagnostica

corretta alimentazione del flusso regionale SIRD in tutti i centri SERO della ASL

Correttezza della codifica: azzeramento % dimessa da riammissione a domicilio/totale dimessi da riammissione

CPRE: soddisfacimento delle richieste aziendali

Definizione convenzione con le strutture accreditate residenziali relative alle prestazioni trasfusionali (parte tecnica) - Capofila Affari Generali

Definizione di una reportistica articolata per linea di attività e per distretto

definizione e monitoraggio di indicatori di esito per misurare l'efficacia dei PAI (es Vineland)

definizione procedura per ingresso in hospice, in collaborazione con Distretti, Oncologia, PGGA

Diminuzione delle riammissioni a 30 gg per BPCO

Dimissione paziente da SPDC e contestuale presa in carico da UOC competente del territorio con revisione del progetto terapeutico

Dimissione paziente da SPDC: appuntamento fissato presso il CSM di riferimento entro 7 gg dalla dimissione (come risulta dalla scheda di dimissione da SPDC)

Estensione Screening colon rettaile: Condivisione con Coordinamento Screening del calendario inviti

Estensione Screening mammografico: stesura calendario inviti con Coordinamento Screening

favore l'esecuzione del progetto "CARTA D" e avvio protocollo informatizzato entro il 31/10/2019

garantire la lettura rx e TC torace per silicosi

Garantire l'attività del 2° livello e trattamento screening del cervico carcinoma (come da delibera aziendale n. 1396/2016) in riferimento a quantità e qualità

implementazione dei percorsi all'interno del Pronto Soccorso per il codice argento - applicazione dal 1 luglio

Implementazione reporting per risultati critici dei test diagnostici per la riduzione di esami inappropriati

Incremento delle attività erogate presso le Case della Salute: n. soggetti trattati, n. prestazioni infermieristiche e per branca specialistica, n. tipologia e PDTA attivi e n. paz. arruolati in ciascun PDTA

Incremento invio pazienti in trattamento al Centro antifumo aziendale

Incremento numero di pazienti arruolate da consultorio

Integrazione con l'ambulatorio cardiologico per l'attivazione con codice di urgenza del dolore toracico (GIPSE/Prestazioni PAC)

Introduzione delle procedure interdisciplinari per l'attivazione con codice di urgenza del dolore toracico (GIPSE/Prestazioni PAC)

Mappatura delle procedure/protocolli/percorsi facilitati di carattere organizzativo/operativo

Mappatura scuole della provincia di Viterbo e delle relative mense per il controllo dei menu riguardo la cellachia

monitoraggio degli indicatori di funzionamento del PDTA carcinoma della prostata (del n. 1044/2018); presentazione report trimestrali alla DSA e al Controllo di Gestione

monitoraggio PDTA per disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità; presentazione report trimestrali

monitoraggio degli indicatori della rete desattivi nel documento; presentazione report trimestrale alla Direzione Sanitaria Aziendale ed al Controllo di Gestione

monitoraggio dei PAI con presentazione di report trimestrali alla DSA, al Controllo di gestione ed al distretto di competenza per l'attivazione della Unità Valutativa integrata di strutturale

Monitoraggio dei ricoveri ripetuti con stessa MDC in SPDC/n. accessi totali in SPDC

Monitoraggio dei ricoveri ripetuti con stessa MDC/lot ricoveri in SPDC o in strutture private accreditate

Monitoraggio del PDTA per la sclerosi multipla 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 del Percorso Assistenziale per la donna che richiede l'OGV con i seguenti indicatori: 1. n colloqui psicologo/n richieste IVG; 2. * MINORE: n colloqui psicologo/n richieste IVG

monitoraggio indicatori procedura operativa relativa all'omicidio stradale: presentazione report trimestrale alla Direzione Sanitaria Aziendale ed al controllo di gestione

monitoraggio PDTA per disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità; presentazione report trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale ed al controllo di gestione

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 a utenti STP, ENI e ROM/ n. utenti STP, ENI e ROM presenti nella ASL (valore stimato)

POLITICA - A	INDICATORE (descrizione)
Class. ob. obiettivo descrizione 2019	EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO: COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA, CON I CITTADINI/AZIONI PER LA PREVENZIONE E LA GARANZIA DELLO STATO DI SALUTE
	<p>Monitoraggio percorso screening oncologico del cervico carcinoma con il seguente indicatore: "n. test erogati presso il Consultori Familiare/totale test erogati nella ASL</p> <p>N. nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita</p> <p>n. pazienti presi in carico con PAI (ASL e cooperative+accidenti+ASI)/n. pazienti in lista di attesa</p> <p>Numero di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-74 anni) nel programma di screening organizzato, calcolate nel periodo di riferimento x100</p> <p>omogeneizzazione procedure per l'istruzione delle richieste di rilascio, conferma, revisione della paziente di guida e nascita presso la Commissione Medica Locale patenti di guida di Viterbo;</p> <p>partecipazione alla attivazione della rete logistica di laboratorio secondo DCA 219/2014</p> <p>partecipazione per meeting multidisciplinari per oncologia</p> <p>PDTA (casi emorragico spontaneo: capofila in collaborazione con il DEA Ila neurologia e diagnostica. Presentazione alla Direzione Strategica del documento entro il 31/10/19</p> <p>PDTA (casi emorragico spontaneo: capofila la UOC-neurochirurgia. In collaborazione con il DEA. Presentazione alla Direzione Strategica del documento entro il 31/10/19</p> <p>PDTA (casi emorragico spontaneo: capofila la UOC-neurochirurgia. In collaborazione con il DEA. Presentazione alla Direzione Strategica del documento entro il 31/10/19</p> <p>PDTA (casi emorragico spontaneo: capofila la UOC-neurochirurgia. In collaborazione con il DEA. Presentazione alla Direzione Strategica del documento entro il 31/10/19</p> <p>Piano Regionale di Prevenzione: attività relative al REACH</p> <p>presa in carico dei neonati pretermine inviati dalla Pediatria di Belcolle e follow up fino ai sei anni</p>
	<p>Presi in carico dei pazienti in ADI nel rispetto degli standard definiti nel DCA 283/2016 e DCA 95/2018. % di persone di età >65 anni seguite in AD residenti nella ASL (fonte dati SIAT)/numero di persone di età >65 anni residenti nella ASL (fonte dati SIAT)</p>
	<p>Presi in carico di pazienti affetti da diabete (neodiagnostici e/o prevalenti)</p>
	<p>Presi in carico di pazienti affetti daBPCO (neodiagnostici e/o prevalenti)</p>
	<p>Presi in carico fumatori inviati dai partecipanti alla rete BPCO e altre patologie.</p>
	<p>Presi in carico psicologica dei pazienti diabetici tipo 1 all'esordio</p>
	<p>presentazione del Piano aziendale delle cronicità sulla base dei Profili di Salute</p>
	<p>presentazione PDTA per disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità</p>
	<p>presentazione PDTA per la gestione del paziente affetto da ulcere con definizione degli indicatori di misurazione della rete</p>
	<p>Presentazione progetto rete territoriale per le patologie vascolari</p>
	<p>Prevenzione dei rischi cardiologici: aumento % fumatori inviati al centro anti-fumo dei pazienti fumatori / sul totale dei pazienti fumatori</p>
	<p>Realizzare eventi formativi in collaborazione con il tavolo del volontariato o per la costruzione dell'Azienda culturalmente competente</p>
	<p>realizzazione corsi sulla comunicazione / relazione con gli utenti e i famigliari nella gestione dell'aggressività</p>
	<p>realizzazione corsi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro per personale interno all'azienda e per esterni in collaborazione con SPRESAL e Responsabile SPP</p>
	<p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: breast unit e PDTA per pazienti ad alto rischio per Ca mammella</p>
	<p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: percorso per l'appropriatezza diagnostica per Immagini per BPCO e scompenso cardiaco</p>
	<p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: PIC colon retto, breast unit.</p>
	<p>realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: PIC colon retto, percorso per l'appropriatezza diagnostica per immagini, breast unit e PDTA oncologici</p>
	<p>Realizzazione dei corsi relativi alle strategie per la comunicazione e l'informazione aziendale</p>
	<p>realizzazione della rete aziendale dei laboratori: presentazione documento condiviso con le UUOO Diagnostica Clinica, Anatomia Patologica e Laboratorio di Genetica Medica</p>
	<p>Realizzazione seminari agli studenti dei corsi universitari per l'adeguamento al codice di comportamento aziendale</p>
	<p>report annuale su "Le operazioni con Amianto nella Regione Lazio (art. 9 L. 257/1992)</p>
	<p>Reti aziendali di telecardiologia: centralizzazione elettrocardiogrammi e holter</p>
	<p>Reti consultoriale e Monitoraggio del percorso G.I.L. Adozione con i seguenti indicatori: rispetto degli indicatori del percorso</p>
	<p>Reti consultoriale e Monitoraggio del percorso interventi di contrasto alla violenza di genere: rispetto degli indicatori del percorso</p>
	<p>RETE DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO: applicazione della Rete con produzione di report di monitoraggio trimestrale sulle attività della Rete, compresi gli 8 percorsi consultoriali previsti dal DCA - relativamente al percorso Nascita - Gil adozione -</p>
	<p>Violenza di genere la reportistica è redatta in collaborazione con il Governo delle Professioni 152/2015</p>
	<p>RETE DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO: presentazione documenti relativi alla Rete alla Direzione Strategica entro il 30 aprile e organizzazione evento di presentazione della Rete il 7 giugno</p>

POLITICA A		EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO-COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI-AZIONI PER LA PREVENZIONE E A GARANZIA DELLO STATO DI SALUTE	
classe obli	obiettivo	descrizione	2019
		<p>Indicatore (descrizione)</p> <p>Reti della Salute Mentale: attivazione revisione rete ambulatoriale h/1 con ridefinizione degli ambulatori di 1° e 2° livello e ottimizzazione della logistica - Capofila: UOC Cure Primarie e Direzione Sanitaria Polo</p> <p>Revisione dei progetti Paint e/o Punti PreInfo: presentazione proposta entro il 30/06/19 alla Direzione Strategica</p> <p>ridefinizione dei Profili di Salute sulla base dei dati pubblicati sul nuovo portale regionale - "www.statosaluteabruzzo.it"</p> <p>Riduzione delle mammografie erogate in esenzione sulla popolazione target al di fuori del programma di screening</p> <p>riformulazione della programmazione sanitaria in relazione ai Profili di Salute: presentazione entro luglio e aggiornamento entro novembre 2019 (finalizzato al Piano Strategico)</p> <p>organizzazione rete ambulatoriale h/1 con ridefinizione degli ambulatori di 1° e 2° livello e ottimizzazione della logistica - Capofila: UOC Cure Primarie e Direzione Sanitaria Polo</p> <p>organizzazione rete ambulatoriale h/1 con ridefinizione degli ambulatori di 1° e 2° livello e ottimizzazione della logistica - Capofila: UOCSD Dermatologia in collaborazione con UOC Cure Primarie e Direzione Sanitaria Polo</p> <p>rispetto degli adempimenti previsti dai decreti commissariati</p> <p>Rispetto degli indicatori contenuti nella deliberazione 120/2019 di riorganizzazione dell'UPAC del Blocco operatorio e del percorso di preospedalizzazione</p> <p>Rispetto degli indicatori del percorso nascita. Presentazione report trimestrali</p> <p>Rispetto degli indicatori previsti dalla Breast Unit</p> <p>Rispetto dei tempi nella liquidazione delle fatture</p> <p>Rispetto del budget assegnato in coerenza con il piano formativo aziendale</p> <p>Screening audio vestibologico: riorganizzazione dell'attività per garantire l'omogeneità su tutto il territorio provinciale in collaborazione con la UOC Cure Primarie, presentazione proposto entro il 30/06 e applicazione del protocollo nel secondo semestre</p> <p>Screening colon rettale: Garantire esecuzione degli accertamenti di 2° livello come da Delibere 542 del 6/6/2013; 295 del 12/4/2014</p> <p>Screening colon rettale: garantire esecuzione degli accertamenti di 2° livello come da Delibere 542 del 6/6/2013; 295 del 12/4/2014</p> <p>Supporto alla UOSD Coordinamento Attività Vaccinali nell'attività di notifica e sorveglianza delle malattie infettive</p> <p>supporto epidemiologico alla Direzione Strategica e del Dipartimento di Prevenzione nella elaborazione di progetti di ricerca scientifica. In particolare relativi al rapporto ambiente e salute: campagna di prevenzione "Rispettare l'Ambiente è Salute"</p> <p>trasfusi domiciliari: presentazione piano di fattibilità per la riattivazione del servizio entro 30 aprile 2019 (in collaborazione con ADI)</p> <p>Dimensionamento dell'offerta ospedale territorio: l'el</p> <p>Numero assistiti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 abitanti</p> <p>100% inserimento dati nel sistema nei tempi previsti sipoweb e report mensile dell'attività e delle aree critiche nel supporto da parte di altre UO coinvolte nelle attività di estensione e adesione</p> <p>Appropriatezza: Accertamenti morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali in Terapia intensiva</p> <p>attivazione ambulatorio di radiologia interventistica</p> <p>Attivazione colonoscopia virtuale per interni e per completamento indagine in ambito di screening - studio di fattibilità per apertura ad utenti esterni</p> <p>aumento del numero di prelievi (tessuti e cornee) idonei in caso di decessi in rianimazione</p> <p>copertura dello screening antitubercolosi per la popolazione immigrata</p> <p>Implementazione del percorso nascita 4.C: inserimento in piattaforma degli aspetti del puerperio</p> <p>monitoraggio applicazione del PDTA per le urgenze-emergenze psichiatriche: presentazione report trimestrali</p> <p>Monitoraggio n. parti a domicilio</p> <p>Rispetto dei tempi ottimali per esami e prestazioni richiesti in consulenza dal P.S. - I valori saranno rilevati dal sistema Kosmos</p> <p>Rispetto dei tempi ottimali per esami e prestazioni richiesti in consulenza dal P.S. - I valori saranno rilevati dal sistema Kosmos e attraverso il sistema Noemalife</p> <p>Rispetto degli indicatori presenti nel Piano Aziendale della Prevenzione in base alle competenze specifiche della UO con Report trimestrale alla Direzione Strategica ed in copia al Controllo di Gestione</p> <p>Rispetto degli indicatori presenti nel Piano Regionale della Prevenzione in base alle competenze specifiche della UO</p> <p>Rispetto degli indicatori presenti nel Piano Regionale della Prevenzione in base alle competenze specifiche della UO con Report trimestrale alla Direzione Strategica ed in copia al Controllo di Gestione</p> <p>Rispetto degli indicatori presenti nel Piano Regionale della Prevenzione in base alle competenze specifiche della UO con Report trimestrale alla Direzione Strategica ed in copia al Controllo di Gestione</p> <p>% di persone di età >65 anni seguite in AD residenti nella ASL (fonte dati SIAT)/numero di persone di età >65 anni residenti nella ASL (fonte dati ISTAT)</p> <p>% screening psicologici/tot nuovi pazienti con sclerosi multiple</p>	
		<p>I patti terapeutici e di autocura</p> <p>integrazione dell'offerta tra h/1: la rete integrata speci</p> <p>integrazione delle attività di prevenzione primaria, set</p>	

- % screening psicologici/totale nuovi pazienti del Centro AIDS
- Adesione Screening CCR (Distribuzione e Riconsegna Provette, Sensibilizzazione operatori Sanitari, MMG e utenti)
- 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 campioni programmati dal Piano Nazionale Residui
- Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 aa) - n. soggetti di età >=65 aa vaccinati e residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna
- percentuale di campionamenti effettuati su totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, regolamenti CE 882 e 854/2004
- proporzione di cancer screen detected in stadio I+ al round successivi a quello di prevalenza numero dei cancri invasivi screen-detected/numero di tutti i cancer screen detected *100;
- Volume di angioplastica coronarica percutanea
- % allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza
- % dei campioni previsti in attuazione nel programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 12/12/1992)
- % di aziende ovcaprine controllate per anagrafe ovcaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06
- percentuale di allevamenti controllati per Brucellosi ovcaprina, 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 l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie
- assistenza domiciliare: soddisfacimento delle richieste di presa in carico dei pazienti
- attuazione del protocollo di "accoglienza per il detenuto nuovo giurino" (del. n. 371/2018); presentazione report trimestrali alla DSA e al Controllo di Gestione
- Attuazioni attività progettuali in partnership con INAIL finalizzate alla sperimentazione di almeno una procedura in ogni ASL pubblica
- 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 e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale
- 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
- Completo adempimento delle misure previste dal Ministero della Salute
- corretta compilazione e mantenimento di un database informatizzato sui vaccini somministrati inclusi le somministrazioni per la medicina del viaggiatore
- definizione e attivazione del PDTA per DSA, in collaborazione con la UOC Psicologia
- definizione e attivazione percorso gestione malattie rare in nefrologia e gestione paziente diabetico in dialisi: definizione entro il 30/6/2019 e attivazione entro il 30/9/2019
- Effettuazione coronografia entro 24 ore per pazienti efficacemente trombolisati
- elaborazione nei tempi stabiliti del PAI esternalizzati e tempestiva trasmissione al Distretto di competenza per l'attivazione della Unità Valutativa Integrata distrettuale
- Elaborazione progetto "Genitori Sicuri Bambini Protetti": costruzione cronoprogramma e avvio del progetto
- Esecuzione della trombolisi in tutti i pazienti con STEMI eleggibili per trattamento non trasferibili in tempo utile in emodinamica
- esecuzione della urgenza dialitiche entro 24h (DRG 5849)
- Formazione degli allevatori rispetto alla identificazione e registrazione degli animali ed utilizzo della banca dati nazionale
- Garantire il monitoraggio rischio biologico di tutte le sale operatorie; effettuazione primo prelievo a Belcolle entro aprile.
- garantire il rispetto dei tempi per le richieste di medicina necroscopica aziendale, previa revisione della procedura aziendale ospedaliera e territoriale, entro il 30 aprile 2019
- garantire la consulenza intermistica ai reparti di ortopedia di Belcolle
- garantire la formazione del personale amministrativo in servizio presso le sedi periferiche
- garantire l'attività di consulenza a tutte le UU.OO. di Presidio
- Garanzia della piena partecipazione al 100% delle verifiche del Nucleo Ispettivo
- Gestione attività di codifica Registro Tumori con mantenimento accreditamento AIRLUM; completamento codifica anni 2013-2014
- Gestione attività di codifica Registro Tumori con mantenimento accreditamento AIRLUM; rapporto 2019 e organizzazione evento pubblico di condivisione dei dati elaborati
- gestione attività UF ASL VT di Registro Tumori Regione Lazio: gestione codifica casi assegnati anni 2013-2015
- implementazione piano di prevenzione per tumore polmonare e individuazione popolazione a rischio: incremento invio pazienti in trattamento al Centro antifumo aziendale
- interventi di informazione diretta agli studenti; almeno 3 incontri
- monitoraggio attuazione DCA 30/2018 (del. n. 1053/2018); presentazione report trimestrali alla DSA ed al Controllo di Gestione

monitoraggio Centrale Operativa Cronicià Stompenso Cardiaco, con presentazione report trimestrali di attività

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

N. di campionamenti di acqua potabile effettuati/n. campionamenti previsti alle reti di distribuzione in base al decreto n.31/01

N. di soggetti entro 124 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR

N. ispezioni in aziende agricole

N. pareri/n. richieste di autorizzazioni presentate (ALP) rilasciati nel 30 giorni seguenti alla richiesta

N. risposte/totali alert ricevuti

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

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

PAP: elaborazione Piano, coordinamento e monitoraggio annuale dei Progetti del PAP 2019-2021 (in collaborazione con DPT e referenti aziendali dei progetti)

pazienti in supporto psicologico/ totale pazienti

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

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

presentazione alla Direzione Sanitaria Aziendale, ai Distretti ed al CdG di report trimestrali articolati per distretto

presentazione alla Direzione Strategica progetto di fattibilità di un centro di riabilitazione presso il P.O. di Tarquinia entro il 30/04/19

presentazione alla DSA ed al CdG di report trimestrale sulle attività articolato per distretto

Rapporto % n. campioni effettuati/n. campioni assegnati

realizzazione del percorso diagnostico integrato sui disturbi specifici dell'apprendimento, in collaborazione con la UOC TSMREE - capofila TSMREE

Rete Odontoiatrica: monitoraggio degli indicatori contenuti nella Rete - in collaborazione con la UOC Cure Primarie

revisione del manuale per l'utilizzo della tecnica radioterapica IMRP entro il 31/07/19

rispondere alle richieste provenienti dalla ASL VT

screening per piede diabetico: rispetto degli standard di riferimento

sorveglianza epidemiologica PASSI: garantire il valore soglia regionale di interviste attese

Tempi di risposta entro 7gg

unità locali controllate per rischio: a) MMC => n.30; b) chimico biologico => n. 30; 5LC=> n.4

utilizzo test HPV DNA come test di screening per il Cervicocarcinoma nelle donne in fascia 50-64 anni secondo il piano regionale adeguamento ai tempi e modalità.

utilizzo test HPV DNA come test di screening per il Cervicocarcinoma nelle donne in fascia 50-64 anni secondo il piano regionale adeguamento ai tempi e modalità in collaborazione con Laboratorio genetica medica)

POLITICA		I PIANI DI DEFUSIONE-AZIONI STRATEGICHE DI PARTECIPAZIONE PER MASSIMIZZARE L'IMPATTO SU ENTI E COMUNITA'	
Classe obli	Obiettivo descrizione 2019	INDICATORE (descrizione)	
P-02	Formazione per il miglioramento, l'innovazione e lo sviluppo continuo	Organizzazione eventi formativi ed informativi sulla terapia del dolore rivolto al MIG in collaborazione con le Cure Primarie	
P-03	Comunicazione efficace per lo sviluppo di un dialogo	Rinnovo convenzioni con Università e revisione del regolamento del 19/05/2015	
P-04	I patti terapeutici e di autocura	<p>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. 648/96, adempimenti LEA, ecc.)</p> <p>Adesione agli obiettivi e alle azioni previsti nel piano triennale della Prevenzione alla Corruzione e della Trasparenza (Delibera DG 124/2018)</p> <p>sala radiologica intervensistica - revisione e applicazione procedura P.O.</p> <p>*esecuzione corsi di formazione in tema di rischio clinico e sicurezza dei pazienti con sviluppo di attività di training sulla rete del rischio clinico</p> <p>. 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 all'ottimizzazione dell'attività CUP e dell'integrazione con l'ufficio ALPI. Il flusso per estrarre tale report deve essere informatizzato</p> <p>.ricorso abituale alla prescrizione dematerializzata (SISMED) da parte dei medici dipendenti e convenzionati (limitatamente a quanto prescrivibile su ricetta SSN)</p> <p>abbattimento liste di attesa: definizione delle modalità di collegamento della U.O. con la Torre di Controllo attraverso la realizzazione del progetto info liste di attesa</p> <p>abbattimento liste di attesa: definizione delle modalità di collegamento della U.O. con la Torre di Controllo attraverso la realizzazione del progetto info liste di attesa e monitoraggio della produttività delle singole sedi di erogazione e per specialista</p> <p>abbattimento liste di attesa: definizione delle modalità di collegamento della U.O. con la Torre di Controllo di Belcolle per garantire il rispetto dei tempi nell'esecuzione degli esami critici</p> <p>applicazione del PDTA per le urgenze-emergenze psichiatriche</p> <p>applicazione procedura PICC: rispetto degli indicatori definiti nella procedura</p> <p>attivazione del percorso per pazienti con tumori (es. melanoma) entro il 30 giugno 2019</p> <p>Attivazione e gestione percorsi integrati con le UUO Dermatologia e Urologia</p> <p>Attivazione entro il 30 aprile del percorso psichiatrico di disturbi alimentari Obesity Unit</p> <p>Attivazione percorso con l'UVMD e UVM Centrale per l'ingresso del paziente in RSA, Lungodegenza e riabilitazione</p> <p>azioni di innovazione nell'offerta dei servizi di telemedicina: attuazione di un percorso di telemedicina applicato all'elettrostimolazione cardiaca. Presentazione del progetto entro 30/06/2018 e attuazione entro 31/10/2018</p> <p>azioni per la riduzione delle liste d'attesa: utilizzo delle agende di follow-up nelle visite successive alla prima e post operatorio</p> <p>controllo di qualità: applicazione delle procedure di controllo di qualità e dell'appropriatezza prescrittiva</p> <p>corretta alimentazione dei flussi SIAT regionali</p> <p>effettuazione scintigrafia ossea per tumore polmonare e tumore della prostata entro 10 gg dalla richiesta</p> <p>esami istologici per interni con elevata priorità: invio risposte entro 20 gg (report alla direzione samilana)</p> <p>esami istologici screening cervico-carcinomi: rispetto dei tempi standard GISC</p> <p>esami istologici screening colon retto: rispetto dei tempi standard GISCOR</p> <p>gestione efficace dell'offerta rispetto alla domanda: valutazione qualitativa delle prestazioni specialistiche con particolare riferimento alle liste d'attesa</p> <p>governo delle liste d'attesa: riduzione delle mammografie erogate in esenzione sulla popolazione target ai di fuori del programma di screening</p> <p>Incremento n. posti letto - in collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo (adeguamento DCA. 257/2017)</p> <p>Incremento n. posti letto medicina generale - in collaborazione con la Medicina Generale Belcolle (adeguamento DCA. 257/2017)</p> <p>Introduzione delle procedure interventistiche diagnostiche e terapeutiche oncologiche (biopsie, termocoagulazioni ed embolizzazioni o chemioembolizzazioni di neoplasie) (rilevabile al SIAS)</p> <p>lista di attesa informatizzata centralizzata per visite ambulatoriali per diagnosi e terapia e sistema informatizzato centralizzato per misurare l'attività (rilevabile al SIAS)</p> <p>Monitoraggio percorso integrato con Diagnostica per Immagini Civita Castellana per pneumococtosi</p> <p>monitoraggio del PDTA per le urgenze-emergenze psichiatriche: presentazione report trimestrali</p> <p>monitoraggio PDTA tumore della prostata: rispetto degli indicatori - presentazione relazione trimestrale alla Direzione Strategica ed al controllo di gestione - capofila UOC Urologia</p> <p>monitoraggio periodico dell'attività di inserimento delle prestazioni su digitatt e relativa analisi degli scostamenti</p> <p>omogeneizzazione della modalità assistenziale per i pazienti affetti da leucemia acuta e/o sottoposti a trapianto di cellule staminali con revisione delle procedure interne in équipe multidisciplinare medico infermieristica</p> <p>partecipazione alla definizione del percorso del paziente destinato alle cure palliative (in collaborazione con PGDA, distretti e cure primarie). Presentazione documento alla Direzione Sanitaria</p>	

POLITICA	B	INDICATORE (descrizione)
Dissempi	B	<p>IPIANI DI DIFFUSIONE AZIONI E STRATEGIE DI PARTECIPAZIONE PER MASSIMIZZARE L'IMPATTO SU ENTI E COMUNITA'</p> <p>Presentazione di un report semestrale che analizza e commenta le linee di attività che caratterizzano il servizio</p> <p>Presentazione report trimestrale alla Direzione Strategica ed in copia al Controllo di Gestione sulle attività di specifica competenza (cruscotto concordato con il Controllo di Gestione)</p> <p>Presentazione report trimestrale sulle specifiche attività del servizio alla Direzione Strategica ed in copia al Controllo di Gestione</p> <p>realizzazione dei corsi di educazione terapeutica strutturata in particolare in corsi di Counting del CHO per i paz. Con DM1 o 2 insulino trattati da parte dei dietisti del Centro Diabetologico</p> <p>realizzazione degli obiettivi della rete/ di specifica competenza (Breast Unit, Tumore della prostata e PDTA polmone)</p> <p>Rete della Salute Mentale: attivazione</p> <p>revisione della procedura sullo smaltimento dei rifiuti radioattivi in collaborazione con la D.S. PLO</p> <p>revisione PDTA Breast Unit; presentazione documento entro il</p> <p>riduzione degenza media in medicina d'urgenza</p> <p>riduzione delle liste d'attesa</p> <p>riduzione delle liste d'attesa incluse tutte le prestazioni endoscopiche</p> <p>Riduzione liste di attesa: rispetto dei tempi di attesa come da PINGLA</p> <p>Riduzione tempi di attesa per intervento di cataratta del 10%</p> <p>tasso di occupazione dei posti letto</p> <p>tempistica di referenziazione: entro 5 gg dalla richiesta del MMG per la radiologia domiciliare e di 48 ore per la radiologia ospedaliera</p> <p>utilizzo delle agende di follow-up nelle visite successive alla prima e post operatorio</p> <p>definizione e Adesione corretta dello screening della colon rettile in collaborazione con la UO Coordinamento screening</p> <p>garantire la somministrazione del questionario di rilevazione della qualità percepita somministrazione del questionario ed effettuazione di 3 audit (in collaborazione con TURP).</p> <p>Incremento della produzione e revisione del flusso SIAS</p> <p>Incremento dei menù multiculturali qualora sia implementato nelle mense scolastiche</p> <p>Validazione dei menù multiculturali qualora sia implementato nelle mense scolastiche</p>

POLITICA	C	SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE	INDICATORE (descrizione)	-
C1	C1	=1) programmi di investimento tecnologico, informatico	* 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 DM 19/3/2015	
		aggiornamento inventario	avviare la rilevazione delle presenze attraverso gli orologi marcatempo entro il 11/10/2019	
		Azzerramento delle proroghe di gara a scadenza	conclusione percorso di stabilizzazione entro il 31 dicembre	
		Elaborazione cruscotti di monitoraggio del personale per area professionale e di supporto - valutazione dei livelli di complessità	Elaborazione cruscotti di monitoraggio del personale per area professionale e di supporto - valutazione dei livelli di complessità	
		Gestione archivio del personale e aggiornamento continuo dei fascicoli personali; presentazione flow chart per l'implementazione dei fascicoli personali entro il 31/12/2019	Gestione archivio del personale e aggiornamento continuo dei fascicoli personali; presentazione flow chart per l'implementazione dei fascicoli personali entro il 31/12/2019	
		Monitoraggio costante degli appalti; report sui controlli effettuati; applicazione delle penali previste per i contratti/appalti di competenza	Monitoraggio costante degli appalti; report sui controlli effettuati; applicazione delle penali previste per i contratti/appalti di competenza	
		monitoraggio della spesa e report trimestrali alla Direzione Amministrativa	monitoraggio della spesa e report trimestrali alla Direzione Amministrativa	
		monitoraggio dell'utilizzo delle agende di prenotazione dei follow up per prestazioni critiche	monitoraggio dell'utilizzo delle agende di prenotazione dei follow up per prestazioni critiche	
		presentazione report mensile sullo stato dell'arte dei concorsi, avvisi, mobilità e cessazioni aziendali	presentazione report mensile sullo stato dell'arte dei concorsi, avvisi, mobilità e cessazioni aziendali	
		presentazione report trimestrale sui controlli eseguiti relativi alla presenza in servizio dei dipendenti	presentazione report trimestrale sui controlli eseguiti relativi alla presenza in servizio dei dipendenti	
		Raggiungimento della % di avanzamento in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori ed attrezzature) riproporzionata in rapporto alla durata complessiva dell'appalto entro i termini	Raggiungimento della % di avanzamento in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori ed attrezzature) riproporzionata in rapporto alla durata complessiva dell'appalto entro i termini	
		ultimi previsti	ultimi previsti	
		rispetto dei tempi di attesa definiti negli indicatori 2.1.1. e 2.1.2 di cui al DCA 155/2019; monitoraggio mensile comprensivo delle analisi delle criticità	rispetto dei tempi di attesa definiti negli indicatori 2.1.1. e 2.1.2 di cui al DCA 155/2019; monitoraggio mensile comprensivo delle analisi delle criticità	
		Rispetto della tempistica per gli adempimenti previsti ed i riscontri regionali	Rispetto della tempistica per gli adempimenti previsti ed i riscontri regionali	
		sale operatorie; presentazione procedura per flussi beni sanitari nuove sale operatorie e attivazione a decorrere dall'apertura delle sale operatorie in condivisione con le unità operative coinvolte	sale operatorie; presentazione procedura per flussi beni sanitari nuove sale operatorie e attivazione a decorrere dall'apertura delle sale operatorie in condivisione con le unità operative coinvolte	
		scarico corretto nella tempistica e nella codifica per centro di costo dei materiali nei reparti e nelle camere operatorie	scarico corretto nella tempistica e nella codifica per centro di costo dei materiali nei reparti e nelle camere operatorie	
		monitoraggio delle spese del personale con trasmissione report trimestrale alla D.A.	monitoraggio delle spese del personale con trasmissione report trimestrale alla D.A.	
		adozione scheda controllo spesa da allegare ad ogni atto deliberativo di assunzione	adozione scheda controllo spesa da allegare ad ogni atto deliberativo di assunzione	
		aggiornamento continuo della corretta assegnazione del personale agli effettivi centri di costo	aggiornamento continuo della corretta assegnazione del personale agli effettivi centri di costo	
		Definizione del cruscotto sulle attività prestate nei centri residenziali per cure palliative/hospice in collaborazione con PGQA e Controllo di Gestione	Definizione del cruscotto sulle attività prestate nei centri residenziali per cure palliative/hospice in collaborazione con PGQA e Controllo di Gestione	
		% interventi conservativi alla mammella/totale interventi per tumore maligno alla mammella	% interventi conservativi alla mammella/totale interventi per tumore maligno alla mammella	
		* 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 sottocentro	* 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 sottocentro	
		** monitoraggio dei fondi assegnati in conto capitale; raggiungimento della percentuale di avanzamento in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori e/o attrezzature) riproporzionata in rapporto alla durata complessiva dell'appalto nell'ottica del	** monitoraggio dei fondi assegnati in conto capitale; raggiungimento della percentuale di avanzamento in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori e/o attrezzature) riproporzionata in rapporto alla durata complessiva dell'appalto nell'ottica del	
		completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini previsti	completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini previsti	
		* adeguamento al provvedimento regionale per la revisione delle modalità di compartecipazione sanitaria secondo disposizioni regionali	* adeguamento al provvedimento regionale per la revisione delle modalità di compartecipazione sanitaria secondo disposizioni regionali	
		* aggiornamento completo dei dati per il censimento delle tecnologie sanitarie secondo disposizioni regionali	* aggiornamento completo dei dati per il censimento delle tecnologie sanitarie secondo disposizioni regionali	
		* aggiornamento completo dei dati per l'anagrafe del patrimonio immobiliare sanitario	* 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	* 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	* dematerializzazione dell'ordine dei prodotti farmaceutici: fatturato su ordine digitale/fatturato tot prodotti farmaceutici	
		* Attività di vigilanza delle strutture private autorizzate ed accreditate ai sensi dell'art. 11 della L.R. n. 4/2003	* Attività di vigilanza delle strutture private autorizzate ed accreditate ai sensi dell'art. 11 della L.R. n. 4/2003	
		n. cartelle verificate/n. cartelle totale	n. cartelle verificate/n. cartelle totale	
		per spesa farmaceutica lo scostamento deve essere <= allo 0,5% del tetto di spesa su base regionale; 1) 7,9% per farmaceutica convenzionata; 2) rispetto del budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici e per emoderivati e per dpc (al netto della quota	per spesa farmaceutica lo scostamento deve essere <= allo 0,5% del tetto di spesa su base regionale; 1) 7,9% per farmaceutica convenzionata; 2) rispetto del budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici e per emoderivati e per dpc (al netto della quota	
		innovativi riconosciuta da AIFA);	innovativi riconosciuta da AIFA);	
		* 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, in collaborazione con il responsabile	* 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, in collaborazione con il responsabile	
		unico delle liste d'attesa	unico delle liste d'attesa	
		* Analisi sulla rispondenza delle strutture aziendali ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, propedeutica al percorso di autorizzazione e accreditamento istituzionale	* 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 richiesti addebitabile al ritardo nella certificazione del debito	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 richiesti addebitabile al ritardo nella certificazione del debito	
		trasparenza negli acquisti: spesa tot acquisto beni infungibili 2019 <= 90% spesa tot per acquisto beni infungibili 2018	trasparenza negli acquisti: spesa tot acquisto beni infungibili 2019 <= 90% spesa tot per acquisto beni infungibili 2018	

POLITICA - C	SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE	INDICATORE (descrizione)	Obiettivo descrizione 2019
		<p>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 organizzativa, flessibilità, economicità) adeguamento standard ministeriale per i centri di senologia relativamente al numero di interventi di chirurgia della mammella;</p> <p>Aggiornamento continuo della lista di tutti gli ambulatori (ALPI e istituzionale) attivi con dettaglio del volume di attività, ore di apertura settimanale, verifica della correttezza di attribuzione al CDR e del centro di costo assegnato</p> <p>aggiornamento del censimento dei MCA nelle proprietà immobiliari comprese quelle non utilizzate e successiva revisione del programma di custodia controllo e manutenzione</p> <p>Aggiornamento del censimento della ristorazione pubblica e anagrafe condivisa degli operatori del settore alimentare (OSA) nel sistema informativo SIEV come da Indicazioni regionali; n. scia effettuate / n. notifiche pervenute</p> <p>alimentazione 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.)</p> <p>analisi e monitoraggio dei costi sostenuti dai centri di erogazione delle prestazioni delle terapie del dolore</p> <p>applicazione percorso con l'UWMD e UVM Centrale per l'ingresso del paziente in RSA, lungodegenza e riabilitazione</p> <p>attivazione percorso con l'UWMD e UVM Centrale per l'ingresso del paziente in RSA, lungodegenza e riabilitazione</p> <p>attivazione tele radiologia presso le postazioni di Orte e Monteliascone</p> <p>attività di recupero crediti: presentazione report mensili e allineamento entro il 31/12/2019</p> <p>attuazione art. 9 L.R. 13/2018 sui controlli esterni e azioni di recupero: monitoraggio trimestrale audit congiunti con i Distretti ed IMMG all'interno delle CAPD finalizzati alla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata, in coerenza con il DCA 285/2018 sull'appropriatezza prescrittiva</p> <p>avviare la rilevazione delle presenze attraverso gli orologi marcatempo entro il 31/10/2019</p> <p>azioni di promozione dell'allattamento al seno: in collaborazione con il Governo delle Professioni Sanitarie; presentazione report trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale</p> <p>azioni finalizzate alla riduzione dello stock debito aziendale (limitatamente agli accreditati)</p> <p>azioni per la riduzione delle liste d'attesa: utilizzo delle agende di follow-up nelle visite successive alla prima e post operatorio</p> <p>cartella clinica informatizzata (secondo i tempi definiti dalla Direzione Sanitaria di presidio)</p> <p>Collegio Sindacale: riscontri da acquisire entro 15 gg dal verbale di verifica</p> <p>compilazione completa del Farmed incluse le attività presso la casa circondariale</p> <p>Coordinamento degli archivi: presentazione e realizzazione progetto</p> <p>coordinamento e controllo delle fatture liquidate entro 30gg/totali fatture scadute e immesse nel sistema pagamenti (escluse le fatture bloccate con causale ostativa alla liquidazione)</p> <p>Corretta compilazione del RAD esito</p> <p>Corretta e completa compilazione del Cardioplanet</p> <p>Corretta e completa compilazione del Registro operatorio informatizzato</p> <p>Corretta e completa compilazione del Registro operatorio informatizzato e Aggiornamento continuo e tracciabilità su Best delle isteroscopie diagnostiche per gli ambulatori di Beicolle e Civita Castellana</p> <p>DCA 139/2019: monitoraggio compensazioni interaziendali RSA attraverso report trimestrali (flusso CLUGES)</p> <p>definizione format per reportistica trimestrale - in collaborazione con UOS Controllo di Gestione</p> <p>DRG valorizzati a zero per ritardo nella chiusura o per DRG non erogabili</p> <p>Farmaceutica ospedaliera in file F: monitoraggio della spesa rilevata nei trimestri</p> <p>fornitura trimestrale dell'elenco dei reagenti scaduti alla farmacia</p> <p>fornitura trimestrale dell'elenco e le tipologie dei reagenti scaduti alla farmacia /e- procurement</p> <p>garantire l'attività di sorveglianza nel rispetto delle disposizioni regionali. PASSI D'ARGENTO</p> <p>gestione del contratto relativo all'acquisizione del software amministrativo contabile</p> <p>implementazione contabilità analitica: presentazione report trimestrali alla Direzione Amministrativa</p> <p>implementazione Progetto Posta Massiva</p> <p>Incremento dell'attività chirurgica rispetto al 2018 (numero totale DRG chirurgici)</p> <p>Incremento dell'attività chirurgica rispetto al 2018 (numero totale procedure chirurgiche)</p> <p>Incremento delle prestazioni dedicate a garantire le attività dei PAC e PAS attivi e/o da attivare</p> <p>Incremento tiroidectomie</p>	

Incremento uso farmaci biosimilari - in collaborazione della UOC Farmacia
 Incremento uso farmaci biosimilari - in collaborazione della UOC Farmacia di almeno l'80%
 Incremento utilizzo dei biosimilari eparina b.p.m. >80%
 mantenimento dell'attività chirurgica rispetto al 2018 (numero totale procedure chirurgiche)
 mappatura e riorganizzazione attività Agenti Contabili e monitoraggio e controlli sugli adempimenti
 monitoraggio degli indicatori della rete descritti nel documento; presentazione report trimestrale alla Direzione Sanitaria Aziendale ed al Controllo di Gestione
 monitoraggio degli indicatori di appropriatezza prescrittiva con produzione di report trimestrali da sottoporre alle commissioni appropriatezza prescrittiva distrettuale
 Monitoraggio degli obiettivi e degli indicatori dei coordinatori e posizioni organizzative e degli incarichi di funzione a partire dall'attivazione nuovo modello organizzativo
 monitoraggio del budget assegnato per linee di attività; presentazione report trimestrale alla Direzione Sanitaria Aziendale e al Controllo di Gestione
 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
 Monitoraggio effettuazione prestazioni aggiuntive delle professioni sanitarie in relazione all'acquisizione di nuove risorse di personale; presentazione report bimestrale alla Direzione Strategica
 monitoraggio in linea con i bilanci trimestrali e annuali e attività di supporto all'ufficio legale nella gestione del contenzioso (stragjudziale)
 monitoraggio microbiologico giornaliero degli esami intesi in merito alle evidenze epidemiologiche con segnalazione al CIO e alla Direzione Sanitaria di Presidio
 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 valutazione positiva
 Monitoraggio trimestrale delle attività prestate nei centri residenziali per cure palliative / hospice
 monitoraggio utilizzo farmaci altoposendenti (Lucentis e Jlea) in collaborazione con la UOC Farmacia. Presentazione report trimestrale alla Direzione Sanitaria
 percentuale controlli sull'appropriatezza dei ricoveri in Hospice
 presentazione procedura operativa di attivazione tele radiologia presso le postazioni di Orte e Montefiascone
 presentazione report trimestrali articolati per distretti sulle attività ADI, protesica, specialistica ambulatoriale e ex art. 26
 procedura donazione organi: monitoraggio e presentazione report trimestrali
 Proposta alla Direzione Strategica della nuova dotazione organica dell'area territoriale articolata per le linee di attività
 proposta di utilizzo dei fondi vincolati e rendicontazione trimestrale degli impegni di spesa aperti su fondi vincolati
 Protocollo informatizzato: redazione manuale entro il 30 giugno 2019
 realizzazione della rete aziendale dei laboratori: presentazione documento condiviso con le UUOO Diagnostica Clinica, Anatomia Patologica e Laboratorio di Genetica Medica
 Redazione Piano delle Verifiche di sicurezza elettrica e delle manutenzioni preventive e dei controlli funzionali su apparecchiature elettromeccaniche
 rendicontazione trimestrale degli impegni di spesa aperti su fondi vincolati
 Report mensile alla Direzione Strategica sulle attività relative alle convenzioni attive e passive
 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
 revisione, applicazione e monitoraggio del Patient Blood Management
 ridurre il consumo di inibitori di pompa di almeno il 50% salvo quanto previsto dalle note AIFA per i pazienti in dimissione
 riduzione DRG medici dimessi da reparto chirurgico
 riorganizzazione del DH trasfusionale: presentazione proposta entro il
 rispetto degli adempimenti normativi e dei riscontri regionali nei tempi previsti
 Rispetto degli adempimenti previsti nel DCA 59/2015 e successive modifiche relativi al Piano Attuativo di Certificabilità dei Bilanci per quanto di competenza
 rispetto del budget economico negoziato (vedere come ribaltare costi ossigeno e dispositivi monouso - confronto con Farmacia)
 rispetto del budget economico negoziato (Coord. Attività vaccinali)
 rispetto del budget economico negoziato come centro ordinatore di spesa
 rispetto del budget negoziato e rendicontazione trimestrale degli impegni di spesa aperti su fondi vincolati
 rispetto delle procedure e dei tempi del ciclo passivo
 rispetto delle procedure e dei tempi del ciclo passivo: ricevimento ordini entro 2 gg (fondo economico)

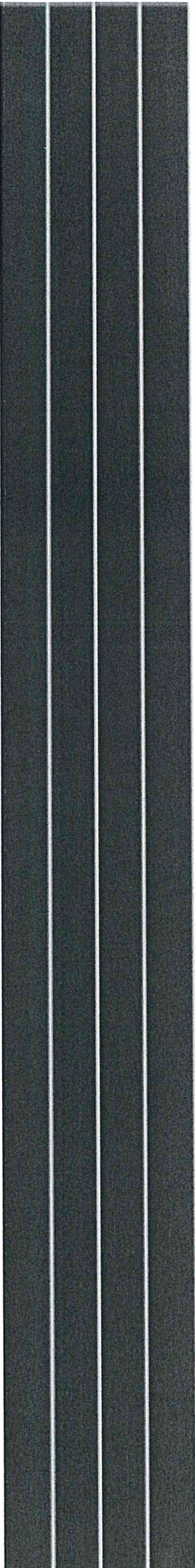
POLITICA	C	SVILUPPO DEI SISTEMI DI INNOVAZIONE GESTIONALE
Classe obli.	obiettivo descrizione 2019	<p>INDICATORE (descrizione)</p> <p>rispetto delle procedure e dei tempi del ciclo passivo: ricevimento ordini entro 2 gg. eccetto conto deposito</p> <p>Rispetto dello standard soglia dei DRG medici dimessi da reparto chirurgico nel limite di tolleranza fisiologico</p> <p>spesa farmaceutica convenzionata/riparto quota capitaria fabbisogno sanitario Regionale: attivazione delle CAPD con particolare focus su inibitori di pompa e eparine BPM</p> <p>stock debito: rispetto tempistica DCA di riferimento e riconciliazione tra saldo fornitori e saldo di contabilità generale/totale: fornitori che hanno risposto alla richiesta di circolarizzazione</p> <p>Tesoreria: rispetto del 60 gg nella regolarizzazione delle carte contabili in almeno l'85% del valore</p> <p>Utilizzo biosimilari nel 100% dei nuovi pazienti e trend in crescita per i pazienti già in trattamento</p> <p>Utilizzo eparine a basso peso molecolare > 80%</p> <p>utilizzo scheda SIAT di dimissione del paziente</p> <p>Verifica del rispetto puntuale degli accordi contrattuali sottoscritti tra regione e accreditati</p> <p>verifica e controllo trimestrale del budget delle diverse UU.OO. in collaborazione con la UOC pianificazione e programmazione controllo di gestione, bilancio e sistemi informativi</p> <p>incremento dell'attività chirurgica rispetto al 2018 (numero totale procedure chirurgiche), subordinato all'acquisizione delle risorse umane</p>
FCS		<ul style="list-style-type: none"> ▣ Valutazione degli investimenti per il miglioramento di rispetto del budget economico negoziato ▣ Valutazione degli investimenti per il miglioramento di assicurare assistenza e supporto all'implementazione del nuovo sistema privacy in conformità al nuovo GDPR ▣ Valutazione degli indicatori di qualità di base su ecografi per l'alto rischio dislocati a Betolle (già individuati dal Risk Manager) ▣ attivazione controlli di competenza dei Sistemi Informativi con particolare riguardo al monitoraggio degli obiettivi del D.G. e di budget secondo le tempistiche richieste ▣ elaborazione del sistema ASTIMA che gestisce la radiofarmacia con il RIS e CUP ▣ integrazione del sistema di registrazione informatica degli isolamenti batterici e fungini di reparto ▣ 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 UU.OO. prescrittrici

FASCE OBIETTIVI		INDICATORE (descrittore)
D	La diffusione dei sistemi di programmazione e controlli	Report trimestrale di attività relativo alle procedure di gara alla Direzione Amministrativa e alla Direzione Strategica trasmissione annuale al SA e al CDG del flusso dati regionale/ministeriale per il monitoraggio dell'attività
DS	Sviluppo di sistemi di analisi dei processi applicati	<p>"Piano Regionale di prevenzione delle cadute dei pazienti: garantire la collaborazione finalizzata al rispetto degli indicatori presenti nel Piano</p> <p>% DRG a rischio inappropriata con degenza <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>% colestectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/lot. colestectomie laparoscopiche</p> <p>Percentuale interventi per frattura femore entro 48h, accesso per pazienti >65 anni</p> <p>Numero di dimissioni in regime diurno/ totale dimissioni</p> <p>Numero giornate di degenza ordinarie 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>Applicazione protocollo gestione paziente psichiatrico in PS</p> <p>Attivare la teletrasmissione per ECG</p> <p>Attivazione dei PAC attivabili e non ancora attivati</p> <p>Attivazione Inviti in DH dai CSM previo protocollo operativo: presentazione protocollo entro il 30 giugno e incremento del numero dei casi</p> <p>Attivazione trasmissione on line ECG</p> <p>attivazione visite ambulatoriali attraverso prenotazione a CUP da PS in collaborazione con il PGOA</p> <p>attivazione week hospital con monitoraggio trimestrale delle attività</p> <p>attivazione del sistema di segnalazione della dose al paziente da esami TC (presso il presidio di CC) e eventi formativi</p> <p>azioni di valutazione richieste di risarcimento danni e attivazione audit per riduzione contenzioso</p> <p>controllo delle infezioni ospedaliere: presentazione alla Direzione Sanitaria di report trimestrali</p> <p>controllo delle infezioni ospedaliere: presentazione alla Direzione Sanitaria di report trimestrali in collaborazione con Laboratorio analisi e COPS su:</p> <p>1) sorveglianza batteriologica,</p> <p>2) sorveglianza procedure invasive</p> <p>controllo di qualità delle apparecchiature</p> <p>conversione di interventi iniziati con tecnica mininvasiva e convertiti a cielo aperto</p> <p>Corretta compilazione check list di sala operatoria</p> <p>Corretta compilazione della scheda di valutazione del dolore e appropriata prescrizione terapeutica</p> <p>Definizione del programma 2019: presentazione al R.M. entro il 31/03/2018</p> <p>gestione in service del D.P.I. anti rx per i presidi aziendali: presentazione proposta alla Direzione Strategica</p> <p>incremento numero accessi in DH rispetto al 2017 con appropriatezza dei ricoveri</p> <p>mantenimento attività chirurgica (numero di procedure registrate in sala operatoria)</p> <p>mantenimento degli standard regionali sugli indicatori di sovraffollamento in pronto soccorso</p> <p>mantenimento della degenza media secondo gli standard regionali</p> <p>monitoraggio degli indicatori del percorso accoglienza nuovi giunti e del percorso sul rischio suicidario</p> <p>Monitoraggio delle attività che afferiscono al DEC</p> <p>N. lotti testati/n. lotti totali</p> <p>Numero di dimissioni in regime diurno/ totale dimissioni</p> <p>numero di pazienti trasferiti in altri reparti di degenza il venerdì</p> <p>Numero giornate di degenza ordinarie in reparto di Medicina Generale / numero di dimissioni nell'anno da reparto di Medicina Generale</p> <p>Numero schede di registrazione degli atti di aggressività compilate correttamente/ totale schede compilate</p>

POLITICA D	COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI A GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA
<p>classificazione obiettivo descrizione 2019</p> <p>INDICATORE (descrittore)</p> <p>obiettivi posizioni di coordinamento; presentazione relazione entro il 30/04/19. Percentuale di residua precece di Ipertridismo (il controllo a 6-12 mesi dalla somministrazione) presentazione procedura operativa per assicurare la qualità dei prodotti galenici magistrali sterili allestiti in Oncologia in relazione all'attuazione dell'UFA raggiungimento obiettivi previsti nel piano annuale delle infezioni ospedaliere per quanto di competenza redazione e applicazione del piano di diffusione relativo alla procedura del codice S6 Revisioni dei giudizi collegiali e revisione ipotesi di giudizio in interazione con il medico competente e il medico del lavoro riduzione delle liste d'attesa tra cui in particolare la % interventi chirurgici per tumore all'utero effettuati entro 30 gg secondo PNGLA riduzione DRG medici da reparto chirurgico con accesso da PS riduzione DRG medici dimessi da reparto chirurgico con accesso da PS rispetto degli indicatori che saranno comunicati dal risk manager svolgimento di tutte le azioni a supporto dell'attivazione della PET-TC: presentazione relazione alla Direzione Sanitaria Aziendale utilizzo programma KOSMOS per la gestione del paziente in PS verifica corretta compilazione check list di sala operatoria Verifica corretta compilazione della scheda di valutazione del dolore e appropriata prescrizione terapeutica</p>	<p>Presentazione PDTA stroke aziendale in collaborazione con Rianimazione, Cardiologia, Diagnostica per immagini, PS, Laboratorio analisi, Neurochirurgia - Cupofila Neurologia % pazienti che hanno iniziato la chemioterapia entro 30 gg secondo PNGLA con esclusione dei pazienti post chirurgici % rinvii interventi operatori per esami aggiuntivi post ricovero % screening (epatite b, HIV, TP4 e rosolia) entro 7 gg lavorativi dal check in alla valutazione clinica (% n. focolai registrati su SIMAN/ n. focolai totali) * azioni di contrasto al sovraffollamento nel Pronto Soccorso: monitoraggio sugli indicatori di accesso al P.S. e attuazione del relativo Protocollo Operativo (del.n. 2143/2018) ** prestazioni specialistiche "senza prenotazione" erogate nel 2019/ totale prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo (escluso Laboratorio Analisi ed altre prestazioni ad accesso diretto senza prenotazione, le prestazioni erogate in ambito PAC/APA e quelle tipicamente erogate in cicli) PAC/APA e quelle tipicamente erogate in cicli) * incremento del rapporto farmaci biosimilari/ n. paz. naive trattati con farmaci biosimilari/ tot. paz. naive * Monitoraggio dell'uso dei farmaci per la cura dell'HIV con report quadrimestrali, in collaborazione con la Farmacia aziendale, alla direzione strategica e in copia al CDG * report di monitoraggio sull'operatività dell'area di produzione SIMT di Beicelle . Riduzione mobilità passiva di ricovero e ambulatoriale intraregionale (diretta) ed extra regionale (stimata sulla intraregionale) misurata come valorizzazione . Riduzione mobilità passiva: implementazione dell'offerta quali-quantitativa degli esami in coerenza con la domanda interna/esterna ed attivazione nuovi esami . Riduzione mobilità passiva: n. incontri con MMG sul PDTA delle patologie oncologiche. . 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 e 100% entro 90gg dalla trasmissione dell'elenco (condizionato alle integrazioni richieste alla Regione Lazio); azioni di miglioramento e presentazione relazioni trimestrali a partire dal 30/6/2019 numero pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di Sartan/numero pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina ricorso abituale alla prescrizione dematerializzata (SISMED) da parte dei medici dipendenti e convenzionati .riduzione ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO : diminuzione della mortalità a 30 gg per ictus e diminuzione della mortalità a 1 anno per ictus : % prostatectomie transuretrali sul totale : N. prestazioni erogate nel 2019 prenotate su agende visibili 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 maggioranni Intra asl Accessi con esito ricovero/trasferimento a tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale dei pazienti con esito ricovero/trasferimento</p>
<p>Le buone pratiche nell'ottica del miglioramento</p> <p>= continuo</p>	

POLITICA D	CLASSIFICAZIONE	INDICATORE (descrizione)
D	D	<p>COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI, GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA</p>
D	D	<p>Accesso con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento a tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale pazienti con triage rosso ad esito ricovero/trasferimento</p>
D	D	<p>adesione agli obiettivi delle reti, percorsi e procedure di competenza (PIC colon retto, breast unit, rete tumore del polmone); presentazione relazioni finale alla Direzione Sanitaria Aziendale</p>
D	D	<p>Aggiornamento del censimento della ristorazione pubblica e anagrafe condivisa degli operatori del settore alimentare (OSA) nel sistema informativo dedicato come da indicazioni regionali</p>
D	D	<p>applicazione omogenea dei sistemi di orientamento in tutte le sedi di produzione con implementazione del PUA, entro il 30 maggio</p>
D	D	<p>attivazione di un piano per eseguire la IIVG farmacologica in regime ambulatoriale</p>
D	D	<p>attivazione centrale operativa cronica per le patologie diabetiche</p>
D	D	<p>Attivazione tele radiologia</p>
D	D	<p>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</p>
D	D	<p>Azioni per il governo delle liste di attesa: presentazione progetto infolist ed attesa entro il 30 aprile 2019</p>
D	D	<p>chiusura nei tempi e monitoraggio delle cartelle cliniche aziendali in RO, DS, DH, APA, con invio puntuale alle UU.OO.</p>
D	D	<p>controllo indice tempestività dei pagamenti finalizzato al contenimento degli stessi nei tempi previsti dalla normativa</p>
D	D	<p>corretta codifica delle prestazioni e chiusura/invio delle cartelle cliniche nei tempi previsti dalla normativa regionale (APA, DH/D.S. e R.O. in base all'attività specifica dell'UO)</p>
D	D	<p>corretta codifica delle prestazioni e chiusura/invio delle cartelle cliniche nei tempi previsti dalla normativa regionale (APA, DH/D.S. e R.O. in base all'attività specifica dell'UO)</p>
D	D	<p>Corretta codifica delle prestazioni in Medicina D'Urgenza</p>
D	D	<p>Corretta codifica delle prestazioni in PS</p>
D	D	<p>definizione procedura per la corretta attribuzione dei DRG che prevedono procedure di neuroradiologia interventistica e radiologia interventistica generale</p>
D	D	<p>Definizione procedura per la corretta valorizzazione delle attività di radiologia interventistica (in collaborazione con la chirurgia vascolare e controllo di gestione)</p>
D	D	<p>Elaborazione di un PDTA per la presa in carico dei pazienti affetti da SLA</p>
D	D	<p>garantire il rispetto degli indicatori contenuti nei percorsi di competenza (appropriatezza diagnostica endoscopica /PIC Colon Retto)</p>
D	D	<p>Garantire la collaborazione alla UOC Oncologia, ai Distretti ed alla UOC Cure Primarie nell'elaborazione della procedura per l'inserimento dei pazienti in hospice</p>
D	D	<p>garantire la dimissione del paziente entro le ore 12.00</p>
D	D	<p>garantire la dimissione del paziente entro le ore 12.00 ed incremento % di dimissioni il sabato e la domenica</p>
D	D	<p>gestione efficace dell'offerta rispetto alla domanda: valutazione qualitativa del PAI attraverso l'UVMND ed il controllo dei PAI erogati, utilizzando il sistema di networking aziendale</p>
D	D	<p>implementazione di un'anagrafe condivisa degli operatori del settore alimentare (OSA) nel sistema informativo dedicato come da indicazioni regionali</p>
D	D	<p>incremento dell'attività rispetto al 2018</p>
D	D	<p>invio di almeno l'80% dei pazienti con ca colon rettale al centro di riferimento aziendale (UOC Chirurgia Oncologica Betsolle)</p>
D	D	<p>mantenimento del meeting multidisciplinari</p>
D	D	<p>mantenimento dell'attività rispetto al 2018</p>
D	D	<p>mantenimento requisiti per Ospedale Amico del Bambino UNICEF - in collaborazione con la UOC Pediatria</p>
D	D	<p>mantenimento requisiti per Ospedale Amico del Bambino UNICEF - in collaborazione con Ostetricia e Ginecologia Polo</p>
D	D	<p>Miglioramento del saldo di mobilità passiva rispetto al 2018</p>
D	D	<p>monitoraggio adesione ai percorsi Interassistenziali (appropriatezza diagnostica endoscopica, rete clinica per l'apparato digerente MAD/PIC colon retto); presentazione relazioni trimestrali al Direttore Sanitario Aziendale</p>
D	D	<p>monitoraggio dei percorsi sindrome coronarica acuta, dolore toracico, scompenso cardiaco e rete provinciale dell'infarto del miocardio: presentazione relazioni trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale</p>
D	D	<p>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</p>
D	D	<p>monitoraggio delle attività erogate presso le Case della Salute e presentazione report mensile con particolare riguardo alle attività del PIC (BPCCO, Diabete, Scompenso cardiaco e TAO) in collaborazione con le UUOO competenti</p>
D	D	<p>monitoraggio indicatori PIC scompenso cardiaco (del.ne 366/2018); presentazione relazioni trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale</p>
D	D	<p>monitoraggio obiettivi della rete di competenza (rete della riabilitazione); presentazione relazione trimestrale alla Direzione Sanitaria Aziendale</p>
D	D	<p>monitoraggio percorso Breast Unit: presentazione relazioni trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale</p>
D	D	<p>monitoraggio trimestrale degli indicatori di performance della Week Surgery.</p>
D	D	<p>Monitoraggio trimestrale sul rispetto dei Budget economici sottoscritti entro la compilazione dei CE trimestrali e loro comunicazione ai centri di spesa e alla UO controllo di gestione</p>
D	D	<p>N. check list complete/n. stabilimenti presenti</p>
D	D	<p>N. controlli residenze sanitarie/tot. Residenze sanitarie</p>


POLITICA	D	CLASSIFICAZIONE	DESCRIZIONE
Classificati	Obiettivo	Descrizione	<p>COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI A GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA</p> <p>INDICAZIONE (descrittiva)</p> <p>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 Balcoltre/lot pazienti con STEMI non trombolizzati inviati a belcolle n. sample processi</p> <p>N. sopralluoghi effettuati a campione/totale delle registrazioni OSA. Inserirle in BDN 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 degli alimenti di origine vegetale e delle bevande. Fatto salvo il biologico e microbiologici 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 sul 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 DPR 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 occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni) nel programma di screening organizzato, calcolati nel periodo di riferimento x100 pazienti psichiatrici con abuso di sostanze alla UOC Dipendenze: invio del 100% degli eleggibili (con diagnosi sulla scheda di dimissione) pazienti psichiatrici dimezzati con abuso di sostanze e inviati all'UOC Dipendenze: invio del 100% dei pazienti eleggibili (con diagnosi sulla scheda di dimissione) piena applicazione del percorso patient management Presentazione del PDTA per la gestione dell'ictus ischemico intraospedaliero entro il presentazione di linee di indirizzo per il contenimento spesa farmaceutica convenzionata - in collaborazione con Distretti e Cure Primarie Presentazione e realizzazione del Piano formativo aziendale 2020 approvato dalla Direzione Strategica in base alla rilevazione dei bisogni formativi presentazione procedura per esecuzione e refertazione per pazienti con sospetto ictus in PS produzione relazione in merito agli indicatori che si riferiscono alla degenza media con eventuale analisi di benchmarking ed eventuale proposta di miglioramento Programmazione dei fabbisogni per la predisposizione del Bilancio preventivo economico Proporzione di infarti miocardici con soprallivellamento del tratto ST Trattati on 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 sui BLSO e PBLSD realizzazione degli obiettivi della Rete BPCO: attivazione Centrale Operativa per le cronicità della BPCO realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: BPCO /scompenso cardiaco /diabete / rete cardiologica realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: BPCO /scompenso cardiaco /diabete / rete cardiologica/rete endocrinologica realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: PIC colon retto, breast unit, tumore alla prostata (del.ine 655/2017; del.ine 1015/2013) realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: applicazione PIC Diabete, con presentazione di report trimestrali alla Direzione Sanitaria Aziendale ed al Controllo di Gestione realizzazione degli obiettivi della rete, percorsi e procedure di competenza: attivazione Centrali Operative delle Cronicità e presentazione report trimestrali Report bimestrali su presa in carico, valutazione e attività ADIAI in collaborazione con la UOC Cure Primarie Report sulle sindromi apnee ostruttive del sonno (OSA): Report sulle attività, sui volumi, di performance e di esito revisione del PDTA sul tumore della mammella: presentazione documento entro Riammissione a 30 gg intra ASI con stessa MDC ricoveri eseguiti in Hospice nei tre giorni successivi dall'inserimento in lista d'attesa Riduzione degenza media Riduzione degenza media ricoveri ordinari pazienti in elezione Riduzione dei tempi di esecuzione e refertazione per pazienti con sospetto ictus 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 mobilità passiva: incremento volumi di attività rispetto al 2018 Riduzione numero giornate di degenza medie Riduzione numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari in elezione Riduzione tasso di ospedalizzazione per ASMA in paziente adulto riduzione tempi medi di degenza: individuazione di siti dedicati alle UUOC con reparti di degenza al fine di facilitare la dimissione dei pazienti rispetto dei volumi di attività rispetto al DCA 549/2015 spesa farmaceutica convenzionata/riparto quota capitaria fabbisogno sanitario Regionale: attivazione delle CAPD con particolare focus su inibitori di pompa e eparine BPM spesa farmaceutica convenzionata/riparto quota capitaria fabbisogno sanitario Regionale: monitoraggio del target regionale fissato a 27 UP per assistito per inibitori di pompa e utilizzo dei biosimilari relativi alla categoria eparine BPM (almeno 80%) Telemedicina: attivazione percorso per prenotazione a CUP dalla Casa Circondariale - in collaborazione con il PGGA Tempo medio di visita codice Verde <= 1h verifica dell'efficacia dei controlli di identificazione e registrazione check list (art. 8, comma3)</p>



DELIBERAZIONE N° **200** del **31 GEN 2020**
composta di n. **6** pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. **40** allegati


31 GEN 2020
Pubblicato all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il :
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li
31 GEN 2020

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE
.....


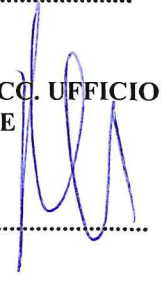
Trasmessa al Collegio Sindacale il :
31 GEN 2020

Viterbo, li
31 GEN 2020

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE
.....


La presente deliberazione diventerà ESECUTIVA il :
31 GEN 2020

Viterbo, li
31 GEN 2020

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE
.....


Viterbo, li
31 GEN 2020

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI
GENERALI
.....
