

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

ORIGINALE



REGIONE LAZIO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° : 517

DEL 12 APR. 2016

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

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE 2016-2018

GUADAGNINI ANNA

L'Estensore

RESPONSABILE ANTICORRUZIONE
Delibera 66-222/2014
Dott. Paolo Pezzato

Parere del Direttore Amministrativo :

Drssa Maria Luisa Velardi

FAVOREVOLE
Firma

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 12-04-2016

Parere del Direttore Sanitario :

Dr. Antonio Bray

FAVOREVOLE
Firma

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 12-04-2016

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

UOC PIANIFICAZIONE E PROGRAMM.NE
CO.GE - BILANCIO E SIST. INFORMATIVI
IL DIRETTORE F. F.
Dott. Alessandro Boccellini

Voce del conto economico su cui si imposta la spesa :

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget :

Firma

Data 12-04-2016

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

Responsabile del procedimento : ANNA GUADAGNINI

Data 12-04-2016

Firma

Il Dirigente :

Data 12-04-2016

Firma

UOC PIANIFICAZIONE E PROGRAMM.NE
CO.GE - BILANCIO E SIST. INFORMATIVI
IL DIRETTORE F. F.
Dott. Alessandro Boccellini

Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti | |

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE 2016-2018

**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 247 del 25/7/2014 con il quale si è proceduto all'adozione definitiva della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015;
- 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;

CONSIDERATO

- che la ASL di Viterbo, con deliberazione del C.S. n. 1040 del 17/11/2014 ha adottato il Piano Strategico 2014-2016 in coerenza con i Programmi Operativi di cui al DCA 247/2014;
- che con deliberazione del C.S. n. 145 del 30/01/2015 ha approvato l'adeguamento del Piano Triennale delle Performance 2014-2016 ai Programmi Operativi 2013-2015 di cui al DCA 247/2014;

PRESO ATTO

CHE con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T230 del 28/10/2015 la dott.ssa Daniela Donetti è stata nominata Direttore Generale della ASL di Viterbo, determinando la conclusione del periodo di commissariamento dell'Azienda;

CHE il Decreto sopra richiamato modifica la natura giuridica del contratto stipulato tra la Regione Lazio ed il Direttore Generale;

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

RICHIAMATO

il DCA U00248/2015 "Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2015";

la Legge n. 125 del 6/08/2015 in materia di disposizioni urgenti per gli enti territoriali;

l'art. 10, comma 1, paragrafo a) del D.Lgs n. 150/2009 in merito alla redazione annuale del Piano Triennale delle Performance;

PRESO ATTO

del Piano Triennale delle Performance 2016-2018 della ASL di Viterbo e dell'Allegato Tecnico che, allegati al presente atto ne formano parte integrante e sostanziale e che, redatti nel mese di novembre 2015, unitamente al Piano Strategico 2016-2018, sono stati illustrati in occasione della Conferenza dei Servizi in data 17/12/2015, alla presenza dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori delle UU.OO.CC., dei Responsabili delle Strutture a Valenza Dipartimento, dei Sindaci della Provincia di Viterbo, dei Rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta;

che in coerenza con gli indicatori e gli obiettivi previsti nel Piano delle Performance 2016-2018 sono state elaborate le schede di budget 2016, consegnate ai responsabili dei Centri di Negoziazione in occasione della Conferenza dei Servizi in data 17/12/2016;

ATTESTATO

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

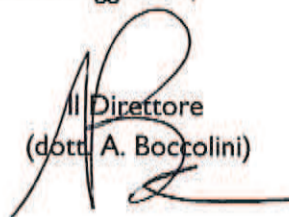
Nell'osservanza delle disposizioni di cui alla Legge 6/11/2012, n. 190 "disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della Pubblica Amministrazione";

PROPONE DI DELIBERARE

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

- di approvare il Piano Triennale delle Performance 2016-2018 e l'Allegato Tecnico che, allegati al presente atto, ne formano parte integrante e sostanziale;
- di dare altresì atto che il Piano delle Performance 2016-2018 può essere pubblicato sul sito web aziendale;
- di stabilire che l'attuazione degli obiettivi inseriti nel Piano Triennale delle Performance 2016-2018 sarà soggetta a monitoraggio da parte della Direzione Aziendale e che eventuali variazioni della performance organizzativa saranno tempestivamente inserite nel Piano stesso con successivo atto deliberativo;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi;
- di dichiarare l'immediata esecutività del presente atto.

Il Direttore
(dott. A. Boccolini)



IL DIRETTORE GENERALE

VISTA La proposta di delibera sopra riportata dal Direttore della U.O.C. Pianificazione e Programmazione CO.GE.- Bilancio e Sistemi Informatici in frontespizio indicata;

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

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

DELIBERA

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

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

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Maria Luisa Velardi)

Il Direttore Sanitario
(Dr. Antonio Bray)

Il Direttore Generale
(Dr.ssa Daniela Donetti)



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

Piano triennale delle Performance 2016-2018 ASL Viterbo

1. Il nuovo Piano delle Performance della ASL di Viterbo 2016-2018

Nella AUSL di Viterbo, con deliberazione del C.S. n. 145 del 30/01/2015, è stato approvato l'adeguamento del Piano Triennale delle Performance 2014-2016 ai Programmi Operativi 2013-2015, in coerenza con gli strumenti di programmazione regionale e con i vincoli di Bilancio. Con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00230 del 29/10/2015 è stato conferito l'incarico di Direttore Generale della ASL, determinando la conclusione di un lungo periodo di commissariamento dell'Azienda Sanitaria viterbese. In considerazione della modifica della natura giuridica del contratto stipulato tra Regione Lazio e il Direttore Generale e dei nuovi obiettivi attribuiti allo stesso si è reso necessario rileggere il Piano delle Performance apportando le integrazioni e le modifiche opportune. Il documento è stato inoltre rivisto alla luce del DCA 248/2015 che attribuisce gli obiettivi ai direttori generali della Regione Lazio e della legge 125 del 06/08/2015 in materia di disposizioni urgenti per gli enti territoriali.

1.1 Perché un focus sulla performance

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

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

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

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

1.2 I “tempi” del Ciclo delle Performance

Il Piano sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'ASL di Viterbo. Ha valenza strategica triennale (2016-2018), 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 leg.vo 150/2009 (in seguito "Decreto") e della legge 125 del 2015 sulla spending review.

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; 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, i 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	LE AZIONI	GLI ATTORI
settembre 2015 ottobre-novembre 2015	avvio elaborazione Piano Triennale delle Performance in coerenza con i Programmi Operativi, il PSR, gli obiettivi del D.C. ed i DCA della Regione Lazio; apertura fase di ascolto degli stakeholder interni ed esterni per la individuazione e condivisione delle priorità strategiche da perseguire nel Piano.	Controllo di Gestione Direzione Strategica, Collegio di Direzione
novembre 2015	approvazione Bilancio di previsione 2016	Direzione Strategica, Economia e Finanze
dicembre 2015 entro il 20 dicembre 2015	convocazione Conferenza dei Servizi e presentazione Piano Triennale delle Performance; consegna a Direzione di UOCCO CC ed Dip le dette proposte di budget 2016 consegna contributi responsabili UOCCOCC e dip.ii per la definizione obiettivi budget 2016	Direzione Strategica UOCCOCC
31 gennaio 2016	approvazione del Piano Triennale delle Performance	Direzione Strategica
31 gennaio 2016	consegna della documentazione relativa al raggiungimento degli obiettivi di budget 2015 e delle schede relative ai contributi individuali	tutte le UOCCOCC e Dip.ii: C&G
gennaio 2015 febbraio 2015	validazione degli indicatori annuali di budget (2016) da parte dell'OV ed avvio del processo di negoziazione conclusione processo di negoziazione obiettivi di budget 2016	C&G, Comitato di Budget, OV, Direzione Strategica C&G, Comitato di Budget, Direzione Strategica
entro marzo 2016 aprile 2016	contualizzazione processo di budget all'interno delle UOCCO e assegnazione obiettivi di performance individuali monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2016 - I trimestre, invio relazione OV approvazione Bilancio consuntivo 2015	Responsabili di Struttura Controllo di Gestione Direzione Strategica
maggio 2016	conclusione verifica risultati budget 2015 (misurazione performance organizzativa) e invio proposta Relazione della Performance all'OV	Controllo di Gestione
giugno 2016	validazione Relazione della Performance 2015 e valutazione contributo individuale criticozza e combante	OV
giugno 2016	approvazione Relazione e pubblicazione sul sito web aziendale	Direzione Strategica
luglio 2016	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2016 - II trimestre, invio relazione OV	Controllo di Gestione
luglio 2016	erogazione saldo incentivo di risultato comparto 2015, liquidazione incentivo di risultato alla dirigenza 2015	Risorse Umane
altre 2015	monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2016 - III trimestre, invio relazione OV	Controllo di Gestione

Ciclo Programmazione e Controllo
adempimenti Decreto Leg.vo 150/2008
Ciclo del Bilancio

2. L'Azienda Sanitaria Locale ASL Viterbo

2.1 L'assetto aziendale

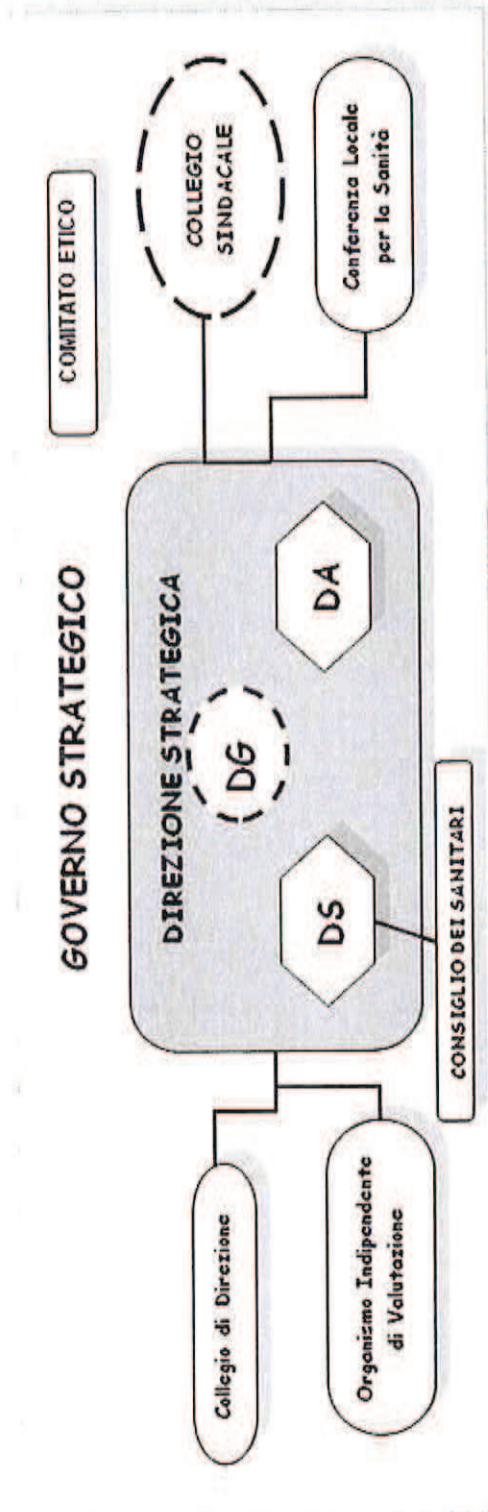
L'Azienda ASL di Viterbo è articolata territorialmente in tre Distretti, ai quali afferiscono i seguenti comuni:

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, Carino, Montalto di Castro, Monte Romano, Piansano, Tarquinia, Tescennano, 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 412/14)		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 (Villa Rosa)	60
P.O. CIVITA CASTELLANA	86	RIABILITAZIONE EX ART. 26 (Villa Immacolata, AIRRI, Villa S. Margherita)	1.066
P.O. ACQUAPENDENTE	40	HOSPICE (Casa di Cura Salus, Villa Rosa, My Life Nepi)	230
		RIABILITAZIONE R1 (Villa Immacolata)	10
		RICOVERO IN ACUZIE (Casa di Cura Salus, Nuova S. Teresa,)	44
		LUNGODEGENZA (Villa Immacolata)	31
		RICOVERO POST ACUZIE (Villa Immacolata)	103
Totale	687	totale	2.267

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

ATTIVITA' TERRITORIALE

3. L'identità

3.1. Mission e Vision

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

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

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

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

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

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

le esigenze comuni di cambiamento e non perché è il frutto di una direttiva, ma in quanto partecipazione integrata di tutte le competenze che garantiscono l'applicazione corretta dei modelli organizzativi.

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 bisogni 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 di intervento socio-sanitari;
- e) la partecipazione attiva dei cittadini/pazienti.

4. Il Contesto

4.1 I dati della popolazione residente

Nel 2012 in Provincia di Viterbo la popolazione over 65 è circa il 21, % del totale, percentualmente superiore alla media regionale (20,2%) e nazionale (20,8). Gli indicatori di dipendenza strutturale degli anziani si pongono su livelli superiori a quelli della media regionale, ad indicare un peso maggiore della popolazione in età non attiva (56,6%) e della popolazione più anziana (36%) sulla popolazione in età attiva, rispetto a quanto rinvenuto mediamente nelle altre provincie laziali. Sono inoltre presenti in Provincia di Viterbo circa 24.000 stranieri, di cui oltre il 50% donne, che costituiscono il 7,7% dei residenti complessivi (seconda solo a Roma, tra le realtà laziali).

DATI DEMOGRAFICI POPOLAZIONE RESIDENTE A.U.S.L. VT AL 01/01/2015

(Fonte dati Demo ISTAT)

	0	1-4	5-14	15-44 F	45-64	65-74	>75	TOTALE
M	1.241	5.393	14.082	58.016	46.296	17.424	14.500	156.952
F	1.190	5.064	13.331	56.862	47.399	18.941	22.216	165.003
	2.431	10.457	27.413	114.878	93.695	36.365	36.716	321.955

POPOLAZIONE PESATA REDISTRIBUITA

DISTRETTO	0	1-4	5-14	15-44 M	15-44 F	45-64	65-74	>75	TOTALE
DISTRETTO A	363	1.447	2.735	6.279	6.615	31.985	27.105	29.883	105.412
DISTRETTO B	404	1.696	3.131	6.344	7.037	30.510	23.153	23.627	95.901
DISTRETTO C	491	2.101	3.993	8.182	9.034	39.517	28.326	27.998	119.642
TOTALE	1.258	5.243	9.859	20.805	22.686	102.012	78.584	81.508	321.955

Sono inoltre presenti in Provincia di Viterbo circa 24.000 stranieri, di cui oltre il 50% donne, che costituiscono il 7,7% dei residenti complessivi (seconda solo a Roma, tra le realtà laziali).

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.

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 tutelarne 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 fra le singole strutture (NODI) che compongono la Rete, indipendentemente dalla loro collocazione fisica e amministrativa. La logica dell'organizzazione della Rete sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario, anche se le singole prestazioni sono assicurate da strutture e professionisti diversi.

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

5. Il modello di misurazione

Il modello di misurazione della AUSL 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:

- livello istituzionale: PSR Lazio, Piani Operativi e Obiettivi del D.G.;
- 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.

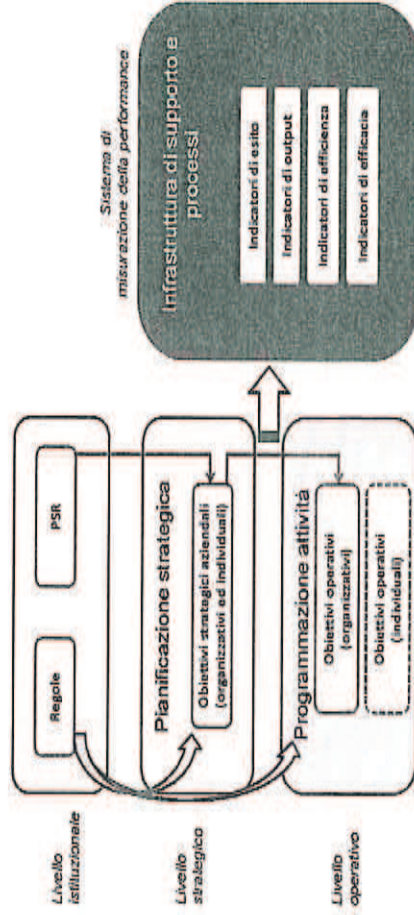
La misurazione delle performance avviene con periodicità sia trimestrale che annuale, attraverso il monitoraggio degli obiettivi, nonché con strumenti mirati, quali il processo di budget e/o la reportistica periodica.

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 assume 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.

La figura di seguito rappresentata evidenzia i principi ispiratori



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 regionali 2013-2015 e del contesto normativo di riferimento, conducono all'identificazione di cinque politiche sulle quali improntare l'azione strategica di cambiamento. Tra di loro sono ovviamente interconnesse e la schematizzazione aiuta ad identificare meglio le azioni conseguenti e la coerenza con gli interventi e le azioni regionali:

Politica A: le politiche di integrazione, innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute per promuovere la qualità della assistenza attraverso la riorganizzazioni dei servizi finalizzata alla concentrazione della casistica, alla integrazione per assicurare la continuità terapeutica e alla presa in carico del paziente, garantendo il mantenimento dei livelli di produzione attraverso:

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

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

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

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

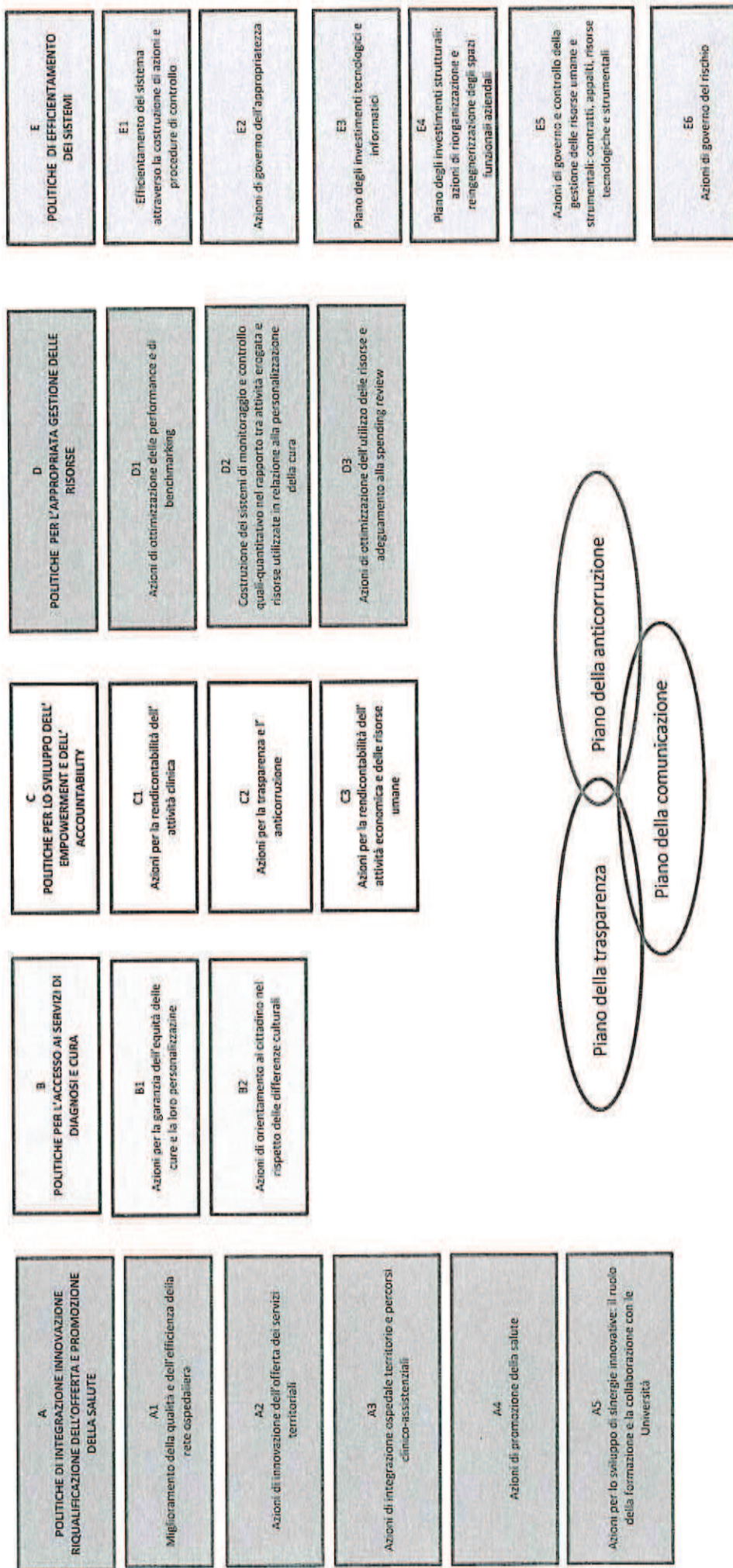
Politica C: le politiche per lo sviluppo dell'empowerment ed accountability per misurare e valutare le politiche attivate per il soddisfacimento dei bisogni degli utenti, nonché lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini/utenti, i soggetti interessati, quali destinatari dei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

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

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

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

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



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

7. Il piano della Trasparenza

Il Decreto Leg.vo 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 C.S. n. 1010 del 29/11/2013 la AUSL di Viterbo ha approvato il Piano della Trasparenza e dell'Integrità, in diretta correlazione con il proprio portafoglio delle Attività e dei Servizi.

7.1. Il Piano della comunicazione

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

8. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

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

Le attività, ove non espressamente previsto, hanno inizio e conclusione ciclicamente nell'anno solare di riferimento, mentre è fatta salva la possibilità di introdurre modifiche e/o integrazioni agli obiettivi sia di livello strategico che di livello operativo nel corso della negoziazione e nel corso dell'anno stesso, nel rispetto delle previsioni e procedure previste dal D.Leg.vo 150/2009. La flessibilità e la dinamicità dello strumento, consente di apportare le necessarie integrazioni alle schede di budget già negoziate per l'anno 2014 (del.ne del C.S. n. 260 del 15/4/2014), per allinearne i contenuti al nuovo Piano e alle nuove normative regionali di riferimento.

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

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

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

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

OBIETTIVO STRATEGICO A1

Miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera

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

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

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

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

OBIETTIVO STRATEGICO A2

Azioni di innovazione nell'offerta dei servizi territoriali

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

OBIETTIVO STRATEGICO A3

Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico assistenziali

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

OBIETTIVO STRATEGICO A4

Azioni di promozione della salute

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

OBIETTIVO STRATEGICO A5

Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative e convenzioni

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

Politica B: Le politiche per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura

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

OBIETTIVO STRATEGICO B1

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

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

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

OBIETTIVO STRATEGICO B2

Azioni di orientamento al cittadino nel rispetto delle differenze culturali

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

Politica C: Le politiche per lo sviluppo dell'empowerment ed accountability

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

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

OBIETTIVO STRATEGICO C1

Azioni per la rendicontabilità dell'attività clinica

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

OBIETTIVO STRATEGICO C2

Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione

La Direzione Strategica, ottemperando alle linee guida regionali e nazionali, pone tra i suoi principali obiettivi la realizzazione di tutte le possibili azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e alla valorizzazione della trasparenza amministrativa. 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 trasparenza saranno le linee guida dell'azioni che verranno intraprese.

OBBIETTIVO STRATEGICO C3

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

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

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

POLITICA D: Le politiche per l'appropriata gestione delle risorse

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

OBIETTIVO STRATEGICO D1

Azioni di ottimizzazione della performance e di benchmarking

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

OBIETTIVO STRATEGICO D2

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

L'obiettivo ha lo scopo di sviluppare strumenti che consentano di programmare le risorse in relazione ad ogni percorso di cura; oltre all'attivazione di R.I.T.H.A. (Rete Integrata Territorio Ospedale ed Accreditati), i pazienti potranno essere accompagnati e presi in carico individualmente rispetto ad ogni bisogno di assistenza. A tal fine sarà necessario sviluppare altri strumenti che consentano di programmare le risorse in relazione ad ogni percorso di cura; per arrivare a questo obiettivo sia i Distretti che il Dipartimento di Cure Primarie, gestori di risorse economiche, dovranno necessariamente associare agli strumenti di RITHA anche le risorse necessarie alla gestione del processo assistenziale, definendo le necessità organizzative/operative all'accesso, nella fase valutativa e nella fase di gestione in aderenza con gli obiettivi di cura previsti nel PAI/PRO.

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

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

OBIETTIVO STRATEGICO D3

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

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

Politica E: Le politiche di efficientamento dei sistemi

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

OBIETTIVO STRATEGICO E1

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

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

OBIETTIVO STRATEGICO E2

Azioni di governo dell'appropriatezza

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

OBIETTIVO STRATEGICO E3

Piano degli investimenti tecnologici ed informatici

Secondo le logiche definite nelle politiche precedenti sono definiti e deliberati i Piani degli investimenti tecnologici e informatici secondo una griglia di valutazione predisposta dal Nucleo dell'Health Technology Assessment (HTA) in relazione a dei criteri tecnici di priorità di sicurezza e/o alle richieste delle diverse unità operative che vengono aggiornati annualmente. L'azienda, anche grazie ai nuovi uffici costituiti, vedi OPEN, ha intenzione di implementare ulteriormente il sistema di verifica e controllo sia sull'utilizzo delle attrezzature che sulla gestione degli inventari e libro cespiti.

OBBIETTIVO STRATEGICO E4

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

L'obiettivo è quello di ottimizzare l'utilizzo degli spazi aziendali per garantire il miglior utilizzo anche in funzione della riorganizzazione dei servizi, per la messa in sicurezza delle strutture e per l'efficientamento del sistema. Il Piano degli investimenti strutturali rappresenta il documento di programmazione e pianificazione degli investimenti patrimoniali sugli immobili aziendali. La consegna del cantiere per la realizzazione del Corpo A3 dell'Ospedale di Belcolle, la riconversione dei padiglioni di Montefiascone e Ronciglione in Case della Salute, la riconversione in Presidio di zona disagiata, la riorganizzazione degli spazi delle attività in libera professione e la riorganizzazione della Rete Laboratoristica sono alcuni dei progetti che l'azienda ha messo in campo nel prossimo triennio e che consentiranno una riorganizzazione complessiva degli spazi funzionali al fine di ottenere tre importanti obiettivi: la riduzione degli affitti (costo annuo di circa €2.500.000,00) attraverso il riordino della frammentazione sul territorio di strutture ambulatoriali o di deposito; riduzione della frammentazione dei percorsi per i cittadini; l'ottimizzazione dei processi operativi attraverso una maggiore logicità nella progettazione della logistica aziendale.

OBBIETTIVO STRATEGICO E5

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

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

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

OBBIETTIVO STRATEGICO E6

Azioni di governo del rischio

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

9. Pianificazione operativa 2014-2016 e Monitoraggio del Piano

9.1 Pianificazione operativa 2014-2016

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 e risultati attesi in vista della loro puntuale valutazione a consuntivo nelle tre annualità di riferimento (all. A).

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 2014 si è proceduto 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 (deliberazione n. 260 del 15/4/2014). 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, rispetto 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'OIV, con il supporto della Struttura tecnica permanente e la collaborazione della Direzione Strategica Aziendale, della dirigenza e del personale.

Il monitoraggio e l'audit esterno del Piano spetta invece alla CiMT, che provvede periodicamente ad emanare linee guida specifiche e a pubblicare i risultati dei monitoraggi eseguiti.

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

ALLEGATO TECNICO: Tabella dei Piani Operativi

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

POLITICA	OGGETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	U.O. coinvolta	FONTE
A	A1	Azioni volte all'aumento dell'appropriatezza delle prestazioni chirurgiche erogate nel Pronto Soccorso	Aumento delle prestazioni chirurgiche in Day-Surgery	Prestazioni chirurgiche in Day-Surgery				Tutte le U.O.O. che effettuano Day-surgery	C4.7
A	A1	Efficienza del Pronto Soccorso	Diminuzione del numero di ricoverati del Pronto Soccorso	Abbandoni P.S.				Pronto Soccorso	DR
A	A1	Ottimizzazione della performance	Diminuzione della percentuale di dimissioni volontarie	Dimissioni volontarie				Tutte le U.O.O. che effettuano ricovero volontario	D18
A	A1	Ottimizzazione della performance	STEMI dimissioni mortali n 30 DR	STEMI				Cardiologia e Dietisti	PREVALE
A	A1	Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, carico del Pronto Soccorso	Incluso aumento ammessi in una Stroke Unit entro 1 ora	Numero ammessi in Stroke Unit ad un lit. sul totale				Neurologia	PREVALE
A	A1	Efficiamento del sistema ospedaliero	Obiettivo primario legato agli adempimenti della griglia LEA (punto E del questionario LEA) diminuzione dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Piano per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (per ospedali a gestione diretta)	Produzione dei DRG medici sul totale dei DRG medici con ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Piano per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (per ospedali a gestione diretta)				Pronto Soccorso dei presidi	DCA U00248
A	A1	Efficiamento del sistema ospedaliero	Obiettivo primario legato agli adempimenti della griglia LEA (punto E del questionario LEA) aumento percentuale di ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Piano per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (per ospedali a gestione diretta)	Percentuale di ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Piano per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (per ospedali a gestione diretta)				D.S.	DCA U00248
A	A1	Attuazione del percorso nascita	Diminuzione della percentuale parti cesarei primari (per ospedali a gestione diretta)	Parti cesarei primari				Ostetricia e ginecologia	DCA U00248
A	A1	Efficiamento del sistema ospedaliero	Obiettivo primario legato agli adempimenti della griglia LEA (punto E del questionario LEA) aumento percentuale di pazienti (età >65 anni) con colla del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (per ospedali a gestione diretta)	Percentuale di pazienti (età >65 anni) con colla del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (per ospedali a gestione diretta)					DCA U00245
A	A1	Valutazione cartaria	Indice di performance digiuno medio per acuti	digiuno medio per acuti				Tutte le U.O.O. che effettuano ricovero ordinario, D.S.	DCA U00248
A	A1	Potenziamento del gruppo multidisciplinare oncologico	Aumento percentuale di interventi conservativi e riabilitativi spaziotraiettivi alla mammella per tumore maligno	Numero di interventi conservativi e riabilitativi spaziotraiettivi alla mammella per tumore maligno				Chirurgia Senologica	DCA U00248
A	A1	Efficiamento servizi di psichiatria	Diminuzione percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche, per ricandida di erogazione	numero di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche, per ricandida di erogazione				DSM	DCA U00245
A	A1	efficiamento cure primarie	Numero percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 4h	numero di accessi al PS con codice verde non ricoverati				Pronto Soccorso dei presidi	DCA U00248
A	A1	efficiamento cure primarie	Percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 8h	numero di accessi al PS con codice verde non ricoverati				Pronto Soccorso dei presidi	DCA U00245
A	A1	Appropriatezza di ricovero	Aumento percentuale ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chiugiro alla dimissione	numero ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chiugiro alla dimissione				Pronto Soccorso dei presidi	DCA U00248

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

POLITICA	OGGETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	U.O. coinvolte	FONTE
A	A1	Ottimizzazione reti interspeciali	diminuzione della degenza pre operatoria per intervento di frattura della teca cavo torace	Media della degenza pre operatoria (fonte dati SIO, SIES)					DCA U00248 (fonte dati SIO, SIES)
A	A1	riduzione del sovralloccamento in PS	Incremento percentuale della dimissioni la domenica rispetto ai lunedì nei presidi ospedalieri	Numero delle dimissioni la domenica				Tutte le U.O.O. che effettuano interventi ordinari	DCA U00248
A	A1	efficiamento rete ospedaliera	Bilancio di Viterbo / presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica	Allocazione servizi				D.S.	DCA U00248
A	A1	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	Realizzazione degli interventi previsti dal DCA sulla riorganizzazione dell'offerta ospedaliera	Numero interventi migliorativi				D.S.	DB DG nuovi
A	A1	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	Atto di riorganizzazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica accreditata I modality week di loro	Numero posti letto area chirurgica				D.S.	DB DG nuovi
A	A1	Esiti e qualità delle cure	1. Proporzioni di STEMI (infarti miocardici con sopralivellamento del tratto ST) trattati con angioplastica primaria percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	STEMI trattati con PTCA				P.S. e Cardiolgia Chirurgia Geriatrica Chirurgia Chirurgia Chirurgia	DB DG nuovi
A	A1	Esiti e qualità delle cure	Aumento di colaterali come laparoscopia con degenza post operatoria entro 3gg.	laparoscopia				Tutte le U.O.O. che effettuano ricovero ordinario. D.S.	DB DG nuovi
A	A1	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	Incremento tasso di occupazione dei posti letto, riduzione della durata della degenza media e riduzione tasso di ospedalizzazione	Numero posti letto, tasso di degenza media e tasso di ospedalizzazione				Legge 129/2015	
A	A1	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	accorciamento dei ricoveri con costi a carico del SSN presso strutture con meno di 40 posti letto accreditati per acuti, ad eccezione di strutture multispecialistiche	ricoveri presso strutture con meno di 40 posti letto accreditati per acuti, ad eccezione di strutture multispecialistiche				Gestione accreditati Legge 129/2015	
A	A1	Miglioramento della qualità ed efficienza rete ospedaliera	rete chirurgica, rete radiologica, area funzionale materno infanzia, rete postnatale	Valutazione reti				D.S. e Dipartimenti coinvolti	Plan strategico 2014-2016
A	A1	Miglioramento della qualità ed efficienza rete ospedaliera	integrazione rete emergenza, riorganizzazione impianti oncologici	Valutazione reti				D.S. e Dipartimenti coinvolti	Plan strategico 2014-2016
A	A1	Miglioramento della qualità ed efficienza rete ospedaliera	area funzionale oncologica	Valutazione rete oncologica				Cruisologia	Plan strategico 2014-2016
A	A1	Miglioramento della qualità ed efficienza rete ospedaliera	miglioramento indici di performance delle U.O.O. ospedaliere	Valutazione della performance				Tutte le U.O.O. cliniche	Plan strategico 2014-2016
A	A1	Miglioramento della qualità ed efficienza rete ospedaliera	reorganizzazione rete-laboristica	Valutazione laboratori				U.O.O. diagnostiche	Plan strategico 2014-2016
A	A1	Miglioramento della qualità ed efficienza rete ospedaliera	Miglioramento delle azioni, programmazione, governo e controllo dei livelli assistenziali	RIT-A, riorganizzazione del flusso				Gestione patrimonio immobiliare	Plan strategico 2014-2016

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

POLITICA	OGGETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	UL. CO. triennale	FONTE
A	A1	Miglioramento della qualità ed efficienza rete ospedaliera	Miglioramento della qualità, programmazione, governo e controllo dei livelli assistenziali	Informalizzazioni servizi territoriali				Gestione patrimonio immobiliare	Plan strategico 2014-2016
A	A1	Miglioramento della qualità ed efficienza rete ospedaliera	Miglioramento delle azioni, programmazione, governo e controllo dei livelli assistenziali	Implementazione teleassistenza a supporto delle reti				Cesioni patrimonio immobiliare	Plan strategico 2014-2016
A	A1	Valutazione sanitaria	Indice di performance della eleganza media pre-operatoria interventi chirurgici	Idoneità media pre-operatoria interventi chirurgici programmati				Tutto in ULCO che usufruisce ricoveri programmati	DCA U00248
A	A2	Efficiamento servizi sanitari	Aumento degli utenti presi in carico dai comitati di salute mentali per 100.000 ab.	Pratiche in singola psimatica POPOLAZIONE >= 65 seguita in ADI nel 2015 nel territorio di riferimento >= 65 residente nell'ASL "01"				DSM e SPDC	DCA U00248
A	A2	Miglioramento della presa in carico del paziente a livello territoriale	potenziamenti ADI e completezza S/AD	numero di distretti con almeno una UVA/MD attivata e operativa anno 2015/16; elementi di valutazione: affidabilità az.36 di soluzione; di ricorsi di assuefazione				Distretti e cure primarie	DCA U00248
A	A2	Sviluppo reti ospedaliere e territoriali	Realizzazione di una unità di valutazione multidisciplinaria distribuita (UVA/MD), ai sensi del DCA n.312612, presso ciascun distretto					Distretti e cure primarie	DCA U00248
A	A3	Valutazione sanitaria	Obiettivo nazionale legato agli adempimenti della griglia LEA (quinto E del quindicennio LEA) diminuzione del tasso di ospedalizzazione (primario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	Tasso di ospedalizzazione (primaria e diurno) standardizzato per 1.000 residenti				Tutto in ULCO, ricovero ordinato, D.S.	DCA U00248
A	A3	Efficiamento servizi territoriali	Obiettivo primario legato agli adempimenti della griglia LEA (quinto E del quindicennio LEA) diminuzione del tasso di ricovero diurno di tipo ospedaliero per 1.000 ab.	Tasso di ricovero diurno di tipo ospedaliero per 1.000 ab.				Diagnosi per patologie in DS	DCA U00248
A	A3	Efficiamento servizi territoriali	Obiettivo primario legato agli adempimenti della griglia LEA (quinto E del quindicennio LEA) diminuzione del tasso di ricovero di tipo ospedaliero per ogni per 1.000 abitanti	Tasso di ricovero di tipo ospedaliero per 1.000 abitanti				Mansioni generali e DS	DCA U00248
A	A3	Valutazione sanitaria	DRG LEA Medici: tasso di ospedalizzazione ed per 10.000 residenti	Tasso di ospedalizzazione drg lea medici				Mansione generali	DCA U00248
B	B1	Valutazione sanitaria	distribuzione percentuale ricoveri ospedali brevi	numero ricoveri ospedali brevi				Medicina generali	DCA U00248
B	B1	Valutazione sanitaria	diminuzione percentuale di ricoveri medici oltre i 65 anni	numero di ricoveri medici oltre i 65 anni				Medicina generali	DCA U00248
B	B2	Valutazione sanitaria	destinazione percentuale DRG medici da reparti chirurgici ricoveri ordinati	numero ricoveri ordinati chirurgici da DRG medici				PS	DCA U00248
B	B2	Valutazione sanitaria	destinazione percentuale DRG medico da reparti chirurgici day hospital	day hospital chirurgici in DRG medici				PS	DCA U00248
A	A3	Valutazione sanitaria	aumento percentuale ospedalizzazione ipertensiva in day surgery e RO D-1 90	numero di degenza media della ospedalizzazione ipertensiva in day surgery e RO D-1 90				Cosurgeni Generali, Chirurgia Obesità	DCA U00248
A	A3	Valutazione sanitaria	% di prolasso transmetra	numero di prolasso transmetra				Urologia	DCA U00248
A	A3	Valutazione sanitaria	diminuzione del tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (14 anni)	numero di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (14 anni)				Profilattica e Distretti	DCA U00248
A	A3	Efficiamento della cura pediatrica	Diminuzione del tasso di ricovero nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	Ricoveri nel primo anno di vita ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 100 ricoveri pediatrici per anno (2-17 anni)				Profilattica e Distretti	DCA U00248
A	A3	Valutazione sanitaria	diminuzione del tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti	ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 ricoveri pediatrici per anno (2-17 anni)				DS e Distretti	DCA U00248
A	A3	Valutazione sanitaria	diminuzione del tasso di ospedalizzazione pediatrica per anno per 100.000 residenti (2-17 anni)	ospedalizzazione pediatrica per anno per 100.000 residenti (2-17 anni)				Profilattica e Distretti	DCA U00248

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

POLITICA	OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	U.O. coinvolte	FORNITE
A	A1	Valutazione sanitaria	Diminuzione del tasso di ospedalizzazione pediatrica per gastroenterite per 100.000 residenti (assistenti infermieri)	Diminuzione del tasso di ospedalizzazione pediatrica per gastroenterite per 100.000 residenti (assistenti infermieri)				Podolista e Distretti	DCA U0024B
A	A3	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	Diminuzione tasso di prescrizione RM muscolo-scheletrica per 1.000 residenti (>=65 anni)	Diminuzione tasso di prescrizione RM muscolo-scheletrica per 1.000 residenti (>=65 anni)				Distretti, Diagnostica per immagini	DCA U0024E
A	A3	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	Diminuzione percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	Rate di RM lombari entro 12 mesi				Distretti, Centro	DCA U0024E
A	A1	Esiti a qualità delle cure	Riduzione ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti distrettuali	Numero delle complicanze per diabete				Centro diabetologico	OB DS nuovi
A	A1	Implementazione dell'offerta	Organizzazione della rete territoriale	Validazione rete territoriale				Distretti e cure primario	Pian strategico 2014-2018
A	A3	ASL senza dolore	Accoppiabilità del consumo territoriale di Iniezioni articolari	Consumo farmaci articolari all'interno della media interregionale				Farmacia e Distretti	DCA U0024H
A	A3	Indicare esplicitamente nel piano di implementazione di azioni correttive	Riduzione della Mortalità nel primo anno di vita	Mortalità nel primo anno di vita				Podolista e Distretti	A1.1
A	A1	Indicare esplicitamente nel piano di implementazione di azioni correttive	Riduzione Mortalità neonatale precoce	Mortalità neonatale precoce				Podolista e Distretti	A1.2
A	A3	Integrazione esplicita ed ospedalarità sul territorio	Riduzione Mortalità neonatale totale	Mortalità neonatale totale				Podolista e Distretti	A1.3
A	A3	Integrazione esplicita ed ospedalarità sul territorio	Riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 assistiti	Ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 assistiti				Medicina generale	C14.3
A	A3	Integrazione esplicita ed ospedalarità sul territorio	Diminuzione del tasso di accessi DH medico sia per età per 1.000 residenti	Accessi al DH medico				Distretti e cure primario	C14.5
A	A3	Integrazione esplicita ed ospedalarità sul territorio	Diminuzione della percentuale di ricoveri ospedali tra 31-180 giorni	Ricoveri ospedali tra 31-180 gg.				Distretti e cure primario	C14.2
A	A1	Azioni di prevenzione delle malattie croniche	Diminuzione tasso ospedalizzazioni scempeso per 100.000 residenti, sia età e sesso, over 18	Totale scempeso over 18 per 100.000 residenti				BPCO	C11a.1.1.1
A	A1	Recupero della rete BPCO	Diminuzione tasso di ospedalizzazioni per BPCO per 100.000 residenti (50-74)	Ricoveri BPCO per 100.000 residenti (50-74)				BPCO	C11a.3.1
A	A3	Integrazione esplicita ed ospedalarità sul territorio	Diminuzione tasso di ospedalizzazioni per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti	Totale di interventi di tonsillectomia per 100.000 res.				Distretti e cure primario	C16.1
A	A3	Miglioramento della presa in carico dei pazienti con diabete	Diminuzione tasso di ospedalizzazione per interventi di stentocollima per 100.000 residenti	Totale di interventi di stentocollima per 100.000 res.				Oculistica e diabetologia	C18.9
A	A3	Efficacia dell'offerta	IClus: diminuzione della mortalità a 30 gg	MORTALITA' A 30 GG				Neurologia e Distretti	PREVALE
A	A1	Miglioramento della presa in carico dei pazienti con diabete	IClus: diminuzione della mortalità a 1 anno	Mortalità ad un anno				Neurologia e Distretti	PREVALE
A	A3	Efficacia dell'offerta	Diabete: diminuzione amputazione degli arti	Diabete con amputazione arti				Centro diabetologico	PREVALE
A	A3	Efficacia dell'offerta	Diabete: aumento almeno 2 misurazioni di emoglobina glicata in 1 anno	Emoglobina glicata in 1 anno in diabetici				Centro diabetologico	PREVALE
A	A3	Efficacia dell'offerta	Diabete: aumento di almeno 1 misurazione di colesterolo in 1 anno	Colesterolo in un anno in diabetici				Centro diabetologico	PREVALE
A	A3	Efficacia dell'offerta	Diabete: numero di almeno 1 misurazione di emoglobina glicata in 1 anno	Emoglobina glicata in 1 anno in diabetici				Centro diabetologico	PREVALE
A	A3	Efficacia dell'offerta	Diabete: aumento di almeno 1 misurazione di parametri biochimici, strutturali e metabolici in 1 anno	Parametri biochimici, strutturali e metabolici in 1 anno in diabetici				Centro diabetologico	PREVALE
A	A3	Efficacia dell'offerta	Riduzione della retinopatia diabetica	Visite oculistiche in 1 anno in diabetici				Centro diabetologico	PREVALE
A	A3	Miglioramento della presa in carico dei pazienti con diabete	Diminuzione della mortalità a 30 gg per ricettazione della BPCO dal ricovero	Mortalità a 30 gg				BPCO e Distretti	PREVALE

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

POLITICA	OGGETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	ULI OO coinvolte	FONTI
A	A4	Piano della prevenzione	rafforzamento dell'autopromozione LEA - riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbidità	n. di casi di morbidità per i quali è stata identificata l'origine dell'azione causale come di seguito riportata: numero di casi di morbidità notificati in residenze nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'azione è stata identificata; numero di casi di morbidità notificati in residenze del territorio di competenza (n. 10)				Coordinamento programmi vaccinali, diagnosi precoce e malattie infettive DCA UB0248	
A	A4	Screening area oncologica	Mantenimento dell'adesione inviti per screening mammella >95%; della cervicite >90%; screening del colto retto pari >90%.	percentuali inviti accolti				Coordinamento screening	OB DG nuovi
A	A4	Screening area oncologica	Raggiungere i seguenti standard per i programmi test di screening - Mammella > 50% - Cervicite > 40% - Colto retto pari > 45%.	percentuale adesione screening				Coordinamento screening	OB DG nuovi
A	A4	Sicurezza nei luoghi di lavoro	Aumento del numero imprese sottoposte a vigilanza nel territorio aziendale di competenza	numero imprese sottoposte a vigilanza nel territorio aziendale di competenza				SPRESAL afferenti al Dipartimento Prevenzione	OB DG nuovi
A	A4	Promozione della Salute	Riorientazione Dipartimento Prevenzione	Analisi Dipartimento Prevenzione				Tutte le U.L.O.O. afferenti al Dipartimento Prevenzione	Plan strategico 2014-2016
A	A4	Promozione della Salute	Incremento progetti finalizzati alla prevenzione e vigilanza sugli infortuni sul lavoro e malattie professionali	Analisi progetti prevenzione e vigilanza sugli sforzi sul lavoro e malattie professionali				SPRESAL	Plan strategico 2014-2016
A	A4	Promozione della Salute	Interventi di incremento delle attività di prevenzione e di educazione alla salute negli istituti scolastici	monitoraggio attività di prevenzione e di educazione alla salute negli istituti scolastici				Tutte le U.L.O.O. afferenti al Dipartimento Prevenzione	Plan strategico 2014-2016
A	A4	Promozione della Salute	Incremento controlli salute animali e controlli alimenti	numero controlli salute animali e controllo alimenti				Servizio Veterinaria B	Plan strategico 2014-2016
A	A4	Promozione della Salute	potenziamento attività controllo sul rischio di esposizione amianto	numero attività controllo sul rischio di esposizione amianto				Centro Amianto	Plan strategico 2014-2016
A	A4	Promozione della Salute	Sviluppo registri tumori ed attività epidemiologica	analisi registri tumori ed attività epidemiologica				SPRESAL	Plan strategico 2014-2016
A	A4	Promozione della Salute	emergenza aspenza ASI - Comuni - ARPA	analisi valori delle acque				Centro Amianto	Plan strategico 2014-2016
A	A4	Azioni per lo sviluppo di convenzioni	Sviluppo di convenzioni con Università e Istituti di Ricerca italiani e stranieri	n. convenzioni stipulate				Controllo di Carcinoma di Gestione di tutte le U.L.O.O. promotori di progetti	Plan strategico 2014-2016
A	A5	Azioni per lo sviluppo di sinergie	Partecipazione a progetti di ricerca in ambito scientifico-sanitario e in ambito di management sanitario	n. progetti nazionali a termine				Controllo di Carcinoma di Gestione di tutte le U.L.O.O. promotori di progetti	Plan strategico 2014-2016
A	A5	Azioni di internazionalizzazione	Partecipazione a bandi regionali, nazionali ed europei	n. progetti presentati				Controllo di Carcinoma di Gestione di tutte le U.L.O.O. promotori di progetti	Plan strategico 2014-2016

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

POLITICA	OBBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2015	2017	2018	U.U. OO. coinvolto	FONTE
B	B1	Attività di prevenzione e cura delle patologie cardiovascolari	Diminuzione della percentuale di abbandono della stadine (polipneumonie)	Percentuale di abbandono delle stadine (polipneumonie)				Farmacia e Dietesi	DCA U00248
B	B1	Governo delle liste di attesa	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 ospedaliera - l'eventuale adozione di provvedimenti di riduzione o sospensione dell'attività fibro professionale in quelle unità operative in cui il tempo di attesa dell'attività istituzionale superasse i limiti massimi previsti dal PRGSA	Monitoraggio tempi d'attesa ALPI o tempo di attesa dell'attività istituzionale				Responsabile governo liste di attesa	DS DG nuovi
B	B1	Valutazione dell'appropriatezza	Attivazioni del progetto di appropriatezza prescrittiva nella farmacia territoriale	monitoraggio progetto di appropriatezza prescrittiva				Farmacia e Dietesi	Plan strategico 2014-2016
B	B1	Valutazione dell'appropriatezza	Attivazione del progetto di appropriatezza	studio del progetto di appropriatezza				Farmacia e Dietesi	Plan strategico 2014-2016
B	B1	Valutazione dell'appropriatezza	Attivazione dei progetti di appropriatezza nelle richieste di diagnostica per immagini e di laboratorio	monitoraggio progetto di appropriatezza prescrittiva				Diagnostica e Diagnostica per immagini	Plan strategico 2014-2016
B	B1	Valutazione dell'appropriatezza	Revisione dei percorsi interni per l'appropriatezza dei ricoveri e per l'incremento dei controlli	monitoraggio appropriatezza dei ricoveri e comunicazione per i prescrittori ed erogatori				DS	Plan strategico 2014-2016
B	B1	Valutazione dell'appropriatezza	Attivazione del piano di comunicazione per i prescrittori ed erogatori	monitoraggio del piano di comunicazione per i prescrittori ed erogatori				Farmacia e Dietesi	Plan strategico 2014-2016
B	B1	Valutazione dell'appropriatezza	Valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri nella struttura accreditata (RITHA Del. 1007/2013)	Valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri nella struttura accreditata (RITHA Del. 1007/2013)				Direzione cure primarie	Plan strategico 2014-2016
B	B1	Mobilità sanitaria	Reduzione dei ricoveri in mobilità passiva 2016/2015 > 10% (Valorizzazione)	riduzione maggiore del 10% della valorizzazione				A. Lupo ASL U.O.O. clinico-diagnostica	DS DG nuovi
B	B2	Piano di orientamento al cittadino	Pubblicizzazione canali di accesso al sistema sanitario o della trasparenza delle liste	Autorizzazione del piano regionale per il governo e monitoraggio delle liste d'attesa (Del. 99/2014)				Responsabile governo liste di attesa	Plan strategico 2014-2016
B	B3	Piano di orientamento al cittadino	Pubblicizzazione canali di accesso al sistema sanitario o della trasparenza delle liste	Assegnamento della pianta organica per la trasparenza delle liste di attesa alla dipartita di servizi e Programmazione attività assistenziali				Responsabile governo liste di attesa	Plan strategico 2014-2016
B	B3	Piano di orientamento al cittadino	Pubblicizzazione canali di accesso al sistema sanitario o della trasparenza delle liste	Ripensamento delle funzioni della struttura "Governo dell'offerta" (Atto Amministrativo), Informalizzazione dei flussi di governo delle liste di attesa nelle strutture accreditate (Del. 1007/2013)				Responsabile governo liste di attesa	Plan strategico 2014-2016
B	B2	aiuti civico	Sviluppo di azioni per il miglioramento dell'empowerment	Allineamento del modello di "ospedale culturalmente competente"				DS	Plan strategico 2014-2016
B	B2	aiuti civico	Sviluppo di azioni per il miglioramento dell'empowerment	Riorganizzazione dei punti di accesso per finanziamento del cittadino ai percorsi				LURP	Plan strategico 2014-2016

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

POLITICA	OBBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2015	2017	2019	UL. OO. triennale	FONTE
C	C1	corretta valorizzazione delle risorse	Registrazione numero di reperimento dei dispositivi medici tra le specifiche tecniche della infusione elettronica	numero di reperimento dei dispositivi medici tra le specifiche tecniche della infusione elettronica				Programmazione e programmazione dei programmi di spesa	Legge 12/2/2015
C	C1	procedure di controllo	Controlli sui medici di base	valutazione medici di base				Controlli a cura dell'ASL	Legge 12/2/2015
C	C1	nuovi servizi	Sviluppo di azioni per il miglioramento dell'empowerment	partecipazione agli eventi con il tavolo permanente del volontariato "Partecipare e sanare" (90 associazioni) e per iniziative di tipo educativo e di promozione del consumo fuori negozio dei farmaci prescritti da MMG				URP	Legge emanata da Giunta municipale D. 2014-2016
C	C1	procedure di controllo	Controllo esecuzioni tumorologiche da MMG	proprietà del sistema di budget di spesa					
C	C1	procedure di controllo	Pozioni cronici	Strategie e approcci comunicativi				Consiglio di Gestione	
C	C1	Azioni di responsabilità	Responsabilità attività clinica	Certificazione e validazione di tutti i flussi e dati aziendali				SI/4	
C	C1	Flussi informativi	Flussi e dati aziendali	Organizzazione della comunicazione				SI/4	
C	C1	Flussi informativi	Flussi e dati aziendali	Accessibilità e trasparenza aziendale				SI/4	
C	C1	Flussi informativi	Qualità e flussi dati aziendali	Loggi ad attività clinica, amministrativa e quelle relative con creazione di un registro ufficiale				SI/4	
C	C1	Stato del Personale	Il personale in meno, da inviare alle componenti strutture regionali, all'interno il respello del budget nazionale	Reportistica trimestrale				Risorse Umane	OB DG nuovi
C	C2	Spesa del Personale	Verifica dei costi contabili rispetto alla capienza dell'ente. Il monitoraggio / anno di spesa autorizzata alla scadenza del trimestre esenziale.	Reportistica trimestrale				Risorse Umane	OB DG nuovi
C	C2	Anticorruzione - pubblicità e trasparenza	Sito aziendale - organismo di valutazione	valutazione sito aziendale				URP	Legge 12/2/2015
C	C2	Anticorruzione - pubblicità e trasparenza	Sito aziendale - Appalti pubblici	valutazione sito aziendale				URP	Legge 12/2/2015
C	C2	Anticorruzione - pubblicità e trasparenza	Sito aziendale - tempi di attesa - visualizzazione lista procedimenti applicativi in attesa	valutazione sito aziendale				URP	Legge 12/2/2015
C	C2	Anticorruzione - pubblicità e trasparenza	Sito aziendale - pagamenti - visualizzazione tempi medaglianti relativi ad acquisto beni e servizi, prestazioni professionali e forniture.	valutazione sito aziendale				URP	Legge 12/2/2015
C	C2	Azioni per la trasparenza	Costuzioni di informazioni trasparenti e comparabili sui servizi che sulla procedure	Organizzazione delle funzioni delle				URP e Altri Generali	Piano Strategico 2014-2016
C	C2	Azioni per la trasparenza	Costuzioni di informazioni trasparenti e complete sui servizi che sulla procedure	Riorganizzazione delle funzioni dell'ufficio stampa, comunicazione				Responsabile Comunicazione	Piano strategico 2014-2016
C	C2	Azioni per la trasparenza	Costuzioni di informazioni trasparenti e complete sui servizi che sulla procedure	Costituzione del Piano della comunicazione (Del. 10/19/2013)				Responsabile Comunicazione	Piano strategico 2014-2016
C	C2	Azioni per la trasparenza	Costuzioni di informazioni trasparenti e complete sui servizi che sulla procedure	Costituzione di informazioni trasparenti e complete sui servizi che sulla procedure				Responsabile Comunicazione	Piano strategico 2014-2016
C	C2	Azioni per la trasparenza	Costuzioni di informazioni trasparenti e complete sui servizi che sulla procedure	Costituzione del sistema di accountability				URP	Legge 12/2/2015
C	C2	Azioni per la trasparenza	Piano e Realizzazione sulla performance	Analisi performance aziendali				Consiglio di Gestione	DUP 33/2013/OBIET TM/CDG
C	C2	OSBLICUI DI PUBBLICAZIONE - Costi contabilizzati	Costi contabilizzati sui servizi erogati agli utenti sia finali che intermedi	Analisi dei costi dei servizi erogati				Responsabile sistemi informativi	DUP 33/2014/OBIET TM/CDG
C	C2	Azioni per la trasparenza	Sistemi di valutazione delle performance	Aggiornamenti trimestrali				Consiglio di Gestione	

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

POLITICA	OBBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	U.O. coinvolto	SOURCE
C	C2	Azioni per la trasparenza	Procedure amministrative	Creazione, manutenzione e aggiornamento delle procedure amministrative adottate all'interno della U.O.O.				Tutte le U.O.O. aziendali	Legge 124/2015
C	C2	Opportunità pubbliche	Situazione banca dati in cui inserire curriculum vitae , profili professionali ed esito valutazioni	validazione delle competenze				RU	
C	C3	Rendicontabilità nell'utilizzo delle risorse	Inserimento dati flusso informativo per la alla tecnologia (TWC, RMK, Acceleratori L-PET-TC, SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate	monitoraggio flusso informativo				Ingegneria clinica Pianificazione programmazione sistemi informativi	DCA, UO0248
C	C3	Correlati e completa attuazione PAC	Misura degli interessi passivi richiesti addebitabile al bilancio nella certificazione del debito	Verifica interessi passivi tramite sistemi di reportistica informativi					OB DG nuovi
C	C3	Spesa del Personale	Verifica utilizzo fondi contrattuali di rispetto alla capienza deliberata	Verifica della capienza rispetto alla capienza erogata mediante trasmissione dei provvedimenti di costituzione dei fondi per ciascun anno di riferimento e dei relativi provvedimenti di liquidazione a chiusura anno; per periodi intermedi, delibera attuazione fondi da fondo che le competenti per quote erogatate sono per quota nel fondo.				Pianificazione programmazione sistemi informativi e RU	OB DG nuovi
C	C3	Farmacovigilanza	lo scostamento deve essere ≤ allo 0,5 % del tetto di spesa su base regionale (11,35%)	Verifica della capienza rispetto alla capienza erogata mediante trasmissione dei provvedimenti di costituzione dei fondi per ciascun anno di riferimento e dei relativi provvedimenti di liquidazione a chiusura anno; per periodi intermedi, delibera attuazione fondi da fondo che le competenti per quote erogatate sono per quota nel fondo.				Farmacina	OB DG nuovi
C	C3	Farmacovigilanza	lo scostamento deve essere ≤ alla 0,5 % del tetto di spesa su base regionale (3,5%)	Verifica della capienza rispetto alla capienza erogata mediante trasmissione dei provvedimenti di costituzione dei fondi per ciascun anno di riferimento e dei relativi provvedimenti di liquidazione a chiusura anno; per periodi intermedi, delibera attuazione fondi da fondo che le competenti per quote erogatate sono per quota nel fondo.				Farmacina	OB DG nuove
C	C3	Farmacovigilanza	lo scostamento deve essere ≤ allo 0,5 % del tetto di spesa su base regionale (4,4%)	Verifica della capienza rispetto alla capienza erogata mediante trasmissione dei provvedimenti di costituzione dei fondi per ciascun anno di riferimento e dei relativi provvedimenti di liquidazione a chiusura anno; per periodi intermedi, delibera attuazione fondi da fondo che le competenti per quote erogatate sono per quota nel fondo.				Farmacina	OB DG nuovi
C	C3	Azioni per la rendicontabilità	Costruzione dei sistemi di accountability	Coordinazione dei valori (rendicontabili) con il Tavolo permanente dei volontari Partecipate in sanità (88 associazioni aderenti, 11 lavori tematici)				Farmacina Ufficio Comunicazione e Direzione Strategica	OB DG nuovi Pian. strategico 2014-2018

D Politiche per l'appropriata gestione delle risorse

POLITICA	OGGETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	UL. OO. (anno)	FONTE
D	D1	Consolidamento dell'integrazione con ASUR e alla completezza e alla qualità dei flussi di ricoveri (in base al monitoraggio LEA)	Codifica con ASUR attivo, scarico regolare delle code e piena integrazione con almeno 1 sistema azionario	n) > 45 e nascita flussi rimpatriati b) ASUR e sistemi di ricovero c) <= 40 ricoveri 13 più flussi rimpatriati				SIA	DCA U0024B
D	D1	Risk management	Raggiungimento del 70% degli obiettivi prefissati nel Piano annuale di attività entro il 31/12/2016	Verifica degli obiettivi				Risk Manager	OB DG nuova
D	D1	Risk management	Raggiungimento dell'80% degli obiettivi contenuti nel Piano di attività alla scadenza del 18 mesi	Verifica degli obiettivi				Risk Manager	OB DG nuova
D	D1	OBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	Adempimento del 100% degli obblighi di pubblicazione	Monitoraggio performance aziendali				Controllo di	31/12/2016
D	D2	Potenziamento rete oncologica	Potenziamento rete oncologica	Numero dei ricoveri per tumore alla mammella				Chirurgia oncologica	DCA U0024B
D	D7	Potenziamento rete oncologica	Potenziamento rete oncologica	Numero ricoveri tumori alla prostata				Urologia	DCA U0024B
D	D2	Esiti e qualità delle cure	Aumento del n. cartelle verificate	M. cartella verificata n. cartella totale > 12,5%				DS	OB DG nuova
D	D2	Valutazione dell'appropriatezza	Aumento della capacità di erogazione delle prestazioni e regolamentazione della libera professione	Adozione del regolamento per la libera professione e potenziamento dei centri				RU	Piano strategico 2014-2016
D	D7	Programmazione delle risorse economiche	Programmazione delle risorse economiche in relazione alla personalizzazione della cura	Costruzione del budget in relazione al bisogno di cure ed erogazione servizi				Disegni e cure primarie	Pian. strategico 2014-2016
D	D2	Programmazione delle risorse economiche	Aumento delle risorse economiche in relazione alla personalizzazione della cura	Sviluppo del modello di programmazione delle risorse accreditate individuali				Disegni e DSM	Pian. strategico 2014-2016
D	D2	Programmazione delle risorse economiche	Programmazione delle risorse economiche in relazione alla personalizzazione della cura	Miglioramento dei 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PSIDEA, prodotto dalla Direzione Salute				PS	DCA U0024B
D	D7	Programmazione delle risorse	Appropriatezza uso dei posti letto	Tasso maggiormente utilizzato posti letto occupati e D.S.				PS	DCA U0024B
D	D3	Innovazione delle modalità di prevenzione	Diminuzione spesa farmaceutica territoriale pro-capite	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite				Gestione accreditati, gestione a cura primarie	F 10, 1
D	D3	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Accreditati spesa complessiva ridotta dell'1% - spesa specialistica ambulatoriale	Numero accessi strutture accreditate				Gestione accreditati, gestione a cura primarie	Legge 125/2015 rinviato da monitoraggio D.
D	D3	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Accreditati: riqualificazione dei processi di accreditamento	Numero accessi strutture accreditate				Gestione accreditati, gestione a cura primarie	Legge 125/2015 rinviato da monitoraggio D.
D	D3	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Accreditati: controlli giustificazione	Numero accessi strutture accreditate				Gestione accreditati, gestione a cura primarie	Legge 125/2015 rinviato da monitoraggio D.
D	D3	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Aumento percentuale di Staline (adiposizzanti) a brevetto scaduto e presenti nella lista di Emergenza	Staline a brevetto scaduto e presenti nella lista				Farmacia e Dietesi	F 126,5
D	D3	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Aumento percentuale di ACE inibitori (antipertensivi) associati a brevetto scaduto e presenti nella lista di Emergenza	ACE inibitori (antipertensivi) associati a brevetto scaduto e presenti nella lista di Emergenza				Farmacia e Dietesi	F 126,7
D	D3	Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Aumento percentuale di ACE inibitori (antipertensivi) associati a brevetto scaduto e presenti nella lista di Emergenza	ACE inibitori (antipertensivi) associati a brevetto scaduto e presenti nella lista di Emergenza				Farmacia e Dietesi	F 126,9

D Politiche per l'appropriata gestione delle risorse

POLITICA	OBBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2018	2017	2016	U.O. coinvolta	FONTE
D	D3	Azioni di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e adeguamento alle spending review	Aumento percentuale incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui farmaci associati e non)	Farmaci a brevetto scaduto sui farmaci associati e non)				Farmacia e Dietisti	F.12.11
D	D3	Azioni di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e spending review	Aumento percentuali di modulare a brevetto scaduto a presonti nella lista di trasparenza	Molteplici a brevetto scaduto o presonti nella lista di trasparenza				Farmacia e Dietisti	F.12a.14
D	D3	Mappare implementazione di protocolli di cura per patologie oncologiche	Diminuzione del consumo pro-capite di farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP)	Farmaci IPP				Farmacia e Dietisti	OS.1
D	D3	Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse	Efficienza produttiva Diminuzione costo sanitario pro capite	Costo sanitario pro capite				Farmacia e Dietisti	DCA.U00248
D	D3	Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse	Costo medio dell'assistenza ospedaliera: caso medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini	Costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini				Farmacia e Dietisti	DCA.U00248
D	D3	strategie di gestione	strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, sostenibilità, flessibilità, economicità di gestione	monitoraggio della strategia				Coordinatore Infermeria	DCA.U00248
D	D3	Riduzione della spesa farmaceutica	Abbassamento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento	Numero delle locazioni passive				Farmacia e Dietisti	DCA.U00248
D	D3	Riduzione della spesa farmaceutica	Aumento della spesa convenzionata nella 2015 (popolazione assistita pesanti 2015 rispetto alla spesa farmaceutica totale: SE NEGATIVO FAR_1 :ulteriore obiettivo al: numero DDDI:1.000 assistibile jpp	spesa convenzionata nella 2015 (popolazione assistita pesanti 2015 rispetto alla spesa farmaceutica totale: SE NEGATIVO FAR_1 :ulteriore obiettivo al: numero DDDI:1.000 assistibile jpp				Farmacia e Dietisti	DCA.U00248
D	D3	Riduzione della spesa farmaceutica	Aumento della spesa convenzionata nella 2015 (popolazione assistita pesanti 2015 rispetto alla spesa farmaceutica totale: SE NEGATIVO FAR_1 :ulteriore obiettivo al: numero DDDI:1.000 assistibile jpp	SE NEGATIVO FAR_1 :ulteriore obiettivo al: numero DDDI:1.000 assistibile jpp				Farmacia e Dietisti	DCA.U00248
D	D3	Riduzione della spesa farmaceutica	Aumento della spesa convenzionata nella 2015 (popolazione assistita pesanti 2015 rispetto alla spesa farmaceutica totale: SE NEGATIVO FAR_1 :ulteriore obiettivo al: numero DDDI:1.000 assistibile jpp	SE NEGATIVO FAR_1 :ulteriore obiettivo al: numero DDDI:1.000 assistibile jpp				Farmacia e Dietisti	DCA.U00248
D	D3	Riduzione della spesa farmaceutica	Aumento della spesa convenzionata nella 2015 (popolazione assistita pesanti 2015 rispetto alla spesa farmaceutica totale: SE NEGATIVO FAR_1 :ulteriore obiettivo al: numero DDDI:1.000 assistibile jpp	SE NEGATIVO FAR_1 :ulteriore obiettivo al: numero DDDI:1.000 assistibile jpp				Farmacia e Dietisti	DCA.U00248
D	D3	Riduzione della spesa farmaceutica	Aumento della spesa convenzionata nella 2015 (popolazione assistita pesanti 2015 rispetto alla spesa farmaceutica totale: SE NEGATIVO FAR_1 :ulteriore obiettivo al: numero DDDI:1.000 assistibile jpp	SE NEGATIVO FAR_1 :ulteriore obiettivo al: numero DDDI:1.000 assistibile jpp				Farmacia e Dietisti	DCA.U00248
D	D3	Trasparenza negli acquisti	Riduzione della spesa per le procedure negoziate e/o affidamento diretto	Spesa totale procedure negoziate e/o affidamento diretto 2016 -50% spesa affidamento diretto 2015				E-procurement	OB.DG.nova
D	D3	Trasparenza negli acquisti	Riduzione spesa per acquisto beni infungibili	Spesa totale procedure negoziate e/o affidamento diretto 2016 -50% spesa affidamento diretto 2015				E-procurement	OB.DG.nova
D	D3	ottimizzazione delle risorse	Riduzione trattamento assistente	Spesa totale procedure negoziate e/o affidamento diretto 2016 -50% spesa affidamento diretto 2015				E-procurement	OB.DG.nova
D	D3	ottimizzazione delle risorse	Potenziamento risorse di sorveglianza dei livelli di controllo di profassi internazionale causa dubbio flussi migratori	auditazione ulteriore spes				RUJ	Legge 125/2015
D	D3	ottimizzazione delle risorse	Gabinetto Arno 2016 contributo Regione Lazio	auditazione ulteriore spes				RUJ	Legge 125/2015
D	D3	ottimizzazione delle risorse	Governo del personale dipendente e del personale convenzionato	auditazione ulteriore spes				RUJ	Legge 125/2015
D	D3	ottimizzazione delle risorse	Governo del personale dipendente e del personale convenzionato	auditazione ulteriore spes				RUJ	Legge 125/2015
D	D3	ottimizzazione delle risorse	Governo del personale dipendente e del personale convenzionato	auditazione ulteriore spes				RUJ	Legge 125/2015
D	D3	ottimizzazione delle risorse	Governo del personale dipendente e del personale convenzionato	auditazione ulteriore spes				RUJ	Legge 125/2015

2015

39

E Politiche di efficientamento dei sistemi

POLITICA	OGGETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	U.U.OO. coinvolte	FONTE
E	E1	Monitoraggio delle agenzie esterne	Aumento delle prestazioni erogate prenotate su agende visitabili al sistema ReCUP	N. prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visitabili al sistema ReCUP in totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione delle prestazioni di laboratorio di analisi)				Gestione anagrafica	DCA U00248
E	E1	Efficientamento delle risorse tecnologiche e formazione del personale	Incremento del numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) inviate dagli specialisti della Azienda	Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) inviate dagli specialisti della Azienda				DS, Distretti e cure primarie	DCA U00248
E	E1	Potenziamento rete diabetica	Efficientamento delle procedure di controllo per patologie diabetiche	Numero di pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 4 misurazioni di emoglobina glicata con fast test nel territorio della ASL				Centri diabetologici	DCA U00248
E	E1	Risk management	Inserimento nel sistema Rating ASL della scheda A entro 5 giorni dall'evento segnalato	Percentuale di schede caricate nel sistema di rating				Risk Manager	OB DG nuovi
E	E1	Risk management	Inserimento nel sistema Rating ASL della scheda B entro 45 giorni dall'evento segnalato	Percentuale di schede caricate nei sistemi di rating				Risk Manager	OB DG nuovi
E	E1	Conferma della lista di interventi	Redazione ed invio alla Direzione Regionale Salute di un report semestrale sinteso che documenti almeno 1 intervento per ciascuna delle 6 linee indicate nel PRGLA	Realizzazione report semestrali				DS	OB DG nuovi
E	E1	Incremento del numero di donazioni di sangue	Incremento donazioni di almeno 1.5% anno rispetto alla media del periodo 2013/2016	numero di donazioni di sangue				SI/MI e Distretti	OB DG nuovi
E	E1	Incremento del numero di donazioni di sangue	stessa di interventi di risplacramento dell'uso del sangue	Almeno 4 rimpiazzi finalizzati				SI/MI e Distretti	OB DG nuovi
E	E1	Riprescrittura del sistema	miglioramento produttività aziendale attraverso riorganizzazione del sistema	monitoraggio sistema				Distretti	Legge 125/2015
E	E1	Implementazione servizi specialistici	validazione e valorizzazione di esperienze e pratiche in ambito di servizi sovrazionali	valutazione servizi sovrazionali				Distretti e cure primarie	Legge 125/2015
E	E1	azioni di implementazione del sistema di monitoraggio	azioni di monitoraggio su quanto indicato dal Regolamento 70/2015 al fine di rendicontare al Tavolo Nazionale rispetto al Regolamento indicato	monitoraggio su quanto indicato dal Regolamento 70/2015				Direzione Strategica e UO Direzione Sanitaria Pofa	Legge 125/2015
E	E1	azioni di implementazione del sistema di monitoraggio	Tempestività dei pagamenti	tempo di attesa pagamenti				Pianificazione programmazione sistemi	Legge 125/2015
E	E1	Efficientamento dei sistemi di cura primarie	Integrazione tra i vari servizi e supporto allo alto U.U.OO. per allineamento ai requisiti Agenas	Allineamento ai requisiti dell'Agenas per accreditamento				Distretti e cure primarie	C13.1
E	E2	Migliore utilizzo delle cure primarie	Diminuzione del tasso di prestazioni inutilizzabili per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	Prestazioni inutilizzate per 1.000 res. standardizzato per età e sesso				Formazione Distretti e Pofa	DCA U00248
E	E2	Appropriatezza prescrittiva	riduzione dell'uso della celastropina in età pediatrica	Numero pazienti trattati con SARTANI e numero pazienti trattati con ACE				Cardiologia e Distretti	OB DG nuovi
E	E2	Appropriatezza prescrittiva	Incremento dell'appropriatezza prescrittiva e del corretto uso delle classi di priorità nella prescrizione delle prestazioni di prima accesso.	Realizzazione di almeno 3 eventi formativi				Diagnostica per immagini	OB DG nuovi
E	E2	Risk management	appropriatezza prescrittiva e limitazione degli effetti della medicina d'urto	responsabilità civile e penale dei professionisti della salute				Distretti e cure primarie	Legge 125/2015
E	E2	appropriatezza prescrittiva GOVERNO DELL'APPROPRIATEZZA	Individuazione criteri di appropriatezza dei ricoveri	monitoraggio dei ricoveri				DS	Legge 125/2015
E	E3	ottimizzazione delle risorse	Piano investimenti	valutazione delle risorse a disposizione				Pianificazione programmazione bilancio e sistemi informativi e RU	Legge 125/2015
E	E3	Corretta pianificazione	Definizione fabbisogno (ARIS) AICP (pg. II)					Gestione Accreditati e RU	Legge 125/2015

E Politiche di efficientamento dei sistemi

Piano Triennale delle performance

POLITICA	OGGETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	UL. OC. biennale	FONTE
E	E3	Allineamento agli standard di efficienza aziendali	Allinearsi a standard riscaldamento	Realisamento agli standard				Gestione patrimonio immobiliare	Legge 125/2015 inserita da delibera monitoraggio D.
E	E3	Allineamento agli standard di efficienza aziendali	Allinearsi a standard rifiuti	Realisamento agli standard				Gestione patrimonio immobiliare, DS	Legge 125/2015 inserita da delibera monitoraggio D.
E	E3	Allineamento agli standard di efficienza aziendali	Allinearsi a standard utenti	Realisamento agli standard				URP	Legge 125/2015 inserita da delibera monitoraggio D.
E	E3	Riorganizzazione struttura informatica	Allinearsi a standard rete informatica	Realisamento agli standard				Gestione patrimonio immobiliare	Legge 125/2015 inserita da delibera monitoraggio D.
E	E3	Flussi informativi	Invio di tutti i flussi informativi, aggregati ed analitici, entro i termini, con le modalità e con i requisiti di qualità previsti dalla Regione e dai Ministeri competenti	Elaborazione ed analisi dei dati				Tutte le UU.OO sullo quali preva l'invio dei flussi	OS DG nuovi
F	E3	Azione di verifica	Convergenza costi, software certificati e fatturazione	analisi del flusso dei dati				Gestione patrimonio immobiliare	Legge 125/2015
E	E3	Riassesto sistema informatico	Trasparenza, accessibilità, tempestività e qualità dei servizi ai fini	monitoraggio servizi ai fini				URP	Legge 125/2015
E	E4	Ricognizione ed analisi del parco immobiliare	Prognosi ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a: stato di manutenzione, destinazione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenza, stato manufattivo per categoria di opere	Analisi delle funzioni, allotato e grado di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità economica				Gestione patrimonio immobiliare	DCA U00248
E	E4	modalità di utilizzo e costi di gestione	Modalità di utilizzo e costi di gestione. Analisi delle funzioni allotato e grado di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità economica	Analisi di utilizzo e costi di gestione. Analisi delle funzioni allotato e grado di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità economica				Gestione patrimonio immobiliare	DCA U00248
E	E4	Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica seconda e modello per intensità di cure	Numero posti letto area medica				DS	OS DG nuovi
E	E4	Autanzazione ed accreditamento	Analisi sulla ripartizione delle strutture sanitarie, strutture tecnologiche ed organizzative, prospettive al percorso di autorizzazione e di accreditamento, istituzionale; 50 % del peso	Analisi sulla ripartizione delle strutture sanitarie, strutture tecnologiche ed organizzative, prospettive al percorso di autorizzazione e di accreditamento, istituzionale; 50 % del peso				Gestione patrimonio immobiliare	OS DG nuovi
E	E4	Riassesto gestionale degli immobili aziendali	Mito di riconversione dello strutture aziendali	Valutazione immobili				Gestione patrimonio immobiliare	Legge 125/2015
E	E4	Riorganizzazione delle risorse	Razionalizzazione della gestione degli immobili	Utilizzazioni brevi nei presidi ospedalieri di Bialcote, Tarquinia, Civita Castellana ed Acquapendente				Gestione patrimonio immobiliare	Plan strategico 2014-2016
E	E4	Riorganizzazione delle risorse	Riorganizzazione degli spazi funzionali aziendali	Riorganizzazione degli attività nei presidi ospedalieri di Bialcote, Tarquinia, Civita Castellana, Acquapendente (Area Aziendale, Reali chirurgici, medica e dell'emergenza)				Gestione patrimonio immobiliare	Plan strategico 2014-2016
E	E4	Riorganizzazione delle risorse	Riorganizzazione degli spazi funzionali aziendali	Adeguamento delle strutture dedicate e Case della salute				Gestione patrimonio immobiliare	Plan strategico 2014-2016
E	E4	Riorganizzazione delle risorse	Riorganizzazione degli spazi funzionali aziendali	Messa a disposizione delle strutture Capofila Grante degli Infermi, complesso San Simone, Palazzo Farmaco, Località Poligono Ono, vecchio Ospedale -Verula				Gestione patrimonio immobiliare	Plan strategico 2014-2016

E Politiche di efficientamento dei sistemi

POLITICA	OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	UII_QQ adivole	FONTE
E	E4	Riorrganizzazione delle risorse Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane e strumentali	Riorrganizzazione degli spazi funzionali aziendali Obiettivo primario legato al raggiungimento dell'equilibrio: verifica raggiungimento dell'obiettivo di budget 2015 sull'aggregato complessivo dei costi (differenziale governabile da parte dell'Azienda) personale, materiali farmaceutici ed emoderivati - altri beni e servizi - medicine a base farmaceutica convenzionata - altre prestazioni da attività produttive farmaceutiche ed emoderivati verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); prodotti farmaceutici senza AIC (BA0030); emoderivati (BA0030); costo del valore del tempo erogato in distribuzione clinica e in somministrazione in ambulatorio; costi di gestione di ambulatorio; costi di gestione di laboratorio; costo di gestione di radiologia; PS extra regione; (Fato assegnato per funzione) e nelle delle somme accantonate all'articolo	Riorrganizzazione degli spazi per la riduzione degli affitti Somma delle voci di costo (i) = (i)COMS 2015 - COMS 2014) Sommatore alla ressonante di (i) = (i)BOG 2015 - BOG 2014)				Gestione patrimoniale immobiliare	Plan strategico 2014-2016
E	E5	Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane e strumentali	Assegnamento in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); prodotti farmaceutici senza AIC (BA0030); emoderivati (BA0030); costo del valore del tempo erogato in distribuzione clinica e in somministrazione in ambulatorio; costi di gestione di ambulatorio; costi di gestione di laboratorio; costo di gestione di radiologia; PS extra regione; (Fato assegnato per funzione) e nelle delle somme accantonate all'articolo	"somma CE consuntivo 2015" somma valore produzione 2015 "delle voci di costo relative al prodotto farmaceutico; ce emoderivati; ce radiologia; ce laboratorio; ce diagnostica (immagini); ce diagnostica (ultrasuoni); ce diagnostica (ecografia); ce valore della produzione (farmaceutica)				Programmazione	DCA_U00248
E	E5	Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane e strumentali	Dispositivi medici verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); dispositivi medici diagnostici in vitro (IVO - BA0240); rispetto al valore della produzione erogata; acuzie; materiali; riabilitazione; lungodegenza; PS extra regione; ambulatorio; (Fato assegnato per funzione) e nelle delle somme assegnate ai privati.	"somma CE consuntivo 2015" somma valore produzione 2015 "delle voci di costo relative ai dispositivi medici (immagini) e dagli componenti del valore della produzione (farmaceutica)				Programmazione	DCA_U00248
E	E5	Autorizzazione ed accreditamento	Attività di vigilanza delle strutture private autorizzate ed accreditate ai sensi dell'art. 1 della L.P. n.4/2003 - 50% del peso	Numero strutture private accreditate				Gestione	DCA_U00248
E	E5	Autorizzazione ed accreditamento	Acquisto beni e servizi: rimpostazione del 5% del valore complessivo dei contratti in essere (valore > 100.000)	Requisiti richiesti dal SIMANT contratti in essere				SIMANT	OB DG nuovi OB DG nuovi Legge 12/2015
E	E5	Dispositivi medici: riduzione dei costi in essere al fine della riduzione dei prezzi di fornitura senza alcuna modifica della durata loro di spesa pari al 4,4%	Dispositivi medici: negoziazione dei contratti in essere al fine della riduzione dei prezzi unitari di fornitura senza alcuna modifica della durata loro di spesa pari al 4,4%	contratti in essere				E-procurement	Legge 12/2015
E	E5	Razionalizzazione ed efficientamento della spesa per beni e servizi (dispositivi medici e farmaci)	Dispositivi medici: proposta di integrazione dei contratti in essere di riduzione dei prezzi unitari di fornitura	contratti in essere				E-procurement	Legge 12/2016
E	E5	realizzazione conto di gestione associato in materia di spesa capitolata per acquisizione di beni e servizi	valutazione possibilità di realizzazione conto di competenza nazionale in materia di spesa capitolata per acquisizione di beni e servizi	controlli in essere				E-procurement	Legge 12/2015
E	E5	Gestione del personale	infortuni della competenza dei lavoratori	valutazione della competenza				RU	Legge 12/2015
E	E5	Gestione del personale	garantire efficace integrazione sd iluno di lavoro della persona con disabilità L. 68/99	valutazione della competenza				RU	Legge 12/2015
E	E5	Gestione del personale - disabilitati	Comunicazione annuale alla Consilia ai Comuni Impegno Consiglio Ministri e Ministero Lavoro indicante i posti riservati ai disabili e la relativa mobilità di copertura dello quota di riserva.	valutazione della competenza				RU	Legge 12/2015
E	E5	Criteri di valutazione personale	Semplificazione norme valutazione dipendenti pubblici	valutazione della competenza				RU	Legge 12/2015
E	E6	Governo del rischio	audit rischio clinico	Valutazione della competenza Ospedale Civita Castellana - Borkalle - Tarquinia numero di audit effettuati				Risk Manager	DCA_U00248
F	F6	Risk management	Adozione del piano annuale per la gestione del rischio clinico 2016 entro 45 giorni dalla data di adozione delle Linee Guida regionali	Adozione delle linee guida regionali				Risk Manager	OB DG nuovi OB DG nuovi
F	F6	Mobilità sanitaria	Riduzione del tasso di ammissioni (4,2%)	Totale error				Risk Manager	OB DG nuovi OB DG nuovi
F	F6	verifica approprietezza medica e ambulatoriale	Assistenza medica e ambulatoriale a rischio, inappropriata, informazione, accantonamento e contratti dei medici prescrittori, verificata appropriata AIFA	manca l'adozione dell'Ente dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrivente competenti responsabilità DG per il 9 quartieri punto 7				Formacia e Distretti	Legge 12/2015 Legge 12/2015
E	E6	verifica approprietezza medica e ambulatoriale	Assistenza medica e ambulatoriale a rischio, inappropriata	verifica due ricoveri ordinari e diurni clinicamente inappropriati per evitare la riduzione del 50%				DS	Legge 12/2015 inverso da inibire incolazione D.

E Politiche di efficientamento dei sistemi

POLITICA	OBETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE DI RISULTATO	INDICE DELLE PERFORMANCE	2016	2017	2018	USO COORDINATO	FOINTE
E	E6	Risk Management	Miglioramento dei sistemi di Governo del Rischio	Riorganizzazione della funzione del Risk Management (Atto Aziendale)				Risk Manager	Pian. strategico 2014-2016
E	E6	Risk Management	Miglioramento dei sistemi di Governo del Rischio	Ricostituzione del comitato di gestione e costituzione del tavolo rischi e aree				Affari Generali	Pian. strategico 2014-2016
E	E6	Risk Management	Miglioramento dei sistemi di Governo del Rischio	Riorganizzazione del Comitato valutazione sinistri (Del. 635/2014)				Affari Generali	Pian. strategico 2014-2016
E	E6	Risk Management	Miglioramento dei sistemi di Governo del Rischio	Attivazione e contestualizzazione del piano aziendale per la gestione del rischio				Affari Generali	Pian. strategico 2014-2016
E	E6	Risk Management	Miglioramento dei sistemi di Governo del Rischio	Programmazione degli eventi formativi				Risk Manager	Pian. strategico 2014-2016
E	E6	Controllo qualitativo/quantitativo tra risorse erogate e risorse utilizzate	Bilancio di Viterbo: numero di sinistri effettuati su TC in pari a basso rischio	Audit				Risk Manager	DCA U00248

517

DELIBERAZIONE N°..... del **12 APR. 2016**
composta di n.**5**...pagine , frontespizio compresi e retro, e di n.**44** allegati

Publicato all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il : **19 APR. 2016**
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.
19 APR. 2016
Viterbo, li

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE

.....

Trasmessa al Collegio Sindacale il : **19 APR. 2016**
Viterbo, li **19 APR. 2016**.....

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE

.....

La presente deliberazione diventerà ESECUTIVA il : **19 APR. 2016**
Viterbo, li **19 APR. 2016**.....

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE

.....

Viterbo, li **19 APR. 2016**.....

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI
GENERALI

.....
[Signature]