

ORIGINALE

IMMEDIATAMENTE ESEQUIBILE



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° :

893

DEL :

28 MAG. 2018

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

OGGETTO: PRESA D'ATTO PIANO STRATEGICO 2018-2020

GUADAGNINI
ANNA

L'Estensore

Parere del Direttore Amministrativo :

FAVOREVOLE

Firma

Drssa Maria Luisa Velardi

NON FAVOREVOLE

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data

Parere del Direttore Sanitario :

FAVOREVOLE

Firma

Drssa Antonella Proietti

NON FAVOREVOLE

(con motivazioni allegate al presente atto)

Data

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

Voce del conto economico su cui si imposta la spesa :

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget :

Firma

Data

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

Dr.ssa Patrizia Boninsegna

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

Responsabile del procedimento : ANNA GUADAGNINI

Data

Firma

Firma

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

Dr.ssa Patrizia Boninsegna

Il Dirigente :

Data

Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti []

Oggetto:	PRESA D'ATTO PIANO STRATEGICO 2018-2020
-----------------	--

**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 52 del 22/2/2017 "Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardi degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato *Piano di riorganizzazione, riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*";
- il DCA 257/2017 "Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: "*Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015*";

RICHIAMATE

la deliberazione del Direttore Generale n. 518 del 12/4/2016 con cui la ASL di Viterbo ha adottato il Piano Strategico 2016-2018 in coerenza con i Programmi Operativi di cui al DCA 247/2014;

la deliberazione del Direttore Generale n. 122 del 30 gennaio 2018 con cui la ASL di Viterbo ha approvato il Piano Triennale delle Performance 2018-2020, in coerenza con gli strumenti di programmazione regionale sopra richiamati;

PRESO ATTO

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

RICHIAMATO

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

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

PRESO ATTO del Piano Strategico 2018-2020 della ASL di Viterbo già illustrato in occasione della Conferenza dei Servizi in data 19/12/2017, alla presenza dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori delle UU.OO.CC., dei Responsabili delle Strutture a Valenza Dipartimentale, dei Sindaci della Provincia di Viterbo, dei Rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, dei rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, dei MMG e dei PLS e che, allegato al presente atto, ne forma parte integrante e sostanziale;

CONSIDERATO CHE, in coerenza con il Piano Strategico 2018-2020, con deliberazione del Direttore Generale n. 122 del 30 gennaio 2018 la ASL di Viterbo ha approvato il Piano Triennale delle Performance 2018-2020;

PRESO ATTO CHE la Direzione Strategica della ASL di Viterbo ha proceduto nell'acquisizione dei pareri rispettando i tempi e le procedure di cui al DCA 251/2014, in particolare:

- in data 19 dicembre 2017 ha presentato il Piano Strategico 2018-2020 alla Conferenza dei Servizi, come sopra specificato;
- in data 10 aprile 2018 ha acquisito il parere del Collegio di Direzione;
- in data 3 maggio 2018 ha acquisito il parere della Conferenza Locale dei Sindaci per la Sanità;

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;

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

VISTO Il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

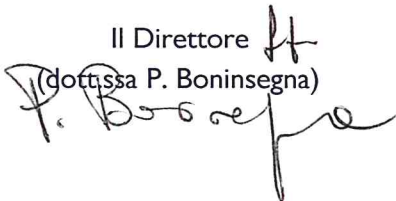
Nell'osservanza delle disposizioni di cui alla Legge 6/11/2012, n. 190 "disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della Pubblica Amministrazione";

PROPONE

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

- di prendere atto ed approvare il Piano Strategico 2018-2020, così come presentato alla Conferenza dei Servizi della ASL di Viterbo il 19/12/2017 che, allegato al presente atto, ne forma parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere il Piano Strategico 2018-2020 alla Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, per l'adozione;

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi;
- di dichiarare l'immediata esecutività del presente atto.

Il Direttore 
(dott.ssa P. Boninsegna)

IL DIRETTORE GENERALE

Ai sensi del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00230 del 28 ottobre 2015 con il quale viene nominato il Direttore Generale della ASL di Viterbo e integrato con il Decreto n. T00311 del 27 dicembre 2017 approvato con delibera n. 755 del 10 maggio 2018

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

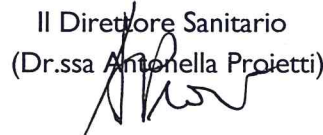
- di approvare la proposta così come formulata rendendola dispositivo;
- di dichiarare l'immediata esecutività del presente atto.

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 Melardi)



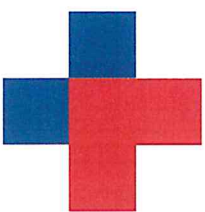
Il Direttore Sanitario
(Dr.ssa Antonella Proietti)



IL Direttore Generale
(Dr.ssa Daniela Donetti)



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

Piano strategico 2018-2020 ASL Viterbo

Piano Strategico Aziendale

2018-2020

ASL Viterbo

redazione a cura della U.O.S. Controllo di Gestione

Sommario Piano Strategico 2018-2020

Premessa

Parte A: analisi aziendale e della popolazione

1. Analisi di contesto della ASL di Viterbo
2. Valutazione dei bisogni di salute
3. Dati di misurazione dell'organizzazione e delle performance dei servizi della ASL di Viterbo
4. Valutazione economica finanziaria
5. Aderenza alle direttive regionali
6. ECM e formazione del personale

Parte B: le strategie aziendali

- A. Le politiche di integrazione innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute
- B. Politiche per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura
- C. Politiche per lo sviluppo dell'empowerment e dell'accountability
- D. Politiche per un'appropriata gestione delle risorse
- E. Politiche di efficientamento dei sistemi

Indice Parte A - Analisi Aziendale e della popolazione

Premessa

1 Analisi di contesto della ASL di Viterbo

1A. Analisi geografica

1B. Analisi demografica

2 Valutazione dei bisogni di salute

3 Dati di misurazione dell'organizzazione e delle performance dei servizi della ASL di Viterbo

3A Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA)

3B Stato di attuazione del livello di integrazione tra ospedale e territorio

3B.1 Le reti assistenziali

3B.2 La presa in carico del territorio e le cure primarie

3B.3 Il livello di presa in carico dei pazienti con patologie mentali

3B.4 La salute del Bambino e la sua gestione a livello territoriale

3B.5 La presa in carico delle patologie croniche

3C. Gestione dei percorsi in urgenza

3C.1 Il Pronto Soccorso

3C.2 Esiti dei percorsi di urgenza ed emergenza

3D. L'Ospedale e la gestione del paziente ospedalizzato

3D.1 L'assistenza ospedaliera

3D.2 Area medica

3D.3 Area chirurgica

3D.4 Mobilità dei ricoveri

3D.5 Le Procedure chirurgiche: analisi per presidio e unità operativa

3D.6 L'appropriatezza nell'ospedalizzazione e nel setting di ricovero

3E Le prestazioni Ambulatoriali e Strumentali

3E.1. Il numero delle prestazioni ambulatoriali
3E.2. APA e PAC accettati suddivisi per presidio

3F Prevenzione della salute

3F.1 Lo screening
3F.2 Ambiente e salute: Registro tumori della ASL di Viterbo
3F.3 Le malattie diffuse
3F.4 Le vaccinazioni
3F.5 Prevenzione negli ambienti di lavoro
3F.6 Prevenzione della salute animale
3F.7 Centro di Riferimento Regionale Amianto

4. Valutazione economica finanziaria

4A Spesa farmaceutica
4B Contabilità Analitica
4C Efficienzamento del ciclo passivo

5. Aderenza alle direttive regionali

6. ECM e formazione del personale

Indice Parte B - Le strategie aziendali

Introduzione

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

A1 *Miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera*

- A1.1 Ospedale per intensità di cura
- A1.2 Riorganizzazione della rete chirurgica
- A1.3 La Rete dell'Emergenza
- A1.4 L'organizzazione per aree funzionali

A2 *Azioni di innovazione nell'offerta dei servizi territoriali*

- A2.1 I profili di salute e i servizi territoriali alla luce della verifica di qualità
- A2.2 L'assistenza territoriale e le Case della Salute
- A2.3 Le Centrali Operative per le cronicità
- A2.4 I percorsi consultoriali

A3 *Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico assistenziali*

- A3.1 Le Reti e i Percorsi
- A3.2 La riorganizzazione dei percorsi di salute mentale

A4 *Azioni di promozione della salute*

- A4.1 Il Registro Tumori della ASL di Viterbo
- A4.2 La sanità penitenziaria
- A4.3 Le Dipendenze
- A4.4 Attività Vaccinale

A5 *Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative: il ruolo della formazione e la collaborazione con le Università*

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

B1 *Azioni per la garanzia dell'equità delle cure e la loro personalizzazione*

- B1.1 Abbattimento delle liste d'attesa
- B1.2 I Piani Assistenziali Individualizzati
- B1.3 Controllo e monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria

B2 *Azioni di orientamento al cittadino nel rispetto delle differenze culturali*

- B2.1 Azioni per un'Azienda sanitaria migrant friendly e culturalmente competente
- B2.2 Azioni di implementazione della partecipazione

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

- C1 Azioni per la rendicontabilità dell'attività clinica*
- C2 Azioni per il contrasto ai fenomeni corruttivi e per la trasparenza*
- C3 Azioni per la rendicontabilità dell'attività economica e delle risorse umane*
- C4 Accountability aziendale: gli stakeholder locali*

D Politiche per un'appropriata gestione delle risorse

- D1 Azioni di ottimizzazione delle performance e di benchmarking*
- D2 Costruzione dei sistemi di monitoraggio e controllo quali-quantitativo nel rapporto tra attività erogata e risorse utilizzate in relazione alla personalizzazione delle cure*
- D3 Azioni di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse: protocollo informatizzato "carta zero"*

E Politiche di efficientamento dei sistemi

- E1 Efficientamento del sistema attraverso la costruzione di azioni e procedure di controllo*
- E2 Azioni di governo dell'appropriatezza*
- E3 Il Piano degli investimenti tecnologici ed informatici*
 - E3.1 Il Piano degli investimenti tecnologici*
 - E3.2 Il Piano degli investimenti informatici*
- E4 Il Piano degli investimenti strutturali: azioni di riorganizzazione e reingegnerizzazione degli spazi funzionali aziendali*
- E5 Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane*
- E6 Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse strumentali: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali*
- E7 Azioni di governo del rischio e internal auditing*

Premessa

Il Piano Strategico 2018-2020 è stato elaborato in continuità con il processo di riorganizzazione già delineato nei precedenti documenti di pianificazione (Piano Strategico 2016-2018 e Piano Strategico 2017-2019), configurandosi come logico completamento e consolidamento di interventi già previsti e sviluppo di nuove azioni. Il quadro epidemiologico raffigurato nell'attuale Piano Strategico rappresenta lo strumento per l'analisi dei bisogni di salute del territorio, una guida per l'allocazione dei servizi sanitari e il target della promozione della salute.

La Direzione Strategica della ASL di Viterbo ha voluto fortemente caratterizzare questo Piano fornendo una connotazione di stretta interconnessione tra bisogni rilevati, a volte anche inespressi, risultati raggiunti, risultati da raggiungere e servizi sanitari da attivare per migliorare la sanità viterbese.

Gli interventi strategici delineati coniugano l'esigenza di impiegare al meglio le risorse disponibili con quella di sviluppo, attraverso la valorizzazione delle "best practice".

Le azioni messe in campo negli ultimi anni dalla Direzione Strategica stanno producendo risultati, trasformando in opportunità il quadro generale di crisi del sistema.

Si conferma una forte azione di riordino e di implementazione delle regole che accompagna trasversalmente ogni intervento organizzativo e strutturale, nella convinzione che l'efficacia dei processi sia strettamente correlata all'efficienza dei percorsi delineati in ogni ambito.

L'appropriatezza è la sfida lanciata verso il futuro: l'implementazione delle Reti clinico assistenziali e dei Percorsi Integrati di Cura, l'attivazione delle Centrali Operative per la Gestione delle Cronicità, associate all'individuazione di soluzioni informatiche a supporto delle trasformazioni organizzative, caratterizzano il Piano Strategico 2018-2020.

Il Piano non modifica la metodologia del Ciclo delle Performance che resta invariata; gli obiettivi sono stati assegnati in ossequio agli indirizzi regionali e ai vincoli normativi nazionali e regionali.

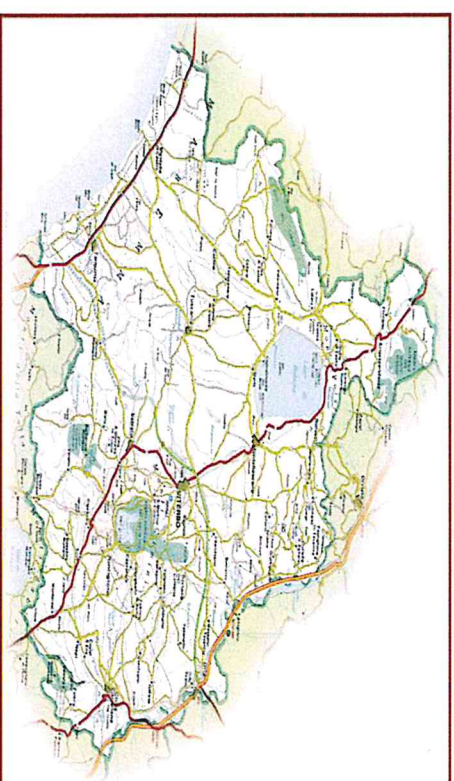
Il presente documento è articolato in due parti, la prima delle quali rappresenta l'analisi di contesto, i risultati raggiunti e le criticità rilevate, la seconda le azioni e le strategie individuate e da mettere in campo per rispondere ai bisogni di salute della popolazione; il documento è strettamente connesso al Piano Triennale delle Performance 2018-2020, 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.

PARTE A
ANALISI AZIENDALE E DELLA POPOLAZIONE

1. ANALISI DI CONTESTO DELLA ASL DI VITERBO

1A. Analisi geografica

La Provincia di Viterbo, la più settentrionale delle Province del Lazio, rientra in quella vasta area denominata Tuscia Laziale che si estende a Nord di Roma tra il fiume Tevere e il Mar Tirreno. Con un'estensione di 3612 km², essa è delimitata a Nord dalla Toscana (province di Grosseto e Siena), alla quale storicamente si collega in quanto sede di alcuni tra i maggiori centri della civiltà etrusca, ma dalla quale si distingue per il paesaggio naturale prevalente, determinato dall'origine vulcanica dei substrati. L'Umbria (in particolare il territorio provinciale di Terni) con la valle del fiume Tevere la delimita invece ad Est, mentre a Sud è lambita dalla regione sabatina e dai contrafforti settentrionali dell'acrocoro tolfaiano, importante comprensorio della Tuscia che ricade però in massima parte nella provincia di Roma.



Il Viterbese, ma più in generale la Tuscia Laziale, si sviluppa in massima parte su un territorio edificato dall'attività esplosiva di tre importanti complessi vulcanici: quello vulsino, dominato dalla vasta depressione lacustre di Bolsena, quello vicano, con il lago di Vico in posizione centrale, e quello cimino subito a Sud-Est di Viterbo. I terreni vulcanici ricoprono i più antichi terreni di origine sedimentaria che affiorano o emergono dalla copertura vulcanica in maniera sempre piuttosto esigua. L'insieme di questi modesti rilievi, abbastanza regolarmente allineati tra la fascia subappenninica e il mare e diretta prosecuzione di quelli più settentrionali dell'Antiappennino toscano, fanno parte dell'Antiappennino tirrenico che a Sud di Roma si estende ai colli Albani e ai monti Lepini, Ausoni e Aurunci. La viabilità nella provincia di Viterbo, come conseguenza delle caratteristiche orografiche e della bassa densità di popolazione nonché per l'assenza di importanti investimenti in questo settore, è complessa e centripeta rispetto al capoluogo. Conseguentemente ci sono maggiori difficoltà nel collegamento di due comuni vicini, rispetto al collegamento tra un comune anche se periferico rispetto al territorio provinciale, alla città di Viterbo e a Roma. La mobilità per Roma avviene nell'80% su gomma, in quanto la rete ferroviaria non offre un servizio adeguato alle esigenze dei cittadini; nonostante la presenza di una rete ferroviaria capillare sul territorio della provincia, questa è poco utilizzata anche per le difficoltà di collegamento esterno alla provincia stessa. Dal punto di vista viario (vedi mappa) le principali reti sono costituite dalla statale *Aurelia* che costeggia la costa, e l'autostrada A1 che costeggia i confini con la provincia di Terni, l'unica strada alternativa valida è rappresentata dalla *Cassia* e dalla incompleta *superstrada Civitavecchia-Orte* che collega orizzontalmente la parte ovest alla parte est della Provincia. In sostanza il sistema della mobilità fa sì che si possa sostanzialmente distinguere una zona centrale intorno a Viterbo con i suoi comuni limitrofi entro un raggio di circa 30 km e una zona limitrofa che ha più vantaggio a spostarsi sulle direttrici principali (Autostrada ed *Aurelia*) verso Roma, Toscana e Umbria. I dati evidenziano come la provincia di Viterbo sia sostanzialmente fuori dai grandi flussi viari di collegamento.

1B. Analisi demografica

Densità di popolazione per provincia del Lazio

L'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo coincide con il territorio della Provincia di Viterbo (vedi figura pagina precedente); confina a nord con la Toscana, ad ovest con il Mare Mediterraneo, ad est con l'Umbria (Asl di Terni) e la provincia di Rieti (Asl Rieti), a sud con la Provincia di Roma (Asl Roma F) ed il Comune di Roma (Roma E). Ha una popolazione di 319.008 abitanti con una variazione rispetto all'anno precedente di -0,40% (Istat 31/12/2016) articolata in 60 comuni su un territorio di 3612 km², con una popolazione distribuita in modo disomogeneo anche a seguito delle caratteristiche geografiche del territorio. Risulta in termini di densità di popolazione, sulle 107 province italiane la 69esima, invece rispetto alle province del Lazio, la penultima.

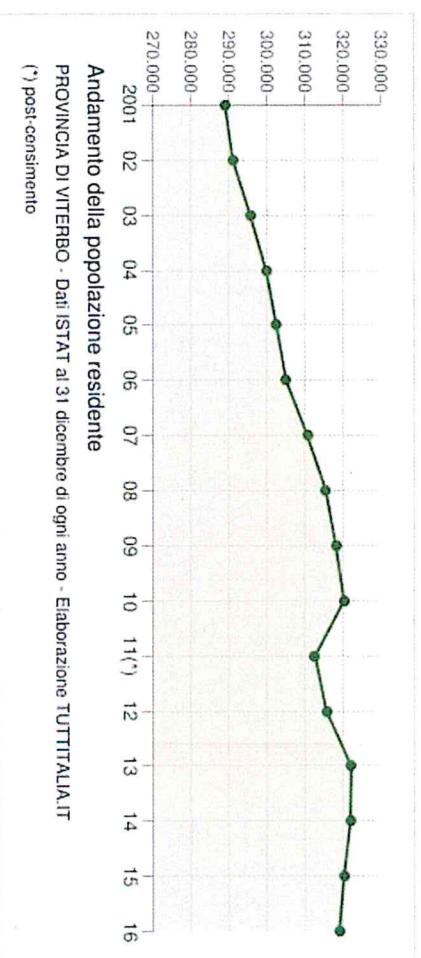
Il movimento naturale della popolazione rappresentato dalle Nascite (+ 2.279 unità/anno) e dai Decessi (3.615 unità/anno) evidenzia un saldo naturale negativo (-1.336 unità/anno).

▼Provincia/Città Metropolitana	▼Popolazione residente	▼Superficie km ²	▼Densità abitanti/km ²	▼Numero Comuni	
1. Città Metropolitana di ROMA CAPITALE	RM 4.353.738	5.363,28	812	121	
2. Frosinone	FR 493.067	3.247,08	152	91	
3. Rieti	RI 157.420	2.750,52	57	73	
4. Viterbo	VT 319.008	3.615,24	88	60	
5. Latina	LT 574.891	2.256,16	255	33	
Totale		5.898.124	17.232,29	342	378

La classifica delle province del Lazio ordinate per numero di comuni decrescente. I dati sono aggiornati al 01/01/2017 (ISTAT).

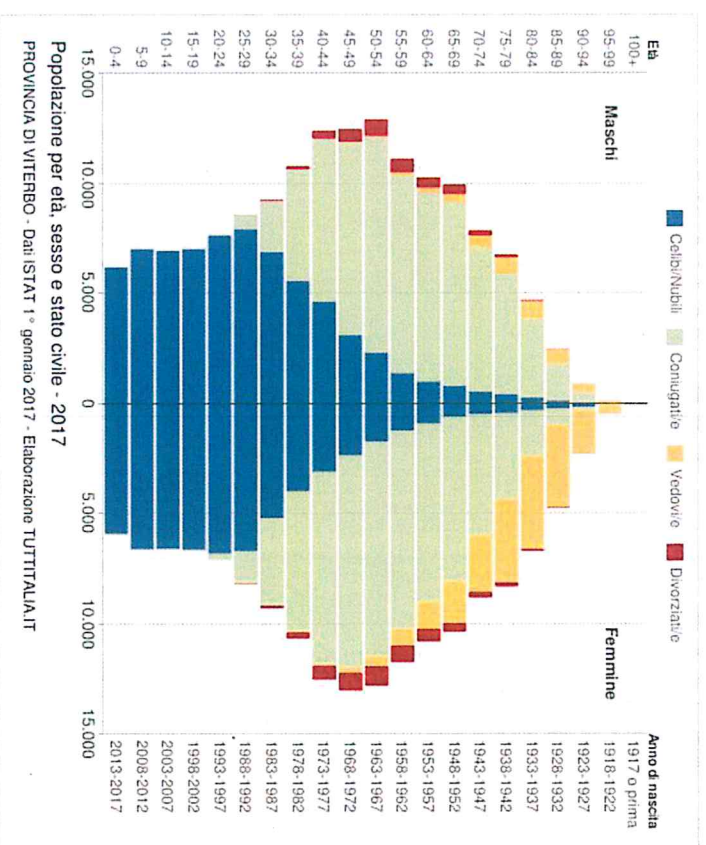
Fonte: www.tuttitalia.it

Andamento demografico della popolazione residente in **provincia di Viterbo** dal 2001 al 2016. Grafici e statistiche su dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno.

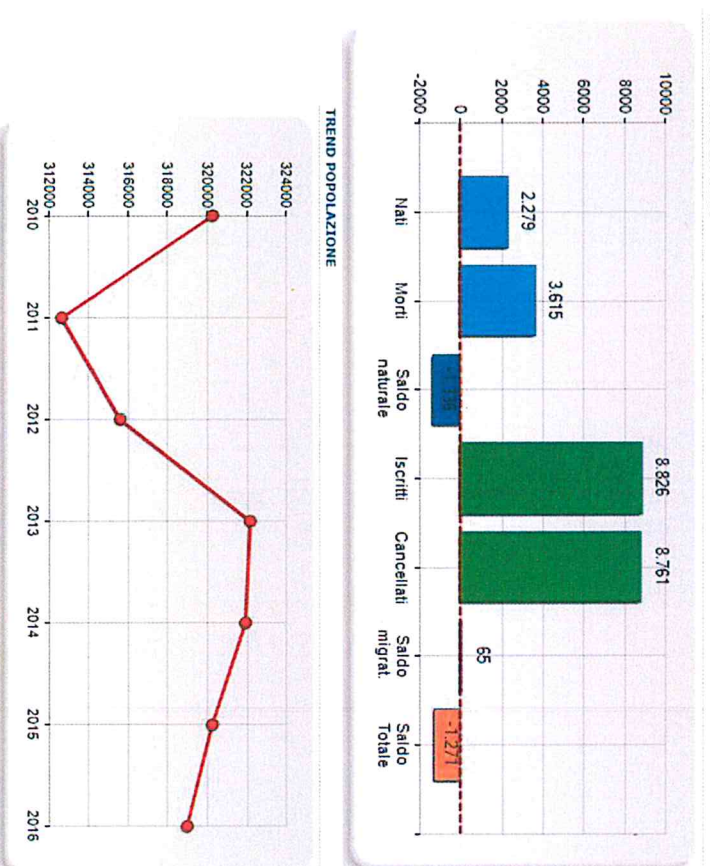


Struttura della popolazione

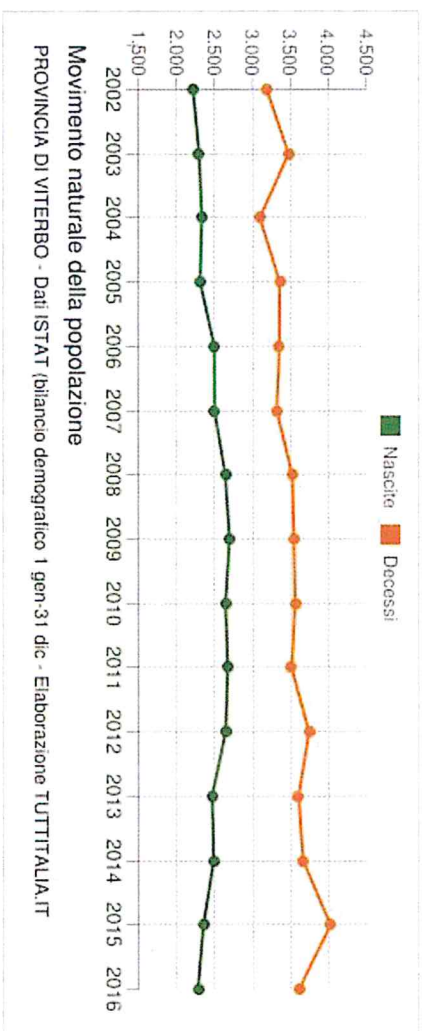
Il grafico per le variabili socio-demografiche per classi quinquennali è rappresentato nella "piramide demografica" da cui emerge tra l'altro, una maggiore prevalenza di vedove tra le over 65 rispetto agli uomini e viceversa di celibi tra i maschi, soprattutto nelle classi più giovani.



Popolazione residente al 31/12/2016 e relativo trend dal 2010, saldo naturale e saldo migratorio, tasso di natalità, tasso di mortalità, tasso di crescita e tasso migratorio nella Provincia di Viterbo

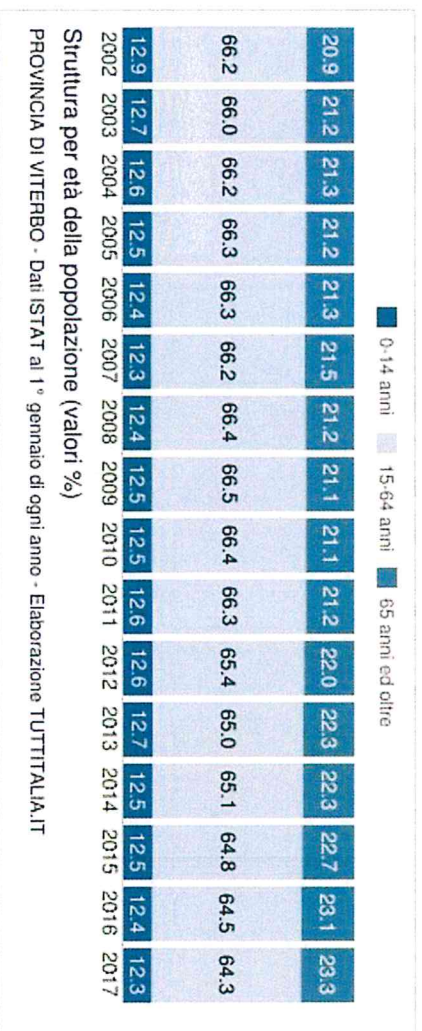


Il saldo naturale (differenza tra nascite e decessi) è rappresentato nel primo grafico. Nel 2016 è diminuito il numero dei decessi. L'andamento delle nascite dal 2014 ad oggi è in costante diminuzione. Si può inoltre notare come il numero delle nascite negli anni non abbia mai compensato il numero dei decessi, che risulta notevolmente superiore.



La distribuzione per grandi fasce di età in valori percentuali è descritta nella tabella a fianco. L'andamento nel tempo evidenzia come negli ultimi 10 anni vi sia stata una crescita dell'1,8% degli anziani (over 65).

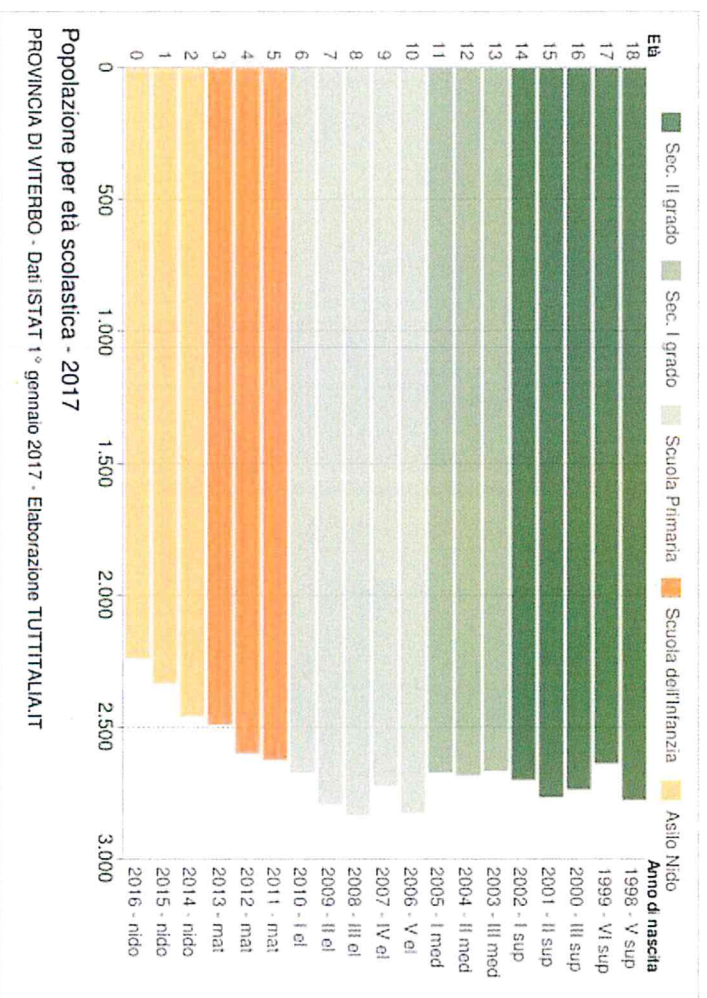
Nel 2017 l'indice di vecchiaia per la provincia di Viterbo dice che ci sono 189,67 anziani ogni 100 giovani (0-14 anni), mostra quindi la presenza di molti anziani rispetto ai giovani. Il grado di invecchiamento è ben superiore a quello del Lazio (pari a 155,46) e alla media italiana (165,34).



PROVINCIA DI VITERBO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Giovani

La popolazione in fascia di età al di sotto dei 18 anni e quindi in età scolastica è rappresentata nel grafico e nella tabella. Il grafico in basso a sinistra riporta la potenziale utenza per l'anno scolastico 2017/2018 delle scuole di Viterbo, evidenziando con colori diversi i differenti cicli scolastici (asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, scuola secondaria di I e II grado). Nella tabella è presentato un ulteriore focus sul numero degli alunni suddivisi per età e sesso. L'età più numerosa risulta essere quella degli 8 anni con 2.831 alunni afferenti alla scuola primaria III elementare, in egual modo il sesso più numeroso risulta essere quello maschile di età pari a 8 anni con 1.459 alunni.



Distribuzione della popolazione per età scolastica 2017

Età	Maschi	Femmine	Totale
0	1.144	1.094	2.238
1	1.174	1.158	2.332
2	1.266	1.191	2.457
3	1.297	1.190	2.487
4	1.323	1.274	2.597
5	1.372	1.249	2.621
6	1.356	1.314	2.670
7	1.425	1.366	2.791
8	1.459	1.372	2.831
9	1.419	1.301	2.720
10	1.425	1.397	2.822
11	1.351	1.319	2.670
12	1.398	1.282	2.680
13	1.392	1.271	2.663
14	1.383	1.315	2.698
15	1.414	1.350	2.764
16	1.406	1.329	2.735
17	1.347	1.289	2.636
18	1.457	1.317	2.774

Dati ISTAT 1° gennaio 2017 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Indicatori economici relativi alla ricchezza della popolazione della provincia di Viterbo

Nel corso del 2016 la provincia di Viterbo ha evidenziato qualche indicatore con un timido segno più, ed altri in calo, una dinamica lievemente migliore rispetto allo scorso anno che in parte ha beneficiato dell'andamento dell'economia italiana, anch'essa positiva, anche se con ritmi meno sostenuti rispetto a molti altri Paesi europei e non solo.

Il principale indicatore in grado di sintetizzare l'andamento economico di un territorio, il valore aggiunto, che rappresenta la capacità del sistema locale di produrre ricchezza, si attesta nel 2016 a Viterbo a +1 % in termini correnti, leggermente superiore allo 0,8% dello scorso anno, a fronte di un +1,5 % per l'economia nazionale.

Si evidenzia un ritardo atavico dell'economia della provincia di Viterbo, con il valore aggiunto pro-capite di molto inferiore alla media nazionale (18,6 mila a Viterbo e 24,7 mila in Italia), che mette in luce una minore capacità del sistema produttivo provinciale di produrre ricchezza.

Alcuni fattori alla base di questo ritardo sono riconducibili alle caratteristiche e alle vocazioni del sistema produttivo locale, alla conformazione territoriale e urbanistica, alla dotazione infrastrutturale, nonché alla localizzazione geografica.

Una flessione del 4,4% si registra anche nella domanda estera e accanto alle esportazioni l'economia viterbese registra una variazione negativa (-7,6%) anche delle importazioni.

Tab. 1 -Indicatori economici relativi alla provincia di Viterbo e Italia - Anno 2016		
	Viterbo	Italia
Valore aggiunto pro-capite	18.552,5	24.685,1
Tasso di occupazione	55,9	57,2
Tasso di disoccupazione	14,9	11,7
Propensione alle esportazioni	6,8	27,8
Grado di apertura	11,7	52,3
Tasso di finanziamento per cassa (rischi a revoca)	6,10	4,90

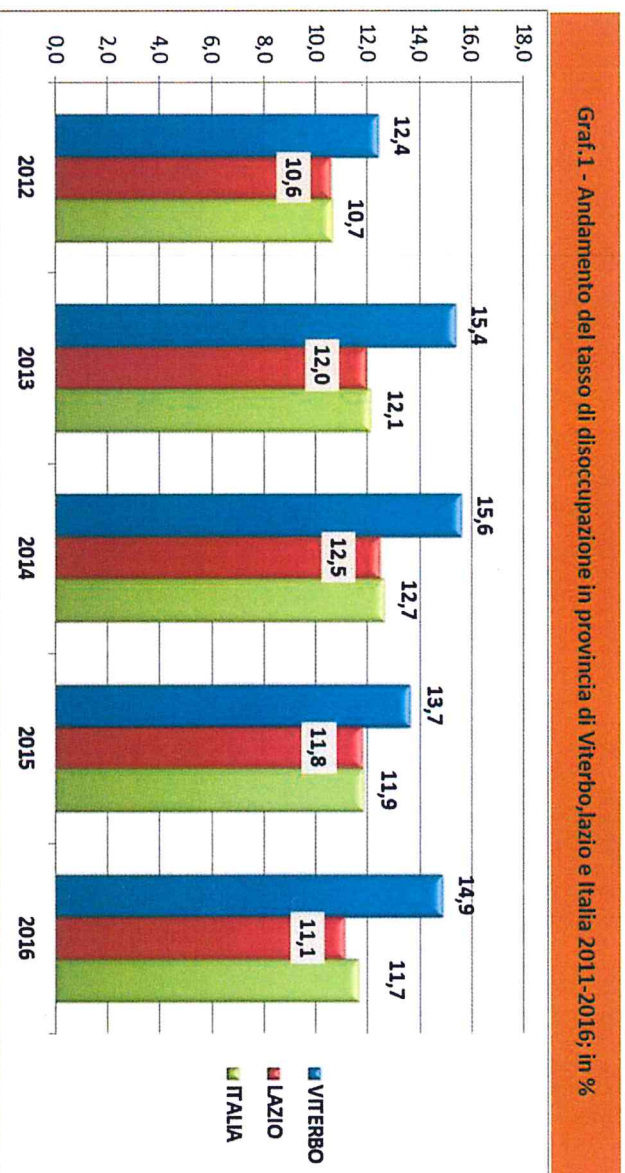
Fonte: Elaborazione Istituto G. Tagliacarne

Tab. 2 - Indicatori economici relativi alla provincia di Viterbo e Italia - Variazioni rispetto al 2015		
	Viterbo	Italia
Valore aggiunto pro-capite	1,5	1,7
Imprese attive	-1,0	0,0
Occupati	-1,8	1,3
Disoccupati	8,7	-0,7
Ore di Cig	-44,5	-15,2
Esportazioni	-4,4	1,2
Importazioni	-7,6	-1,3
Impieghi	-0,8	-1,1
Sofferenze	7,2	1,9

Fonte: Elaborazione Istituto G. Tagliacarne

Tasso di disoccupazione per età (15-65) anni - 2016

Il grafico in basso rappresenta il tasso di disoccupazione (15-65 anni) differenziato per anno e confronta il risultato della provincia di Viterbo con i risultati della regione Lazio e dell'Italia intera. Per quanto riguarda il mercato del lavoro, nel corso dell'ultimo anno è nuovamente diminuito il numero degli occupati (-1,8%), ed è aumentato quello dei disoccupati (+8,7%), con un tasso di disoccupazione che ha ripreso forza e ha segnato un dato di oltre 3 punti superiore alla media nazionale. La cosa più preoccupante riguarda sempre le componenti più deboli su questo versante, la componente femminile e i giovani.



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

Popolazione con cittadinanza straniera

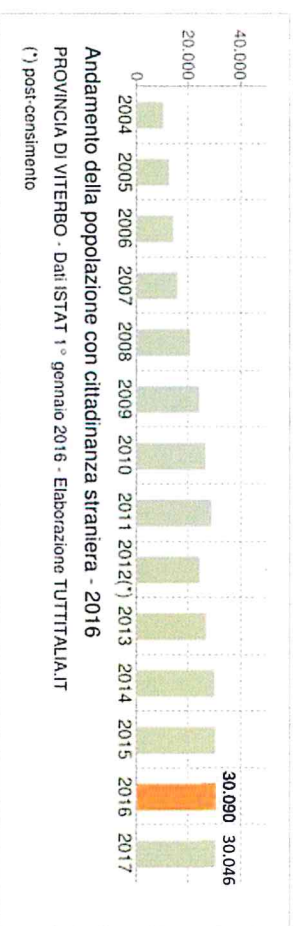
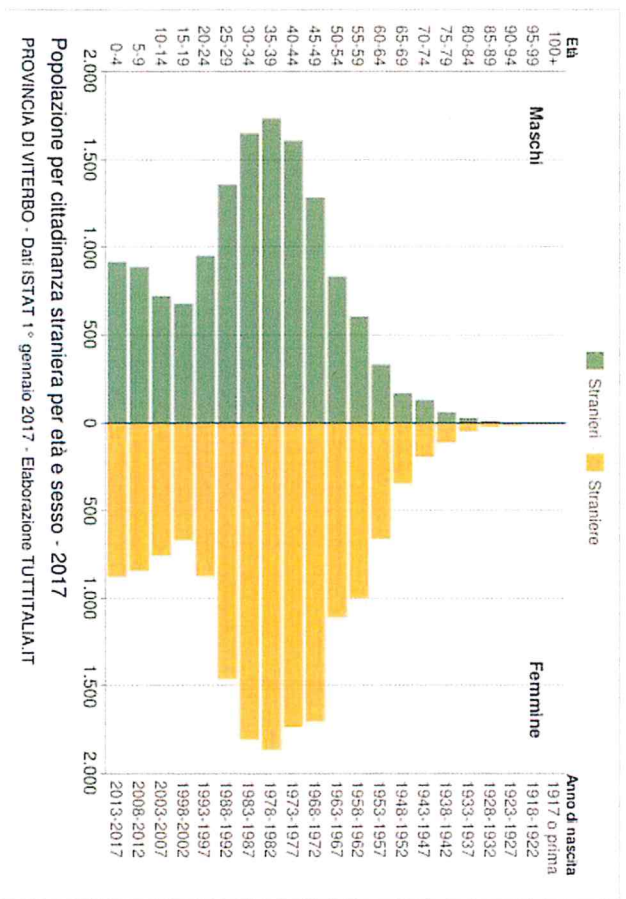
La piramide demografica della cittadinanza straniera evidenzia caratteristiche inverse a quelle della popolazione viterbese, descrive infatti una popolazione più giovane soprattutto in età riproduttiva (tabella in alto a sinistra). Ciò determina evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari.

La quota di cittadini con cittadinanza all'estero e residenti nella provincia (cittadini stranieri regolari) è progressivamente cresciuta del 49% negli ultimi 10 anni (tabella in basso a sinistra). Gli stranieri residenti in provincia di Viterbo al 1° gennaio 2017 sono 30.046 e rappresentano il 9,4% della popolazione residente. Tali dati ci mostrano come la popolazione immigrata sia diventata una componente strutturale nel territorio con una presenza maggiore di donne (53%).

Il confronto tra i dati al 1° gennaio 2017 rispetto all'anno precedente mostra una presenza sul territorio sostanzialmente stabile.

Distribuzione della popolazione straniera per età e sesso

In basso è riportata la **piramide delle età** con la distribuzione della popolazione straniera residente in provincia di Viterbo per età e sesso al 1° gennaio 2017 su dati ISTAT.



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2016
 PROVINCIA DI VITERBO - Dati ISTAT 1° gennaio 2016 - Elaborazione TUTTITALIA.IT
 (*) post-censimento

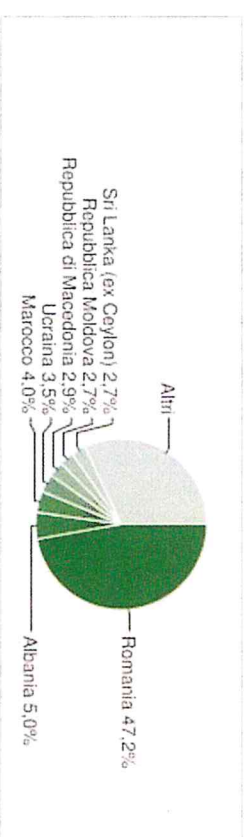
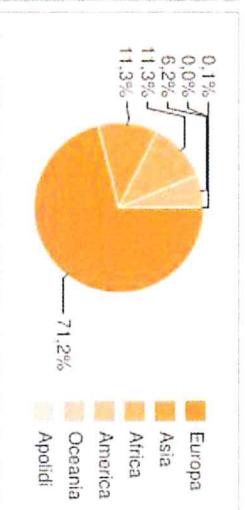
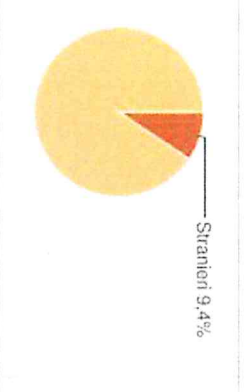
Distribuzione per area geografica della popolazione con cittadinanza straniera

Il primo grafico indica la percentuale degli stranieri residenti nella provincia di Viterbo che sono pari a 30.046.

Il secondo, invece, indica la provenienza dei cittadini stranieri residenti divisi per continente di appartenenza ed ordinato per numero di residenti.

Il terzo infine indica la provenienza dei cittadini stranieri residenti divisi per Stato.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 47,2% degli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (5,0%) e dal Marocco (4,0%).



Distribuzione per area geografica di cittadinanza - 2017 provincia di Viterbo Dati ISTAT 1° Gennaio 2017 - TUTTAAITALIA.IT

Le numerose nazionalità degli immigrati nella nostra Provincia indicano l'esistenza di differenze religiose che si manifestano nelle diverse situazioni: nelle corsie d'ospedale, nelle scuole, nei servizi sociali e sanitari territoriali; in ogni caso il pluralismo religioso è oggi un dato acquisito, elemento importante nell'accoglienza, nell'integrazione ma anche nella sostenibilità delle cure.

Per l'anno 2016 su un totale di 2.279 nascite, 348 riguardavano nuovi nati stranieri (15% del totale) confermando il continuo aumento del gruppo delle seconde generazioni. La crescita del numero di parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria. In diversi studi è emerso, infatti, che sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne.

2. VALUTAZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE

Nel seguente paragrafo è stata svolta un'analisi sullo stato dei bisogni di salute, attraverso determinati indicatori, volta alla valutazione della congruità dell'offerta sanitaria rispetto alla domanda. Il progetto, partito in via sperimentale su 5 comuni, ha previsto l'estensione della metodologia adottata su tutto il territorio della provincia. I risultati dell'analisi sono stati sinteticamente rappresentati nelle pagine successive.

La parte finale del paragrafo è stata, infine, dedicata ad un focus sulla popolazione con cittadinanza straniera.

Si deve far notare che le tabelle riportanti i dati distrettuali indicano 5 distretti territoriali e non tre distretti (istituiti con l'attuale Atto Aziendale a seguito dell'accorpamento delle aree). Tale dato più disaggregato in realtà aiuta a comprendere meglio l'epidemiologia territoriale, come si può notare in alcune specifiche tabelle, per quanto riguarda l'incidenza e la prevalenza territoriale di determinate patologie ed il rischio assoluto e relativo correlati.

Si deve far notare inoltre che il dato regionale 2015 (ancorché non aggiornato) è affidabile ai fini della valutazione dei profili della salute, in quanto il territorio a cui lo stesso è riferito (ASL Viterbo) non presenta significative variazioni demografiche su base annua.

Metodologicamente sono stati selezionati i seguenti indici e parametri: indici demografici, epidemiologici, rete dell'offerta ordinaria ed in emergenza, tempi di attesa, caratteristiche orografiche, bacini di naturale afferenza storica, in modo da delineare un profilo dei tre Distretti.

Da questa impostazione, una volta completata l'analisi sui bisogni del target selezionato (minori, famiglie problematiche, disabili adulti, migranti, anziani, etc..) si otterrà un profilo di salute dell'intero territorio ASL VT da confrontare con la rete dell'offerta. A seguire vengono illustrati esempi di tabelle di analisi.

Frequenza Parkinson (> 50 anni di età) nella Asl di Viterbo anno 2015

La tabella mostra un tasso standardizzato elevato presso il Distretto A (ex distretto 1 dove sono presenti 600 casi di parkinson) e il corrispondente rischio relativo (femmine) è pertanto il più alto della Provincia. Rispetto al dato 2014 si registra un lieve aumento della casistica.

	Casi		T. grezzo *		T. standardizz.*		Rischio relativo		T. confidenza 95%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Distretto A	270	330	15,2	15,6	12,8	11,4	1,01	1,13	0,89-1,13	1,01-1,27
Distretto B	235	247	15,9	13,5	13,7	10,2	1,08	1,02	0,95-1,23	0,89-1,15
Distretto C	270	278	14,2	12,5	12,9	9,6	1,01	0,96	0,90-1,15	0,85-1,08
ASL Viterbo	775	855	15,0	13,9	13,1	10,4	1,03	1,04	0,96-1,11	0,97-1,11

Frequenza Ictus cerebrale (età compresa 35-84 anni) anno 2015

La tabella mostra un tasso standardizzato elevato presso il Distretto A (ex distretto 2 dove sono presenti 185 casi di ictus cerebrale). Si registra un rischio relativo più elevato nel distretto B in controtendenza con la relazione 2014.

	Casi		T. grezzo *		T. standardizz.*		Rischio relativo		T. confidenza 95%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Distretto A	100	85	331,4	262	306,5	217,8	0,87	0,99	0,71-1,06	0,88-1,23
Distretto B	107	78	383,4	251	389,2	229,9	1,10	1,05	0,91-1,33	0,84-1,31
Distretto C	125	85	347,1	223,7	362,5	211,9	1,02	0,97	0,86-1,22	0,78-1,20
ASL Viterbo	332	248	352,8	244,3	351,8	219,4	0,99	1	0,89-1,11	0,88-1,14

Dati e tabelle forniti da UO Governo della domanda distretto B
 Fonte: Regione Lazio Dipartimento Epidemiologico ultimo dato disponibile

Frequenza B.P.C.O. (> 40 anni di età) nella Asl di Viterbo anno 2015

Il valori del Distretto ex 5 sono strettamente in connessione con la tipologia di attività industriale (polo lavorazione della ceramica) significativamente presente nel territorio di Civita Castellana. Il dato rispetto al 2014, è sostanzialmente invariato.

	Casi		T. grezzo *		T. standardizz.*		Rischio relativo		T. confidenza 95%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Distretto A	2214	2332	77,8	72,6	75,3	63,3	0,81	0,73	0,77 – 0,84	0,70– 0,76
Distretto B	1840	2064	71,5	69,0	74,4	65,7	0,80	0,73	0,76 – 0,84	0,70– 0,76
Distretto C	2761	2992	83,6	81,9	88,9	78,8	0,95	0,88	0,92 – 0,99	0,85– 0,91
ASL Viterbo	10272	10406	104,4	95,5	104,4	0,98	0,97	0,90	1,02 – 1,00	0,87– 0,93

Frequenza Sclerosi Multipla nella Asl di Viterbo anno 2015

La tabella mostra un tasso standardizzato elevato presso il Distretto B e C.

	Casi		T. grezzo *		T. standardizz.*		Rischio relativo		T. confidenza 95%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Distretto A	35	83	78,3	173,8	75,8	179,0	0,69	0,85	0,49– 0,97	0,68 – 1,05
Distretto B	37	114	84,0	238,0	83,4	239,1	0,76	1,13	0,55 – 1,05	0,94 – 1,36
Distretto C	78	99	139,2	167,3	134,9	167,2	1,23	0,79	0,98 – 1,54	0,65 – 0,96
ASL Viterbo	150	296	103,6	191,2	101,5	192,7	0,92	0,1	0,78 – 1,09	0,81 – 1,02

Dati e tabelle forniti da UO Governo della domanda distretto B
Fonte: Regione Lazio Dipartimento Epidemiologico
ultimo dato disponibile

Profilo dei Distretti A-B-C- rispetto al tasso di ricovero in strutture ospedaliere anno 2015

Tra le cause di ricovero dei residenti ASL Viterbo all'interno dei Presidi Ospedalieri figurano al primo posto le malattie e i disturbi dell'apparato digerente, prima causa in tutti gli anni presi in esame nei Distretti B e C. Seguono le malattie dell'apparato muscolo scheletrico (in aumento nel corso del quadriennio) e quelle dell'apparato cardiocircolatorio (in diminuzione).

Queste ultime, però, risultano le più frequenti nel Distretto A, a conferma di una maggiore prevalenza in questa area di malattie cardiocircolatorie, come più volte evidenziato.

Seguono i ricoveri per gravidanza, parto e puerperio che subiscono un progressivo e consistente calo nel corso degli ultimi anni.

I ricoveri per malattie dell'apparato respiratorio e quelli per malattie epatobiliari e del pancreas rimangono nel periodo in esame numericamente stabili (in lieve aumento percentuale se teniamo conto della progressiva diminuzione dei ricoveri intraziendali dei residenti nella nostra Asl).

Cause di ricovero	Quadriennio : Anni 2013 – 2016				tot. Quadrien.
	Distretto A	Distretto B	Distretto C	Asl	
Malatt. Appar. Digerente	12,92	13,34	13,27	13,18	
Malatt. appar. Card.circolat	14,21	10,81	11,42	12,11	
Malatt. appar. Muscoloscler.	11,15	9,42	12,73	11,10	
Gravidanza, parto e puerp.	7,01	10,20	8,43	8,57	
Malatt. appar. Respiratorio	7,49	5,89	7,13	6,83	
Mal. sangue e organi ematop	4,49	6,93	5,12	5,52	
Malattie sistema nervoso	6,06	4,45	5,17	5,22	
Tumori	4,69	6,04	4,86	5,20	
Malattie rene e vie urinarie	4,61	4,29	4,96	4,62	
Mal. epatobiliari e pancreas	4,83	4,02	4,60	4,48	
Mal. app. riproduttivo M+F	3,34	4,29	4,23	4,03	
N° ricoveri complessivi	30.299	31.664	32.402	94.365	

Dati e tabelle forniti da UO Governo della domanda distretto B

Fonte: SIA ASL Viterbo

Il Profilo di salute

La salute di un individuo o di una popolazione non è una condizione statica di presenza o assenza di malattia, ma deve essere concepita come un continuum *salute-malattia*, in cui ciascuno può collocarsi in un dato momento della sua vita, disponendo in ogni caso di risorse e opportunità per spostarsi verso la salute, cioè verso il benessere a livello fisico, psicologico e sociale.

Al fine di rafforzare risorse e opportunità per la salute, risulta fondamentale intervenire sui fattori individuali, ambientali e socio-economici dai quali risulta lo stato di salute. Il raggiungimento del più alto standard di salute possibile è considerato dall'ONU e dalla Costituzione Italiana un diritto universale.

Promuovere la salute

Mettere in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla è il processo che identifica la promozione della salute, che non è e non può essere, una responsabilità esclusiva del settore sanitario.

La disponibilità di informazioni sullo stato di salute di una comunità è un prerequisito di tale processo e deve dare supporto alla comunità nel definire le priorità, assumere decisioni, pianificare gli interventi per raggiungere un migliore livello di salute.

Obiettivo del Profilo di Salute

L'obiettivo del profilo di salute è quello di informare sia sui **determinanti distali**, di natura socio-economica ed ambientale, sia sui **determinanti prossimali**, (cioè i comportamenti individuali legati alla salute che sono in parte determinati da scelte personali e in parte condizionate dall'ambiente socio-economico) e di descrivere le principali cause di morte e le malattie più diffuse nella nostra Provincia, conseguenze dell'effetto combinato dei determinanti distali, prossimali e di fattori imm modificabili di natura genetica.

Metodo

Per la descrizione dei singoli ambiti sono stati utilizzati in maniera integrata i diversi flussi e fonti di dati disponibili, fornendo informazioni sia a livello di Azienda sia a livello di Distretto.

Si sono utilizzate ove è stato possibile più fonti informative come informazioni relative all'andamento nel tempo dei fenomeni, al confronto con i dati regionali e nazionali e, laddove esistono, con standard e obiettivi specifici.

La necessità di costruire un profilo snello e facilmente consultabile ha comportato la necessità di limitare gli ambiti di indagine a quelli più importanti per la promozione della salute. Il risultato finale di tale processo è la stesura di un piano per la salute aziendale basato sull'esame del contesto epidemiologico.

Proposta di Piano per la Salute Aziendale

La Asl di Viterbo si caratterizza per avere:

- Il 65,2 % del proprio territorio utilizzato per attività agricole che impiegano una quantità incontrollata di fitofarmaci;
- *interventi*: promozione lotta biologica guidata e informativa da parte dei medici di fiducia sui rischi a cui l'agricoltore si sottopone.
- Un indice di invecchiamento nettamente superiore sia alla media regionale che a quella nazionale; *Analisi dei PDTA sulla cronicità che l'Azienda ha attivato.*
- Un alto tasso di disoccupazione, che oltre all'impoverimento economico può comportare un aumento della devianza a livello sociale; *Vedi domanda e/o bisogni sanitari inespresi (povertà). Vedi utenza Ser. D.*

Tra le varie cause di mortalità quella per ictus, quelle per malattie dell'Apparato respiratorio e quelle dell'Apparato Digerente e per Cirrosi costituiscono un vero problema per tutta la nostra Azienda, un problema che investe tanto gli uomini quanto le donne.

Altro problema di altrettanta gravità è la mortalità per incidenti stradali. Nell'anno 2014 nel Viterbese si sono contati 222 incidenti con 13 morti, pari al 58,6% contro la media nazionale che si attesta al 38%.

Sintesi profilo di Salute del Distretto A

Il Distretto A in ambito aziendale si caratterizza:

- Per il più alto indice di invecchiamento della popolazione, compresa la popolazione in età lavorativa;
- Per il più basso indice di natalità. Indici di natalità estremamente bassi si registrano nei Comuni di Cellere (2,5), Latera (2,7), Grotte (4,2) e Gradoli (4,3);
- Per il più alto decremento naturale di popolazione (esclusi gli immigrati) pari al -5,8%;
- Per la più alta età media della sua popolazione. Nessun Comune fa registrare un'età media inferiore a quella Nazionale (43,9) e Regionale (43,6). Vari Comuni, quelli demograficamente più depauperati (Latera, Proceno, Tessenano, Cellere, Farnese, Onano) fanno registrare un'età media superiore ai 51 anni.
- Per la più alta percentuale di persone vedove, presenti in particolare nei Paesi demograficamente ed economicamente più poveri.

Sono i Comuni di Tarquinia, Montalto e Bolsena a far registrare un numero di persone divorziate superiore al 3%. La situazione di Bolsena si presenta abbastanza problematica perché presenta sia un alto numero di vedovi che di divorziati

- Solo Canino (2,3), Lubriano (2,32) e Montefiascone (2,31) presentano una media di componenti per nucleo familiare superiore alla media Provinciale (2,27);
- Per il più basso reddito pro-capite.
- Per la più contenuta presenza di stranieri. I Paesi più poveri, sia dal punto di vista demografico che economico, sono quelli che in genere hanno le più basse percentuali di immigrati;
- Degli stranieri la componente di provenienza più numerosa è data dai Romeni (3.780 unità, pari al 49% di tutti gli immigrati), seguiti dai Macedoni dagli Albanesi e da Ucraini (307 unità prevalentemente di genere femminile dedite all'assistenza anziani). Un forte nucleo di nord-africani (162 unità di cui 128 maschi) è presente a Canino;
- Per quanto riguarda la componente di genere quella femminile costituisce il 52,16% sul totale delle persone immigrate.

Il Distretto A presenta un quadro abbastanza differenziato al suo interno. Fatta eccezione per i Comuni più popolati (Montalto, Tarquinia e Montefiascone) che presentano degli indici socio economici vicini a quelli medi della Provincia, il resto del territorio subisce un costante deauperamento e invecchiamento della sua popolazione, fenomeno questo particolarmente accentuato nei piccoli Comuni che lo compongono.

Dal punto di vista epidemiologico abbiamo rilevato un'alta mortalità per tumori dello stomaco e una grave situazione per quanto riguarda la mortalità per tumori all'intestino, colon e retto nelle donne, in particolare nell'area dell'ex Distretto2. Analoga, quest'ultima situazione, a quella della mortalità per leucemia.

Anche la mortalità per infarto prospetta una situazione diversificata all'interno del Distretto: alta nell'ex Distretto 2, molto contenuta nell'ex Vv/1 in entrambi i sessi.

Altro dato fonte di preoccupazione è costituito dalla mortalità per ictus, molto elevata nell'ex Distretto 1, ma, a differenza di quanto prima rilevato, questa risulta essere estesa, anche se in termini di minore problematicità, anche all'ex VT/1.

La mortalità legata alle malattie dell'apparato respiratorio è superiore (v. rischi relativo) alla media regionale, mentre la mortalità da BPCO segue percorsi già visti: alta nel distretto 2, molto contenuta nel Distretto 1.

Fatta eccezione per la componente femminile, la mortalità per malattie all'apparato digerente e in particolare quella per cirrosi costituiscono negli uomini un serio problema. Il rischio di mortalità per cirrosi nei maschi dell'ex Distretto 2 è più del doppio rispetto a quello regionale e quasi 10 volte superiore a quello delle donne conterranee. E' nella contrapposizione di stili di vita e di abitudini alimentari tra uomini e donne che forse va ricercata l'eziologia di questa patologia.

La mortalità per traumatismi e avvelenamenti rientra sostanzialmente nella norma (è al di sotto dei valori medi regionali).

Per quanto riguarda la frequenza delle patologie, nel corso del biennio 2013-2014, nel Distretto A non si segnalano particolari situazioni di rischio per Diabete, BPCO e Sclerosi multipla, diversa invece la frequenza dei casi di Parkinson nell'ex Distretto 1.

Ricordiamo che la mortalità da Parkinson e di Ictus è molto elevata nei uomini in tutto il Distretto A.

Sintesi profilo di Salute del Distretto B

Il Distretto B in ambito aziendale si caratterizza per:

- A. Una serie di indici migliori rispetto al Distretto A e molto vicina ai valori del Distretto C come: natalità (1'8,4 che si colloca in una posizione intermedia tra quello regionale (1'8,6) e quello nazionale (1'8,3)); vecchiaia, superiore a quello regionale e nazionale; mortalità, dipendenza strutturale e struttura della popolazione attiva e distribuzione della popolazione per fasce d'età. Rispetto a quest'ultimo, però, il Distretto B vanta un miglior ricambio della popolazione Attiva, un dato destinato a migliorare nel tempo in quanto questa Area rispetto al Distretto C fa registrare una migliore, anche se irrisoria, percentuale sia di popolazione compresa nella fascia d'età 0- 14 anni, sia un migliore indice di natalità.
- B. Avere il più alto numero di divorziati e il minor numero di coniugati (segni di un maggiore sgretolamento della famiglia tradizionale) rispetto agli altri 2 Distretti. E' il Distretto che presenta una distribuzione della popolazione per stato civile più vicina a quella nazionale e in maggior misura a quella regionale;
- C. Una percentuale di immigrati superiore alla media nazionale, ma inferiore a quella regionale e a quella del Distretto C;
- D. Avere rispetto agli altri Distretti una maggiore percentuale di immigrati donne (il 55,36%).

Anche il Distretto B, come tutti i 3 Distretti della Asl, presenta al suo interno situazioni abbastanza differenziate tra un Comune e l'altro:

- L'indice di natalità varia dal 10,1 di Bomarzo al 6,2 di Canepina;
- Vitorchiano fa registrare un indice di vecchiaia straordinario, solo l'80,2 (si pensi che la media del Distretto è di 165,8 e quella dell'Asl è di 181,3), segue Orte con 159,2. All'opposto, i Comuni con il più alto indice di invecchiamento sono Bomarzo (205,7), Canepina (196,5) e Bassano (185,5);
- È l'unico Distretto a far registrare nei 3 anni (2012- 2014) un aumento di popolazione rispetto all'anno precedente;
- Sono Vitorchiano, Viterbo ed Orte ad avere un'alta percentuale di popolazione da 0 a 14 anni mentre la percentuale di popolazione > ai 65 anni è inferiore alla media del Distretto. Di conseguenza, sono questi i Comuni ad avere la migliore vita media di questo Distretto (si ricorda che in genere: più è bassa la vita media, meno è presente la componente anziani e migliore è la distribuzione della popolazione per fasce d'età);
- Dal punto di vista demografico Bassano e Canepina sono i Comuni più depauperati; ad essi si contrappongono i Comuni di Vitorchiano, Viterbo ed Orte. Appare del tutto problematica la situazione di Bomarzo, che fa registrare da una parte il più alto indice di natalità, dall'altra il più alto indice di invecchiamento;
- L'incremento demografico del Distretto B è dovuto esclusivamente al movimento migratorio (+9,4). L'incremento naturale, infatti, è diminuito del -2,9, la stessa percentuale di decremento naturale fatta registrare dal Comune di Viterbo;
- Gli immigrati ad Orte costituiscono ben il 17,3% della popolazione totale (ed è il Comune che ha la maggiore percentuale di stranieri di tutta la Asl), seguito da Bassano (12,9%). Bassa la presenza a Vitorchiano (4,9%), Soriano (6,1%) e Celleno (7,2%);
- I Romeni costituiscono il 37,2% del totale degli immigrati in questo Distretto, seguiti dagli Albanesi (16,4) ed Ucraini (12%9).

Anche dal punto di vista economico si ripropone una situazione analoga a quella demografica: Viterbo, Vitorchiano ed Orte sono i Comuni con il più alto reddito medio, Canepina, Soriano e Bassano quelli con il più basso. Occorre, però, rilevare che il Distretto B è quello che presenta il più alto reddito medio della Provincia.

La più alta percentuale di disoccupati viene registrata nei Comuni di Orte (7,5), Canepina (6,4) e Soriano (6,1). Se teniamo conto che Orte ha la più alta percentuale di immigrati di tutta la Asl si può ipotizzare una situazione di particolare disagio sociale in questo Comune.

Per quanto riguarda la mortalità il Distretto B si caratterizza:

- Per un'alta mortalità per tumori dello stomaco in entrambi i sessi;
- Per un'alta mortalità per tumori dell'intestino, colon e retto tanto negli uomini quanto, soprattutto, nelle donne;
- Alta l'incidenza della mortalità per tumore degli organi sessuali, l'utero nella donna, la prostata negli uomini. Specie se questi tassi di mortalità e di rischio vengono confrontati con quelli, molto contenuti, degli altri Distretti della Asl;
- Alta la mortalità, specie se paragonata al resto del territorio, per disturbi psichici;
- *La mortalità per malattie dell'apparato respiratorio*, come abbiamo rilevato, costituiscono un problema aziendale, ma nel Distretto B questo problema assume una particolare rilevanza;
- *La mortalità per malattie dell'apparato digerente, tra le quali la cirrosi costituiscono un problema aziendale di dimensioni superiori rispetto a quelle dell'apparato respiratorio;*
- Per quanto riguarda la frequenza delle patologie si segnala l'alta frequenza della sclerosi multipla e del Parkinson tra le donne e la frequenza dell'ictus cerebrale in entrambi i sessi.
- La frequenza dell'ictus è un problema che coinvolge tutto il territorio, tanto da costituire un problema aziendale.

Sintesi profilo di Salute del Distretto C

Il Distretto C in ambito aziendale si caratterizza per:

- Avere il migliore indice di dipendenza strutturale, che vuol dire avere la più alta percentuale di popolazione in età lavorativa, e il più basso indice di dipendenza anziani sia a livello aziendale che regionale e nazionale;
- Di avere il più basso indice di vecchiaia e di conseguenza, come in genere avviene, il più basso indice di mortalità;
- Il problema più rilevante, sotto l'aspetto della dinamica demografica, del Distretto C è dovuto all'alto indice di ricambio della popolazione attiva. Il che vuol dire che questo Distretto ha la migliore percentuale di popolazione in età lavorativa (15-64 anni), di questa, però, la componente anziana (55-64 anni) è molto più numerosa di quella giovanile (15-24 anni);
- E' il Distretto che ha la più bassa percentuale di divorziati rispetto non solo alla Asl ma anche rispetto al dato regionale e nazionale;
- E' il Distretto che fa registrare la più alta presenza di immigrati (l'11,04%) sulla popolazione residente.

Nel corso del 2014 questo Distretto ha fatto registrare una inversione di tendenza della sua dinamica demografica perché subisce non solo il decremento naturale (valore medio -2%) in quasi tutti i suoi Comuni, ma anche del movimento migratorio (-2,5%). E, cioè, contrariamente a quanto avvenuto negli altri Distretti (Distretto A : saldo naturale -5,8, saldo migratorio +2,6; Distretto B : saldo naturale -2,9, saldo migratorio +9,4).

Anche nel Distretto C, come negli altri Distretti, si rilevano sostanziali diversità a carattere demografico tra i diversi Comuni che lo compongono.

I Comuni con una migliore dinamica demografica sono Monterosi e Castel Sant'Elia.

Il Distretto C ha la stessa percentuale di disoccupati e inoccupati del Distretto B, ma con differenze molto più allargate al proprio interno: si va da percentuali molto elevate (superiore al 7%) nei Comuni dove sono insediate le fabbriche della Ceramica attraversate dalla crisi del settore (come ad esempio Civita Castellana), a Comuni caratterizzati da monocultura del nocciolo e un ambito territoriale abbastanza esteso come Barbarano e Sutri in cui la percentuale è inferiore al 5%.

Se il reddito medio per Comuni nei Distretti A e B sembra avere una corrispondenza con i vari indici analizzati, nel Distretto C probabilmente la redditività della nocciocoltura viene sottostimata e/o non si è in grado di valutarla appieno.

Per quanto riguarda la mortalità per tumori, il Distretto C è quello che presenta il quadro meno preoccupante, fatta eccezione per l'intestino, e il colon retto nelle donne.

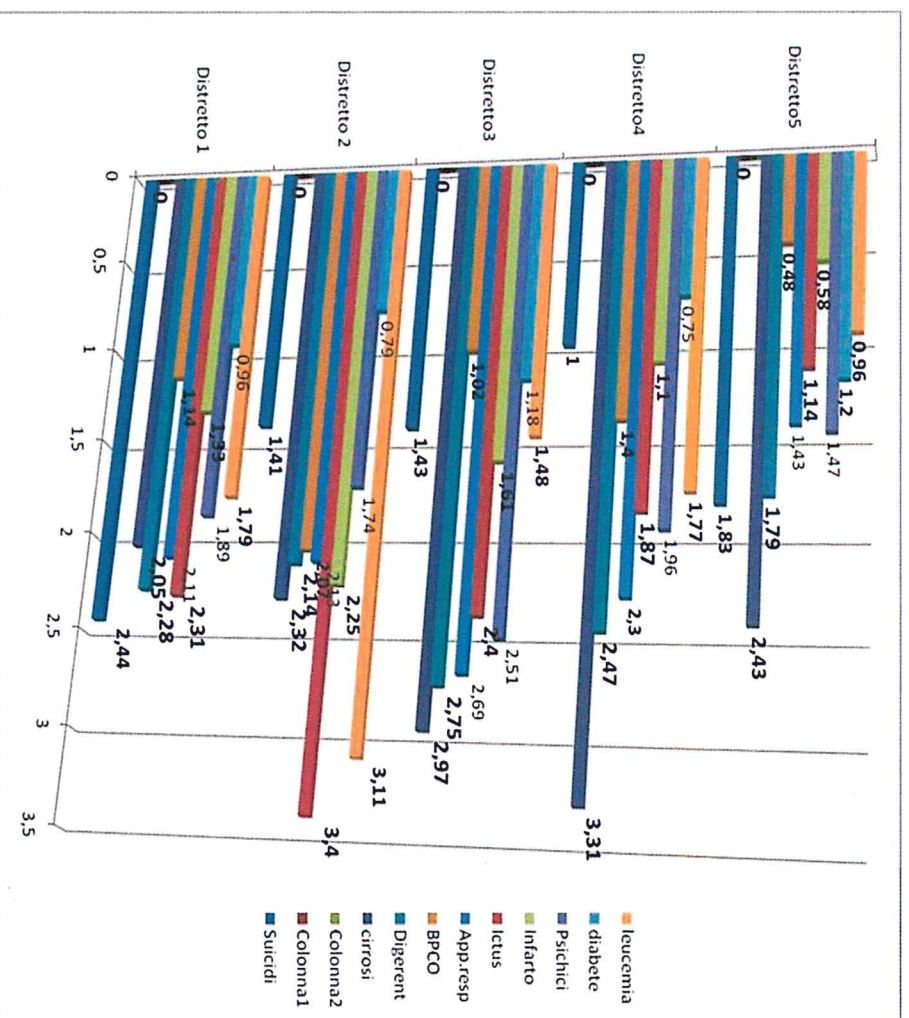
Nella mortalità per ictus, per malattie dell'Apparato respiratorio, per quelle dell'Apparato Digerente e per Cirrosi questo Distretto si colloca sui valori medi aziendali. Occorre ricordare che queste cause di mortalità costituiscono un vero problema per tutta la nostra Azienda, un problema che investe tanto gli uomini quanto le donne.

L'Alta la mortalità per incidenti stradali pone la strada provinciale Cimina al primo posto tra le vie di comunicazione sulle quali avvengono il maggior numero di sinistri.

Tra le frequenze di patologia, la frequenza della sclerosi multipla tra gli uomini è il dato che più colpisce, seguita dall'ictus cerebrale.

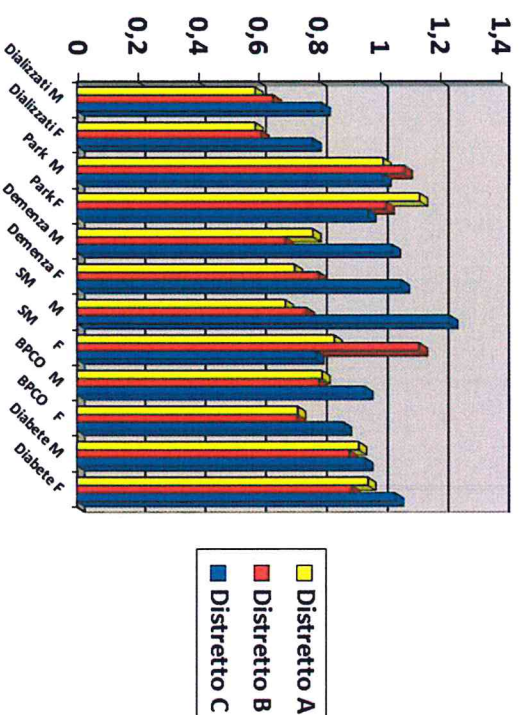
La frequenza per le altre patologie riportate nelle tabelle (diabete, BPCO, Parkinson e IMA) vede questo Distretto collocarsi su valori medi regionali, ma superiori a quelli degli altri Distretti della nostra Asl.

Rischio relativo (M+F) mortalità Distretti



Fonte dati: U.O. Governo della Domanda Distretto B

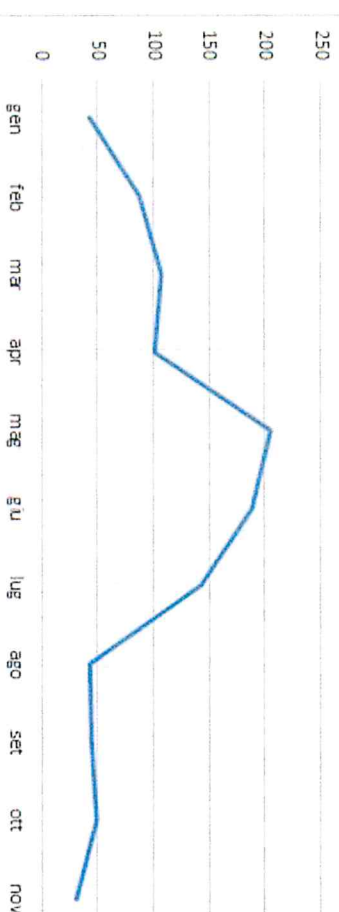
Prevalenza delle principali patologie (rischio relativo)



Fonte dati: U.O. Governo della Domanda Distretto B

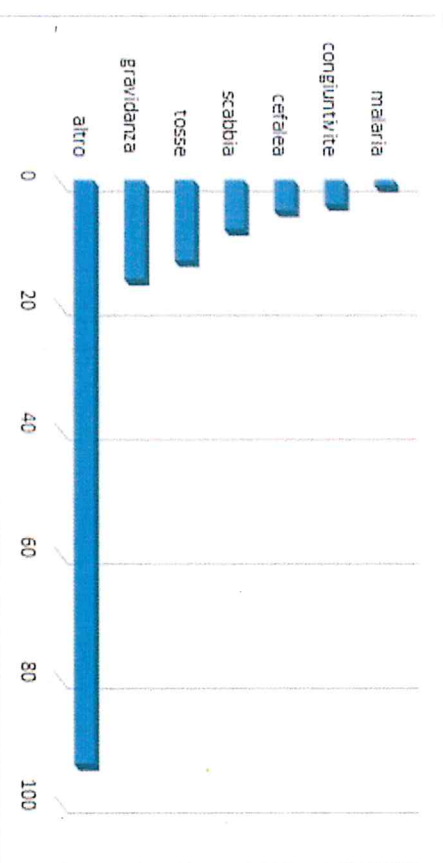
Persone richiedenti asilo

Andamento visite screening gennaio-novembre 2017



Fonte dati: elaborazioni U.O. Controllo di Gestione su dati U.O. Governo della domanda Distretto B

Screening: problematiche sanitarie più frequenti gennaio-novembre 2017



Fonte dati: elaborazioni U.O. Controllo di Gestione su dati U.O. Governo della domanda Distretto B

Tra gli immigrati non comunitari presenti nel nostro territorio, vanno anche considerati i richiedenti asilo, persone che fuggono da guerre, persecuzioni e disastri ambientali. Questi costituiscono una esigua minoranza ma necessitano di attenzione ed inserimento in percorsi specifici di valutazione e proflassi sanitaria.

Dopo aver vissuto un periodo di rallentamento nel 2015, nel 2016 e nell'anno in corso, probabilmente a causa del cambiamento nelle rotte conseguenti alla chiusura di alcune frontiere, sono in continuo e veloce aumento gli arrivi dei migranti forzati nella nostra provincia.

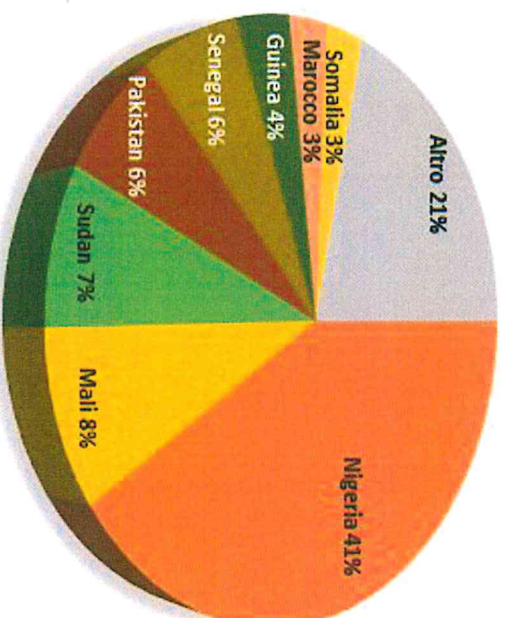
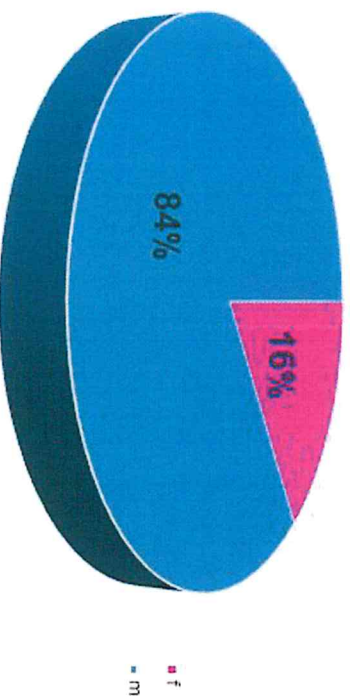
Dal 1° gennaio 2017 risultano infatti ben 1488 le persone sottoposte a screening, con il picco più alto nel mese di maggio (tabella in alto).

Dalle schede emerge che la maggior parte delle persone, rifugiate e richiedenti asilo, sottoposte a visite di *screening* sono in buone condizioni di salute (1347 su 1488) mentre 141 hanno riportato le problematiche rappresentate nel grafico in basso. Quella con maggior rilevanza (94 persone) è "altro". Le problematiche classificate con "altro" hanno manifestato le seguenti patologie: micosi, infezioni vulvari, bronchiti, dolori muscolari, esiti di trauma, accessi dentali, problemi otorinolaringoiatrici, cistiti, ferite, congiuntiviti, dolori addominali, dolori articolari, difetto congenito cardiaco e artrite reumatoide. L'età nella maggior parte dei casi è compresa tra 18 e 30 anni.

Persone richiedenti asilo: focus su sesso e nazionalità gennaio-novembre 2017

I dati riportati nei grafici a torta rappresentano quanto rilevato dal triage sanitario all'arrivo dei richiedenti asilo a Orfe. Rispetto al totale, 437 persone sono prive di dati identificativi, le restanti 1051 persone sono costituite da 882 maschi e 169 femmine (grafico a sinistra).

Come si evince dal grafico a destra e dalla tabella, i richiedenti asilo provengono da molteplici nazionalità. La nazionalità più frequente è la Nigeria, che nel grafico infatti rappresenta il 41% sul totale. Si segnala, infine, la presenza di nazionalità molto poco frequenti, che registrano una bassissima casistica di richiedenti asilo, indicati nel grafico in basso a destra con la voce "altro" (Birmania, Egitto, Guinea Bissau, Isole Comore, Liberia, Mauritius, Namibia, Nepal, Palestina e Yemen).



Nazionalità	Conteggio di ID
Algeria	9
Bangladesh	11
Birmania	1
Burkina Faso	5
Camerun	21
Ciad	5
Costa d'Avorio	21
Egitto	1
Eritrea	23
Etiopia	5
Gambia	12
Ghana	23
Guinea	38
Guinea Bissau	2
Isole Comore	2
Liberia	1
Libia	21
Mali	86
Marocco	29
Mauritius	1
Namibia	1
Nepal	2
Niger	6
Nigeria	433
Pakistan	65
Palestina	3
Senegal	65
Sierra Leone	25
Siria	6
Somalia	28
Sudan	76
Togo	12
Tunisia	4
Yemen	1

Fonte dati: elaborazioni U.O. Controllo di Gestione su dati U.O. Governo della domanda Distretto B

**3. DATI DI MISURAZIONE DELL' ORGANIZZAZIONE
DELLE PERFORMANCE DEI SERVIZI
DELLA ASL DI VITERBO**

3A. Piano Nazionale Governo Liste di attesa (PNGLA)

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Nelle successive pagine sono riportati i risultati dell'attività di monitoraggio dei tempi di attesa relativi alle prestazioni di ricovero e ambulatoriale indicati dal piano nazionale delle liste di attesa.

In particolare, i dati relativi alle prestazioni ambulatoriali sono estratti dal flusso prestazioni specialistica ambulatoriale SIAS in data 6/11/2017 e si riferiscono al periodo 1° gennaio 2016 - 30 settembre 2017.

Il tempo di attesa per singola prestazione è stato definito come differenza tra la data di effettuazione della prestazione e la data di prenotazione della prestazione presso gli sportelli CUP. Sono incluse nel monitoraggio le prestazioni ambulatoriali che presentano il campo eseguito e che sono state accettate dalla Regione. I dati pertanto presentano criteri di validazione sia a livello aziendale che regionale.

Sono inoltre incluse un'analisi mensili effettuate in base ai CUP e alcune rilevazioni del 2 dicembre 2016.

I dati relativi alle prestazioni di ricovero sono estratti dal sistema informativo ospedaliero in data 31 ottobre 2017 e si riferiscono al periodo 1° gennaio 2016 - 30 settembre 2017.

Il tempo di attesa per singola prestazione è stato fornito come differenza tra la data dell'intervento e quella relativa alla prenotazione.

Nel 2017 si registra un miglioramento dei tempi di attesa sia per le prestazioni diagnostiche erogate, dovuto anche ad una revisione nella gestione delle agende, sia per gli interventi in regime di ricovero ordinario.

Le 29 tipologie di prestazioni di diagnostica strumentale a rischio

Codice	Specialità secondo PNLGA	
87.37.1	Mammografia	88.72.3
87.37.2	Mammografia	88.73.5
87.41	TC senza e con contrasto Torace	88.77.2
87.41.1	TC senza e con contrasto Torace	88.74.1
88.01.2	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.75.1
88.01.1	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.76.1
88.01.4	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.73.1
88.01.3	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.73.2
88.01.6	TC senza e con contrasto Addome completo	88.78
88.01.5	TC senza e con contrasto Addome completo	88.78.2
87.03	TC senza e con contrasto Capo	45.23
87.03.1	TC senza e con contrasto Capo	45.25
88.38.2	TC senza e con contrasto Radiche e Speco vertebrale	45.42
88.38.1	TC senza e con contrasto Radiche e Speco vertebrale	45.24
88.38.5	TC senza e con contrasto Bacino	45.13
88.91.1	RMN Cervello e Tronco encefalico	45.16
88.91.2	RMN Cervello e Tronco encefalico	89.52
88.95.4	RMN Pelvi, Prostata e Vescica	89.50
88.95.5	RMN Pelvi, Prostata e Vescica	89.41
88.94.1	RMN Muscoloscheletrica	89.43
88.94.2	RMN Muscoloscheletrica	95.41.1
88.93	RMN Colonna vertebrale	89.37.1
88.93.1	RMN Colonna vertebrale	89.37.2
88.71.4	Ecografia Capo e collo	95.09.1
		93.08.1
		88.72.3
		88.73.5
		88.77.2
		88.74.1
		88.75.1
		88.76.1
		88.73.1
		88.73.2
		88.78
		88.78.2
		45.23
		45.25
		45.42
		45.24
		45.13
		45.16
		89.52
		89.50
		89.41
		89.43
		95.41.1
		89.37.1
		89.37.2
		95.09.1
		93.08.1
		88.72.3
		88.73.5
		88.77.2
		88.74.1
		88.75.1
		88.76.1
		88.73.1
		88.73.2
		88.78
		88.78.2
		45.23
		45.25
		45.42
		45.24
		45.13
		45.16
		89.52
		89.50
		89.41
		89.43
		95.41.1
		89.37.1
		89.37.2
		95.09.1
		93.08.1

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2013-2015 identifica quali sono le prestazioni critiche su cui intervenire e le uniche su cui sarà fatta la verifica del rispetto dei tempi d'attesa (prime prestazioni diagnostiche o prestazioni legate a riabilitazioni).

In particolare sono oggetto di monitoraggio le 29 tipologie di prestazioni di diagnostica strumentale nelle tabelle di seguito riportate. L'analisi si è quindi concentrata solo su queste tipologie essendo quelle a maggiore impatto critico per la regione e per il ministero.

L'analisi delle prestazioni ambulatoriali si concentra sui dati preliminari dei 9 mesi del 2017 in rapporto al 2016. I valori soglia nazionali sono misurati nel seguente modo: $\geq 90\%$ degli utenti che hanno effettuato entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.

Le top 29 tipologie di prestazioni diagnostiche a rischio e la loro situazione nella ASL Istituzionali

Nu. I. Specialità secondo PINGLA	2016		2017		Valore soglia regionale ≥ 90%	Valore soglia 2017 (mesi di riferimento)	Andamento 2017 vs 2016
	entro 60 giorni	oltre 60 giorni	entro 60 giorni	oltre 60 giorni			
15 Mammografia	2.009	3.483	1.347	1.758	36,6%	43,4%	6,8%
16 TC senza e con contrasto Torace	2.503	637	2.100	322	79,7%	86,7%	7,0%
17 TC senza e con contrasto Addome superiore	175	15	93	10	92,1%	90,3%	-1,8%
18 TC senza e con contrasto Addome inferiore	188	12	66	9	94,0%	88,0%	-6,0%
19 TC senza e con contrasto Addome completo	2.448	436	2.018	196	84,9%	91,1%	6,3%
20 TC senza e con contrasto Capo	1.507	345	1.207	138	81,4%	89,7%	8,4%
21 TC senza e con contrasto Radiche e Speco vertebrale	187	46	178	26	80,3%	87,3%	7,0%
22 TC senza e con contrasto Bacino	31	3	37	3	91,2%	92,5%	1,3%
23 RMN Cervello e Tronco encefalico	713	9	468	12	98,8%	97,5%	-1,3%
24 RMN Pelm, Prostate e Vesica	103	1	125	1	99,0%	99,2%	0,2%
25 RMN Muscoloscheletrica	845	172	576	71	83,1%	89,0%	5,9%
26 RMN Colonna vertebrale	915	5	682	11	99,5%	98,4%	-1,0%
27 Ecografia Capo e collo	1.765	1.636	1.872	679	51,9%	73,4%	21,5%
28 Ecocolor Doppler cardiaca	4.128	3.171	3.679	2.650	56,6%	58,1%	1,6%
29 Ecocolor Doppler dei tronchi sovra aortici	2.619	2.077	1.710	1.857	55,8%	47,3%	-7,8%
30 Ecocolor Doppler dei vasi periferici	2.768	1.760	1.616	2.141	61,1%	43,0%	-18,1%
31 Ecografia Addome (superiore, inferiore, completo)	5.630	3.103	5.697	1.687	64,5%	77,2%	12,7%
32 Ecografia Mammella	1.844	1.460	1.588	646	55,8%	71,1%	15,3%
33 Ecografia Ostetrica- Ginecologica	2.636	842	2.641	476	75,8%	84,7%	8,9%
34 Colonscopia	3.281	1.077	2.589	823	75,3%	75,9%	0,6%
35 Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile	68	40	41	24	63,0%	63,1%	0,1%
36 Esofagogastroduodenoscopia	1.904	1.223	1.448	754	60,9%	65,8%	4,9%
37 Elettrocardiogramma	18.636	6.337	13.397	4.130	74,6%	76,4%	1,8%
38 Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	2.878	336	1.896	606	89,5%	75,8%	-13,8%
39 Elettrocardiogramma da sforzo	1.957	1.535	1.708	1.177	56,0%	59,2%	3,2%
40 Audiometria	2.717	208	2.364	190	92,9%	92,6%	-0,3%
41 Spirometria	3.110	1.068	2.221	878	74,4%	71,7%	-2,8%
42 Fondo Oculare	1.917	1.193	1.134	1.005	61,6%	53,0%	-8,6%
43 Elettromiografia	959	24	545	4	97,6%	99,3%	1,7%
Totale complessivo	70.441	32.254	55.053	22.284	68,6%	71,2%	2,6%

Nei nove mesi del 2017, la quasi totalità di prestazioni viene erogata in regime istituzionale (93% su 83.389 prestazioni), mentre il restante 7% è stato erogato in libera professione. I tempi di attesa del 2017 evidenziano un miglioramento rispetto al 2016: il 2,6% di prestazioni in più sono state eseguite entro 60 giorni.

Le top 29 tipologie di prestazioni diagnostiche a rischio e la loro situazione nella ASL

Alpi

Numeri Specialità secondo P.N.G.I.A.	= 2016		= 2017		Valore soglia regionale ≥ 90%	Valore soglia regionale ≥ 90% 2017 (mesi di riferimento)	Andamento 2017 vs 2016
	entro 60 giorni	oltre 60 giorni	entro 60 giorni	oltre 60 giorni			
15 Mammografia	771	108	536	261	87,7%	57,3%	-20,5%
16 TC senza e con contrasto Torace	78	1	85	2	98,7%	100,0%	1,3%
17 TC senza e con contrasto Addome superiore	11	1	13	3	100,0%	100,0%	0,0%
18 TC senza e con contrasto Addome inferiore	8	0	9	8	100,0%	100,0%	0,0%
19 TC senza e con contrasto Addome completo	116	0	73	0	100,0%	100,0%	0,0%
20 TC senza e con contrasto Capo	75	1	55	0	98,7%	100,0%	1,3%
21 TC senza e con contrasto Radiche e Speco vertebrale	30	0	27	0	100,0%	100,0%	0,0%
22 TC senza e con contrasto Bacino	9	0	9	0	100,0%	100,0%	0,0%
23 RMN Cervello e Tronco encefalico	47	0	50	0	100,0%	100,0%	0,0%
24 RMN Pelvi, Prostata e Vesicica	9	0	11	0	100,0%	100,0%	0,0%
25 RMN Muscoloscheletrica	202	0	151	0	100,0%	100,0%	0,0%
26 RMN Colonna vertebrale	97	0	110	0	100,0%	100,0%	0,0%
27 Ecografia Capo e collo	549	14	351	25	97,5%	99,4%	-4,2%
28 Ecocolor Doppler cardiaca	188	1	239	0	99,5%	100,0%	0,5%
29 Ecocolor Doppler dei tronchi sovra aortici	210	2	157	0	99,1%	100,0%	0,9%
30 Ecocolor Doppler dei vasi periferici	259	1	168	0	99,6%	100,0%	0,4%
31 Ecografia Addome (superiore, inferiore, completo)	1.344	25	720	21	98,2%	97,2%	-1,0%
32 Ecografia Mammella	650	83	581	113	88,7%	88,7%	-5,0%
33 Ecografia Ostetrica-Ginecologica	331	18	126	0	94,8%	100,0%	5,2%
34 Colonscopia	1.101	68	746	52	94,2%	99,5%	-0,7%
35 Sigmoideoscopia con endoscopio flessibile	55	1	39	1	98,2%	97,5%	-0,7%
36 Esofago gastroduodenoscopia	1.066	4	635	18	99,6%	97,2%	-2,4%
37 Elettrocardiogramma	436	0	396	2	100,0%	100,0%	0,0%
38 Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	61	0	108	0	100,0%	100,0%	0,0%
39 Elettrocardiogramma da sforzo	138	0	107	0	100,0%	100,0%	0,0%
41 Spirometria	74	1	48	0	98,7%	100,0%	1,3%
42 Fondo Oculare	4	0	9	0	100,0%	100,0%	0,0%
Totale complessivo	7.919	328	5.559	493	96,0%	91,9%	-4,2%

Il 92% delle prestazioni erogate in regime di libera professione nel 2017 viene effettuata entro 60 giorni dalla prenotazione, tale risultato è in linea con lo standard (>90%).

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Liste d'attesa per prestazioni in regime di ricovero ordinario per classe di priorità e per presidio ospedaliero

Nel dettaglio per presidio ospedaliero si osserva come la maggior parte delle prestazioni monitorate sono erogate presso Belcolle, dove la percentuale di prestazioni che rispettano i tempi previsti dal PNGLA nel 2017 aumenta del 4%.

Complessivamente si stima a fine anno un miglioramento dei tempi di attesa rispetto al 2016.

Etichette di riga	2016		2017		Differenza 2017 vs 2016
	% entro i termini nel 2016	% entro i termini nel 2017	% entro i termini nel 2016	% entro i termini nel 2017	
P.O. BELCOLLE					
A	387	253	48%	53%	4%
entro 30	249	170	73%	71%	-2%
entro 60	181	120			
entro 180	39	30			
entro l'anno	20	16			
oltre l'anno	6	3			
B	3	1			
entro 30	122	77	2%	12%	10%
entro 60	1	4			
entro 180	1	5			
entro l'anno	40	49			
oltre l'anno	64	18			
C	16	1			
entro 30	15	6	27%	67%	40%
entro 60	1	1			
entro 180	1	2			
entro l'anno	2	4			
oltre l'anno	6	2			
D	5	2			
oltre l'anno	1	1	0%	0%	0%
Totale complessivo	497	322	43%	44%	1%
P.O. CIVITA CASTELLANA					
A	37	10	51%	40%	-11%
entro 30	21	1	67%	0%	-67%
entro 60	14				
entro 180	4	1			
B	13	5	31%	20%	-11%
entro 30	2	2			
entro 60	2	1			
entro 180	9	4			
C	3	4	33%	75%	42%
entro 180	1	3			
P.O. TARQUINIA	73	59	12%	10%	-2%
A	44	35	11%	9%	-3%
entro 30	5	3			
entro 60	15	6			
entro 180	23	21			
entro l'anno	1	5			
B	20	23	10%	13%	3%
entro 30	2	2			
entro 60	2	1			
entro 180	6	8			
entro l'anno	9	9			
oltre l'anno	3	3			
C	6	3	17%	#DIV/0!	0%
entro 180	1	1			
entro l'anno	2	2			
oltre l'anno	3	3			
D	3	1	33%	0%	-33%
entro l'anno	1	1			
oltre l'anno	2	1			
Totale complessivo	497	322	43%	44%	1%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Liste d'attesa per chemioterapia

Etichette di riga	2016		2017		Differenza 2017 vs 2016
	(x) numero totale di DRG	Rapporto tra DRG entro 30 GG e totale DRG	(x) numero totale di DRG	Rapporto tra DRG entro 30 GG e totale DRG	
P.O. BELCOLLE	471 🟡	88,96%	166 🟢	91,57%	🟢 2,61%
entro 30	419	100,00%	152	100,00%	🟢 0,00%
entro 60	41	0,00%	12	0,00%	🟢 0,00%
entro 180	5	0,00%	2	0,00%	🟢 0,00%
entro 1 anno	4	0,00%			🟢 0,00%
oltre 1 anno	2	0,00%			🟢 0,00%
Totale complessivo	471 🟡	88,96%	166 🟢	91,57%	🟢 2,61%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Il PRGLA 2013-2015 stabilisce per la chemioterapia un tempo massimo di attesa di 30 giorni nel 90% dei casi, indipendentemente dalla classe di priorità indicata nella scheda di dimissione ospedaliera.

Il criterio restrittivo della Regione fa sì che la percentuale di interventi/procedure entro tali termini si abbassi. Nonostante ciò, nel 2017 le percentuali relative alla chemioterapia sono migliorate rispetto al 2016 raggiungendo e superando lo standard del 90%.

3B. Stato di attuazione del livello di integrazione tra ospedale e territorio

L'evoluzione dei bisogni sanitari e di quelli sociali avvenuta nel corso degli ultimi decenni ha richiesto un cambiamento radicale delle politiche di intervento e della struttura dei servizi sanitari e sociali. Tre fattori hanno contribuito a produrre il mutato scenario col quale il sistema complessivo di intervento deve misurarsi:

L'allungamento della vita, che, associato alla bassa natalità, ha comportato un progressivo invecchiamento della popolazione. Il complesso degli effetti prodotti dal miglioramento del tenore di vita, dal mutato stile di vita della popolazione e dai progressi compiuti dalla medicina.

Il mutamento della struttura familiare, inteso come cambiamento culturale e sociale.

Anche nella nostra Azienda il sistema di assistenza tradizionale, che affida in larga misura le risposte sanitarie e assistenziali rispettivamente all'ospedale e alla famiglia, non è in grado di rispondere ai bisogni attuali di salute, pertanto l'adozione da parte dei servizi territoriali di modelli di intervento commisurati ai cambiamenti sociali e sanitari è stata oggetto di riforme e di iniziative innovative a livello locale e regionale. In generale, si tratta di interventi orientati alla costruzione di un sistema articolato, coordinato e integrato di risposte (strutture, servizi e attività) a diversa intensità sanitaria e sociale, capaci di incontrare i diversificati bisogni dei singoli e della collettività. Sono un esempio U.C.P. (Unità Cure Primarie), U.C.C.P. (Unità Complesse Cure Primarie) e Case della Salute.

All'interno del *continuum* assistenziale sociosanitario previsto dai nuovi modelli organizzativi, vi sono le cure domiciliari integrate che forniscono:

- la presenza di un contesto organizzativo che facilita e assicura l'integrazione al livello manageriale ed operativo;
- la disponibilità di un punto unico di accesso al servizio sociosanitario che assicuri la multidisciplinarietà della valutazione dei bisogni e dell'impostazione del programma;
- una rete organizzata di erogazione degli interventi sostenuta da procedure standardizzate, accordi interservizi, formazione condivisa, sistema informativo condiviso;
- la disponibilità di incentivi economici per promuovere la prevenzione, la riabilitazione e la sussidiarietà.

I risultati positivi ottenuti dai servizi di cura a domicilio che seguono questa impostazione riguardano il miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita, la riduzione degli interventi di pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri, la riduzione delle istituzionalizzazioni, il miglioramento della soddisfazione degli utenti, la riduzione dei costi economici, senza aggravio del carico e dei costi per i familiari.

3B.1 Le reti assistenziali

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

DIPARTIMENTI E/O SOGGETTI COINVOLTI												
	CHIRURGIA	EMERGENZA E NASCITA	ONCOEM. COE SERVIZI	SCIENZE MEDICHE E RIABILITATIVE	GOVERNO DELL'OFFERTA E CURE PRIMARIE	PREVENZIONE	DSM	PROCESSI SANITARI E	DIREZIONI SANITARI E	DISTRETTI	ALTRI SOGGETTI (ass.n, istituzioni)	ATTIVATA
rete chirurgica												d.d.n. 233/2016
U.P.A.C. (unità di programmazione dell'attività chirurgica) e percorsi di accoglienza												d.d.n. 1000 del 1/8/2016
protocollo bed management												d.d.n. 352/2016
ricerca attori multipli												d.d.n. 1784/2016
rete riabilitativa aziendale												d.d.n. 1422 del 22/8/2011
procedura violenza sui minori												d.d.n. 606/2016
rete dei laboratori di genetica medica												d.d.n. 111/2016
rete cardiologica												d.d.n. 487/2016
percorsi autorizzati assistenza protesica												d.d.n. 330/2016
percorsi per l'approfondita diagnostica endoscopica												d.d.n. 331/2016
procedura aziendale vittime violenza di genere - assistenza legale												d.d.n. 332/2016
percorsi per l'approfondita diagnostica di imaging												d.d.n. 311/2016
AMB FEST (apertura ambulatori festivi)												altrove
odla icter a trombolisi												d.d.n. 305/2015
odla scompenso cardiaco												d.d.n. 338/2014
odla diabete												d.d.n. 386/2013
odla carcinoma della mammella - breast unit												d.d.n. 1015/2013
odla bpcno												d.d.n. 631/2014
percorsa maschile per la sindrome litobolica												d.d.n. 611/2015
rete radiologica aziendale												d.d.n. 602/2014

La tabella (segue nelle pagine successive) mostra le azioni di riorganizzazione territoriale messe in campo dall'azienda. Elenca le reti, i percorsi assistenziali, gli organismi, i programmi e i servizi territoriali attivi con l'indicazione degli attori coinvolti e la relativa deliberazione di avvio.

DIPARTIMENTI E/O SOGGETTI COINVOLTI

	CHIRURGIA	EMERGENZA E P.MASCITA	ONCOEM. COE SERVIZI	SCIENZE MEDICHE E RIABILITATIVE	GOVERNO DELL'OFFERTA E CURE PRIMARIE	PREVENZIONE	DSM	PROFESSI SANITARI E	DIREZIONI SANITARI E	DISTRETTI	ALTRI SOGGETTI (ass.m, istituzioni)	ATTUATA
percorsi fast track al P. S. Edoardo												ddline 30/8/2016
percorso nascita - riorganizzazione della rete consultoriale della ASL di VT												ddline CS 6/11/2015 ddline D.G. n. 1009 del 4/12/2016
rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (MAD)												ddline 6/4/2016
Attivazione dei programmi attività Teritoriali (PATI)												ddline 6/4/2016
Modello condiviso per la valutazione dei bisogni territoriali												ddline 30 del 18/1/2016
percorsi di presa in carico minori e giovani adulti con problemi Psichiatrici, dipendenza zototropici a procedimento Pensile												ddline 6/3/2016
Istituzione G.O.M (gruppi multidisciplinari oncologici ASL VT)												ddline 6/5/2011
PIC COLON RETTO												ddline 6/55 del 26/4/2011
percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il tumore del polmone												ddline 29 del 18/1/2011
rete assistenziale del tumore del polmone										F/O Roma		ddline 8/1/2015
Piano di Prevenzione Astendale												ddline 18/65 del 29/12/2016
appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali												ddline 5/25 del 18/4/2016; ddline 1008 del
assistenza migranti fransidi												ddline 15/24 del 25/11/2016
procedura per la gestione emergenza migranti												ddline 11/41 del 20/9/2016
rete terapia del dolore e cure palliative												ddline 3/67 del 20/3/2011
rete Odontoiatrica												ddline 16/26 del 18/3/2011
rete traumatologica - procedura trauma maggiore												ddline 18/39 del 27/10/2011

DIPARTIMENTI E/O SOGGETTI COINVOLTI												
	CHIRURGIA	EMERGENZA E P.NASCITA	ONCOEM. CO E SERVIZI	SCIENZE MEDICHE E RIABILITATIVE	GOVERNO DELL'OFFERTA E CURE PRIMARIE	PREVENZIONI	DSM	PROFESSI ONI SANITARI E	DIREZIONI SANITARI E	DISTRETTI	ALTRI SOGGETTI (ass.ni, istituzioni)	ATTUATA
Piano Aziendale, Miglioramento screening mx e colon retto												ddline D.G. 1867 del 23/12/2016
livello del volontariato												ddline 1148 del 20/9/2016
Centro Provinciale disturbi Spetto Auditivo												ddline 1018 del 22/6/2017
Centro di Riferimento per le Paralisi Cerebrali Infantili												ddline 1081 del 5/7/2017
NON AYER PAURA Hospedale												ddline 333 del 1/3/2016
NON AYER PAURA Territorio												ddline 1019 del 22/6/2017
PERCORSO PATTO A DOMICILIO												ddline 1020 del 22/6/2017
POOL INFERMIERISTICO "vecchie" e radiologico instrumentalistico												ddline 935 del 20/6/2017
PERCORSO PERIPARTUM												ddline 1601 del 17/9/2017

Ogni rete è stata messa in atto seguendo 4 criteri:

- 1) applicazione delle linee di indirizzo dei decreti regionali;
- 2) valutazione del bisogno di salute sul territorio;
- 3) riorganizzazione dei percorsi e processi sanitari per ottimizzare e garantire i livelli di assistenza;
- 4) garantire un sistema di orientamento e presa in carico del cittadino.

3B.2 La presa in carico del territorio e le cure primarie

Linee di attività 2016	Indicatori	1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.
Assistenza	- n° medici che effettuano A.D.P.	174	163	162	245
	- n° medici MMG	211	212	211	255
Domiciliare	- n° visite per A.D.P.	15566	13617	13573	13435
	- n° pazienti in A.D.P.	4198	4154	4061	5280
A.D.I.	- n° pazienti in A.D.I.A.I.	43	36	39	37-37-41
Alta Intensità Assist.	- Spesa trimestrale per ADIAI	€ 593.015,98	€ 588.490,19	€ 618.327,36	€ 633.344,17
Linee di attività 2017	Indicatori	1° trim.	2° trim.	3° trim.	
Assistenza	- n° medici che effettuano A.D.P.	274	272	272	272
	- n° medici MMG	258	240	297	297
Domiciliare	- n° visite per A.D.P.	16376	14092	18553	18553
	- n° pazienti in A.D.P.	5884	5754	5898	5898
A.D.I.	- n° pazienti in A.D.I.A.I.	41-41-41	41-38-39	39-40-40	39-40-40
Alta Intensità Assist.	- Spesa trimestrale per ADIAI	€ 760.013,01	€ 768.457,58	€ 776.902,18	

Le cure domiciliari integrate forniscono un'opzione terapeutica alternativa al ricovero ospedaliero, laddove la presenza di patologie cronico-degenerative e le condizioni familiari e socio-ambientali consentono l'erogazione di un trattamento sociosanitario a domicilio.

Il processo di invecchiamento di per sé, la presenza di patologie croniche, la polifarmacoterapia, la ridotta autonomia personale, contribuiscono a determinare una condizione di fragilità e di difficoltà di adattamento, per cui sollecitazioni di piccola entità sul piano fisico, psicologico ed ambientale possono determinare condizioni di scompenso. La popolazione anziana è anche quella che fa un utilizzo di gran lunga maggiore, rispetto alle fasce di età più giovani, dei servizi ospedalieri, della medicina specialistica e dei farmaci.

La tabella sopra riportata mostra le linee di attività garantite nella Provincia ed il relativo trend trimestrale. L'impegno dell'Azienda evidenziato con la spesa trimestrale ADIAI rivela un crescente investimento in risorse economiche.

SCHEDA DI RILEVAZIONE ATTIVITA' CONSULTORIALE - Anno 2016

	Distretto			TOTALE
	A	B	C	
Percorso Salute Sexuale e Riproduttiva				
N. schede accoglienza	844		929	1773
N. accessi donne in età fertile (15 - 49 anni) residenti nella ASL	3078	1500	1111	5689
N. visite	2726	2129	1039	5894
N. colloqui	2062	1000	1478	4540
Percorso Nascita				
N. schede accoglienza	323		286	589
N. agende consegnate	240	324	238	802
N. donne in gravidanza seguite (almeno 1 accesso)	94	400	106	600
N. donne che hanno effettuato il primo accesso entro la 12 ^a settimana (Seguite in	130	340	67	537
N. donne con gravidanza a rischio (SC)	7	40	16	63
N. donne con gravidanza a rischio riferite ad un Centro specialistico (SC)	3	1	7	11
N. donne che hanno partecipato al CAN	257	422	253	932
N. tagli cesarei (CAN)	14		25	39
N. donne che allattano al seno ad 1 mese (CAN)	90		49	139
N. donne che allattano al seno ad 3 mesi (CAN)	86		23	109
N. donne che allattano al seno ad 6 mesi (CAN)	62		5	67
N. consulenze post-partum (CAN)	42		83	125
N. consulenze post-partum totale	94		113	207
Percorso per la donna che richiede IVG				
N. schede accoglienza	15		60	75
N. richieste IVG	23	80	74	177
N. totale colloqui per IVG	13	80	76	169
N. colloqui per IVG che esitano nella prosecuzione della gravidanza	2		4	6
N. certificazioni IVG	19	34	62	115
N. visite post IVG	11	25	26	62
N. totali richieste di IVG > 90 gg	4			4
Percorso per la minore che richiede IVG				
N. schede accoglienza			1	1
N. richieste IVG		4	1	5
N. totale colloqui per IVG			2	2
N. colloqui per IVG che esitano nella prosecuzione della gravidanza			1	1
N. colloqui Psicologo			3	3
N. certificazioni IVG		4	1	5
N. visite post IVG		2	2	4
Percorso contrasto alla Violenza di Genere				
N. casi presi in carico			2	2
Percorso Giovani				
N. schede accoglienza			5	5
N. adolescenti presi in carico			5	5

Fonte: Go.P.S.

Il consultorio familiare è il luogo della prevenzione e della cura del disagio legato al ciclo di vita personale e di coppia ed ha tra i compiti istituzionali primari, il sostegno alla donna ed alla famiglia ed in particolare alla genitorialità.

I consultori familiari rappresentano un patrimonio prezioso sia per l'esperienza accumulata sia per le ragioni di fondo della loro esistenza: non sono residui del passato, ma fondamenti per sistemi sanitari del futuro, volti a tutelare e promuovere la salute pubblica.

Specificità del consultorio sono: la prevenzione, l'accoglienza e la tipologia della prestazione di integrazione tra sociale e sanitaria garantita attraverso il lavoro multidisciplinare; è importante che ogni prestazione venga fornita da diverse figure professionali nelle loro specificità, offrendo servizi appropriati per rispondere alle richieste degli utenti in tempi adeguati.

SCHEDA DI RILEVAZIONE ATTIVITA' CONSULTORIALE - Gennaio Settembre 2017

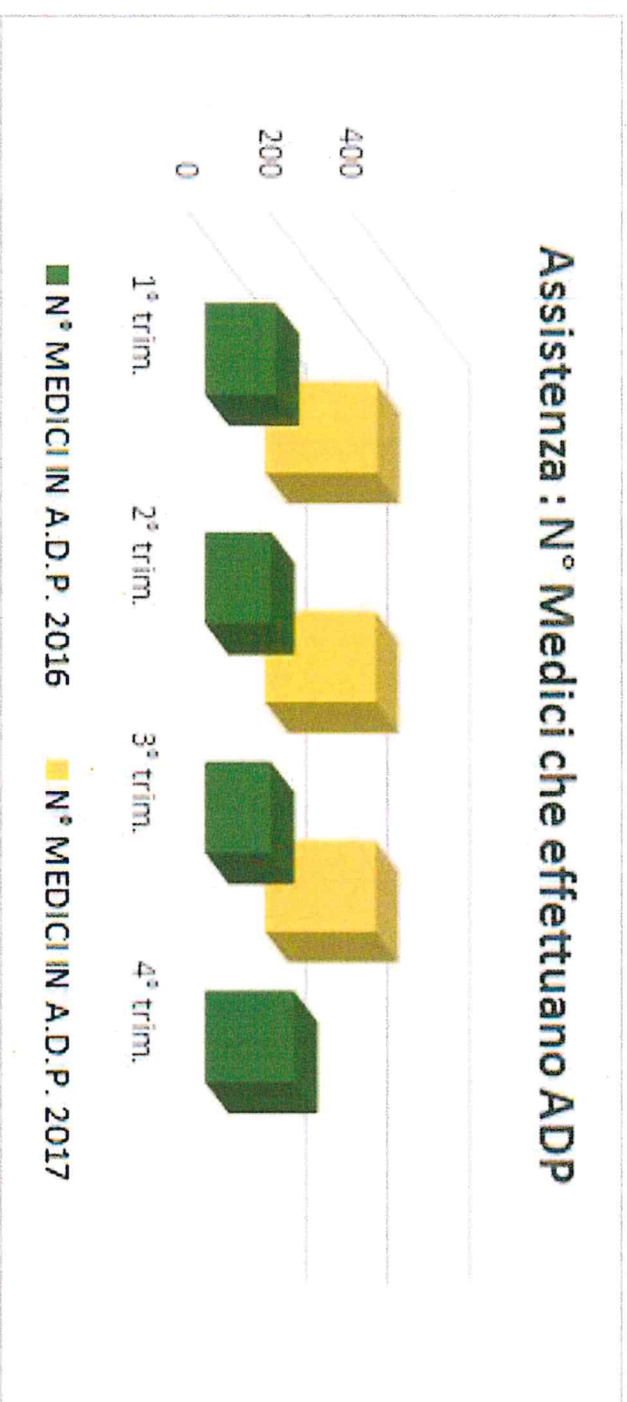
	Distretto A	Distretto B	Distretto C	TOTALE
Percorso Salute Sessuale e Riproduttiva	9 mesi 2017	9 mesi 2017	9 mesi 2017	TOTALE
N. schede accoglienza	1997	1547	1012	4556
di cui straniere	272	242	234	748
N. accessi donne in età fertile (15 - 49 anni) residenti nella ASL	1682	1216	1898	4796
di cui accessi di donne straniere	303	242	692	1237
N. visite	1904	1517	1273	4694
N. colloqui	1092	863	1643	3598
Percorso Nascita				
N. schede accoglienza	489	480	519	1488
N. agende consegnate	337	436	364	1137
N. tagli cesarei (CAN)	28	0	35	63
N. donne che allattano al seno ad 1 mese (CAN)	125	255	99	479
N. donne che allattano al seno ad 3 mesi (CAN)	73	165	72	310
N. donne che allattano al seno ad 6 mesi (CAN)	86	56	43	185
N. consulenze post-partum (CAN)	82	58	129	269
N. consulenze post-partum totale	117	120	170	407
Percorso per la donna che richiede IVG				
N. schede accoglienza	31	47	48	126
N. richieste IVG	30	26	48	104
di cui straniere	10	18	19	47
N. totale colloqui per IVG	25	47	66	138
N. colloqui per IVG che esistono nella prosecuzione della gravidanza	2	4	3	9
N. colloqui Assistenti Sociali	1	2	2	5
di cui straniere	1	0	0	1
N. certificazioni IVG	28	24	45	97
di cui straniere	11	0	17	28
N. visite post IVG	16	31	17	64
di cui straniere	11	3	7	21
N. donne prese in carico con il percorso IVG (dalla certificazione al controllo post IVG)	10	0	12	22
N. totali richieste di IVG > 90 gg	2	1	0	3
N. donne che hanno effettuato IVG > 90	1	0	0	1

	Distretto A	Distretto B	Distretto C	TOTALE
Percorso per la minore che richiede IVG	9 mesi 2017	9 mesi 2017	9 mesi 2017	TOTALE
N. schede accoglienza	2	2	1	6
N. richieste IVG	2	3	1	6
di cui straniere	1	0	0	1
N. totale colloqui per IVG	2	3	0	5
N. colloqui Assistenti Sociali	0	0	2	2
di cui straniere	0	0	0	0
N. colloqui Psicologo	0	0	2	2
di cui straniere	0	0	0	0
N. certificazioni IVG	0	0	1	1
di cui straniere	0	0	0	0
Percorso contrasto alla Violenza di Genere				
N. schede accoglienza	0	0	2	2
N. segnalazioni giunte al consultorio	0	1	7	8
di cui straniere	0	0	0	0
N. segnalazioni telefoniche	0	4	0	4
di cui straniere	0	0	0	0
N. casi presi in carico	0	0	7	7
di cui straniere	0	0	0	0
N. donne inviate alle diverse strutture	0	1	1	2
di cui straniere	0	0	0	0
Percorso Giovani				
N. schede accoglienza	2	0	15	17
N. totale adolescenti contattati	0	0	3	3
N. adolescenti presi in carico	1	0	10	11
di cui straniere	0	0	5	5
Percorso G.L.L. Adozione				
N. schede accoglienza	0	0	6	6
N. Gruppi di Orientamento all' Adozione (G.O.A.) attivati	0	0	1	1
N. partecipanti G.O.A.	0	0	12	12
N. dichiarazioni disponibilità presentate al T.M.	0	0	6	6
N. coppie prese in carico	0	4	6	10
N. relazioni	0	1	4	5
N. colloqui per ciascun percorso avviato	0	14	18	32
N. colloqui per ciascun nucleo familiare in carico	0	6	7	13

Fonte: GO.P.S.

Confrontando i dati di attività della tabella con quella della pagina precedente, emerge un quadro positivo che acquista una maggiore valenza se si tiene conto del calo delle nascite (un fenomeno piuttosto consistente nel nostro territorio), dell'alto indice di invecchiamento della nostra popolazione e della diminuzione, se pur in lieve entità, della presenza di stranieri (quelli che in percentuale usufruiscono in maggior misura di questi servizi).

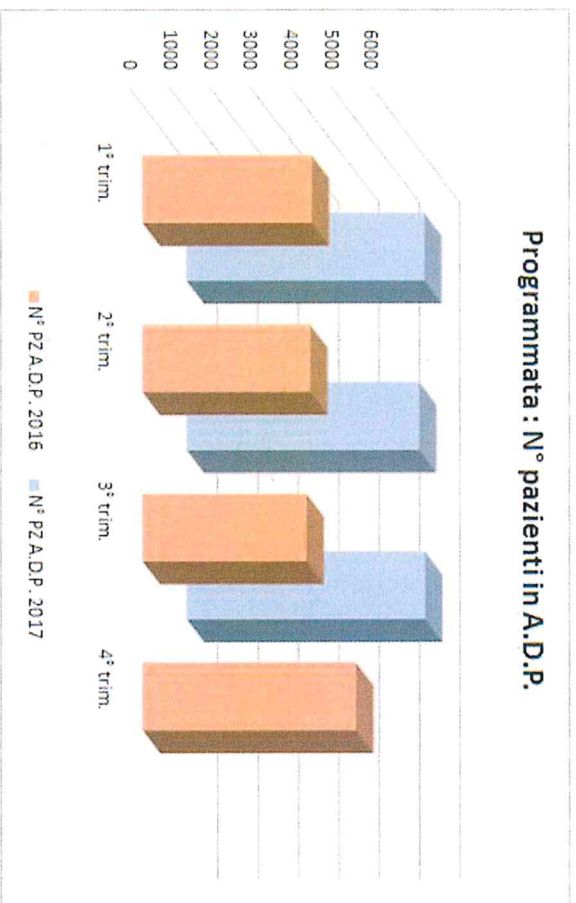
Medici in assistenza domiciliare programmata (ADP) anno 2016 e 2017



Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie

Il numero di medici che effettuano visite domiciliari ai pazienti non deambulanti con particolari patologie croniche o invalidanti nel 2017 risulta complessivamente aumentato rispetto al 2016.
Ciò dimostra un maggior impiego di risorse umane nell'attività di assistenza domiciliare.

Pazienti e visite in ADP 2016 e 2017

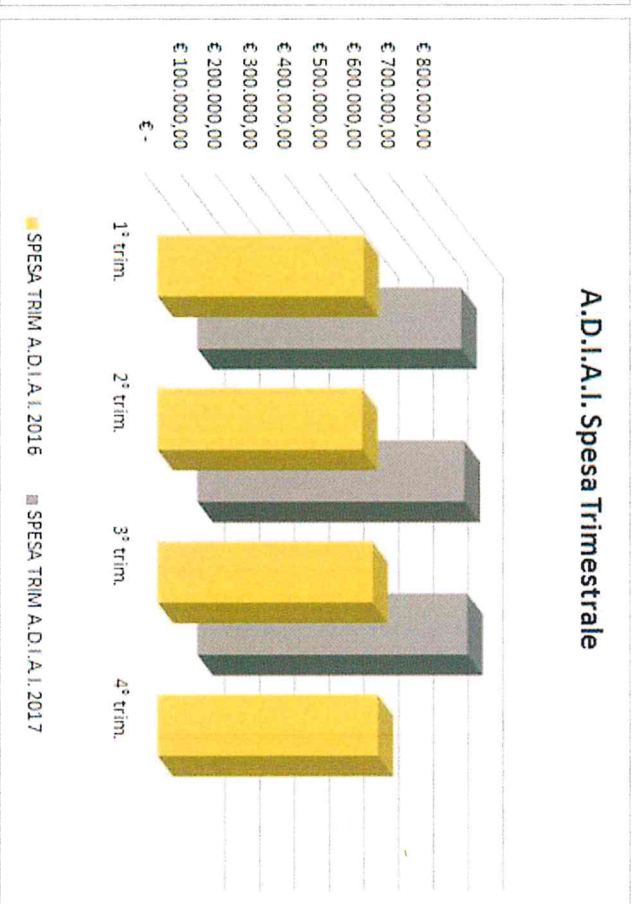
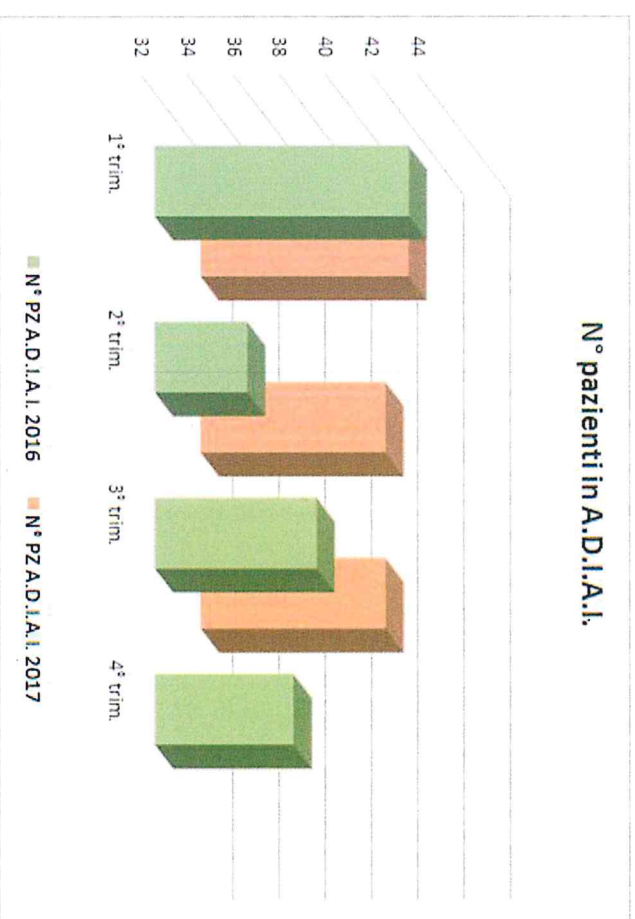


Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie



Grazie al maggior impiego di risorse umane nell'attività di assistenza programmata e domiciliare (ADP), il numero di pazienti che ricevono visite, nonché il numero totale delle visite nel 2017 risulta complessivamente aumentato rispetto al 2016.

Numero pazienti e spesa trimestrale ADIAI 2016 e 2017



Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie

I due grafici mostrano un aumento nel 2017 rispetto al 2016 sia del numero complessivo di pazienti in ADIAI, sia della relativa spesa.

Tale incremento può essere giustificato dalla presa in carico di un numero maggiore di pazienti ovvero da un maggior impiego di risorse economiche da parte dell'azienda nell'attività delle ADIAI.

La Rete sociosanitaria territoriale: le Case della Salute

Al fine di offrire ai cittadini un'unica sede territoriale di riferimento alla quale rivolgersi ogni giorno per i diversi servizi socio sanitari, l'Azienda ha attivato due Case della Salute, presso il comune di Soriano nel Cimino e di Bagnoregio.

Casa della Salute di Soriano nel Cimino

DESCRIZIONE ATTIVITA'	PRESTAZIONI GENNAIO-SETTEMBRE 2017
Ambulatorio Prelievi ematici	8.963
Comunicazione settimanale	70
Ambulatorio di Neurologia	175
Ambulatorio di Urologia	307
Ambulatorio di Cardiologia	265
Ambulatorio di Terapia del dolore	181
Ambulatorio di Chirurgia senologica	13
Ambulatorio di Endocrinologia	471
Ambulatorio di Ortopedia	446
Ambulatorio di Otorinolaringoiatria	438
Ambulatorio di Medicina Pz Complesso	24
Ambulatorio di Chirurgia Vascolare	10
Ambulatorio infirm. in teleassistenza	300
Vaccinazioni pediatriche	1.126
Ambulatorio di Ginecologia	150
Ambulatorio di Ostetricia	106
Ambulatorio per lo Screening del cervicocarcinoma	283
Colloqui percorso nascita (agenda gravidanza)	31
PUA	539
Ambulatorio FKT	1.893

L'attivazione della casa della salute presso Soriano ha determinato un incremento dell'attività ambulatoriale rispetto a quando la struttura era mero poliambulatorio. Tale risultato si nota, in particolare, per le specialità di Terapia del dolore e di Ortopedia e Traumatologia. Nel periodo gennaio settembre sono state registrate 539 prestazioni presso il Punto Unico d'Accesso (PUA), un servizio che si occupa delle persone con problemi sanitari e sociali non facilmente risolvibili autonomamente. Presso la Casa della Salute, infatti, vengono svolte molteplici attività socio sanitarie, come riportato nella tabella a fianco.

Casa della Salute di Bagnoregio

Ambulatorio	PRESTAZIONI MARZO-SETTEMBRE
Ambulatorio Prelievi ematici	768
Attività fisica adattata	901
Ambulatorio Ecografico	61
Ambulatorio Chirurgico	43
Ambulatorio di Fisioterapia	39
Ambulatorio di Fisioterapia	611
Ambulatorio di Dermatologia	390
Ambulatorio di Urologia	21
Ambulatorio di Cardiologia	420
Ambulatorio di Ortopedia	351
Vaccinazioni pediatriche	1.095
Ambulatorio di Ginecologia	83
Ambulatorio di Ostetricia	412
Medicina Legale	365
PUA	50
Ambulatorio FKT	1.380
ADI FKT	433
ADI Infermieristica	944
Consultorio,Assistente Sociale	24
Consultorio, Psicologia	104
Assistenza Protetica	639
Uffici Amministrativi	3.850
Centro Igiene Mentale	339

La Casa della Salute di Bagnoregio è stata inaugurata il 1° marzo 2017. La tabella mostra il volume di tali attività nel periodo marzo-settembre. Presso la Casa della Salute vengono svolte attività socio-sanitarie, ma anche sanitarie come l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale. La principale specialità erogate nella struttura riguarda la medicina fisica e riabilitazione. Il relativo volume risulta, inoltre, in forte incremento rispetto al 2016.

3B.3 Il livello di presa in carico di pazienti con patologie mentali

La riorganizzazione del dipartimento di salute mentale così come definita nell'Atto di Autonomia Aziendale della Asl di Viterbo, favorisce l'obiettivo di incrementare le azioni di prevenzione e di presa in carico territoriale del paziente con patologie psichiatriche, ridurre l'ospedalizzazione riservandola ai soli casi acuti, garantendo al malato una rete capillare e integrata di servizi sul territorio.

Il modello organizzativo della ASL individua infatti il DSM come struttura autonoma, profondamente incardinata nel territorio anche attraverso sinergie da strutturare con il Distretto, con il terzo settore, la Neuropsichiatria Infantile, la Geriatria, la Riabilitazione ed il Disabile Adulto.

Gli obiettivi di programmazione per il prossimo triennio vertono sullo sviluppo di metodi omogenei di presa in carico dei pazienti e lo sviluppo dell'integrazione dei diversi aspetti (sociale, educativo, scolastico). Il concetto di cure integrate determina la necessità di creare vere e proprie reti che permettano al cittadino di percorrere un percorso di salute creando le condizioni utili per migliorare gli esiti delle azioni messe in atto in seno al DSM anche grazie anche all'attività di raccordo con i medici di medicina generale (MMG) per fornire consulenze psichiatriche e per condurre, insieme, progetti terapeutici e attività formative.

Nell'ambito riabilitativo, in collaborazione con il Tavolo tecnico della Regione Lazio, il DSM sta offrendo la propria assistenza ad un appropriato supporto al progetto "Abitare Autonomo" per i pazienti psichiatrici gravi. Attualmente sono stati attivati 45 appartamenti assistiti dal DSM al fine di realizzare un percorso di autonomia abitativa, sociale e lavorativa attraverso il coinvolgimento di tutta la filiera assistenziale dipartimentale.

Linee di attività innovative riguardano l'intervento sull'esordio precoce della psicosi giovanile, l'assistenza della donna al peripartum, la prevenzione e il trattamento della doppia diagnosi (psicosi e tossicodipendenza).

Presca in carico degli utenti

Report DSM - anno 2016			
	Utenti in carico (prevalenza di periodo) - dal 01-01-2016 al 31-12- 2016 con almeno un trattamento avviato	Utenti in carico (prevalenza di punto al 30/12/2016)	Percentuale di paz. Gravi (scizofrenici e bipolari)
VT1	631	449	49,40%
VT2	788	522	34,07%
VT3	1.551	691	37,30%
VT4	775	476	32,51%
VT5	1.238	745	34,02%
Totale utenti	4.983	2.883	

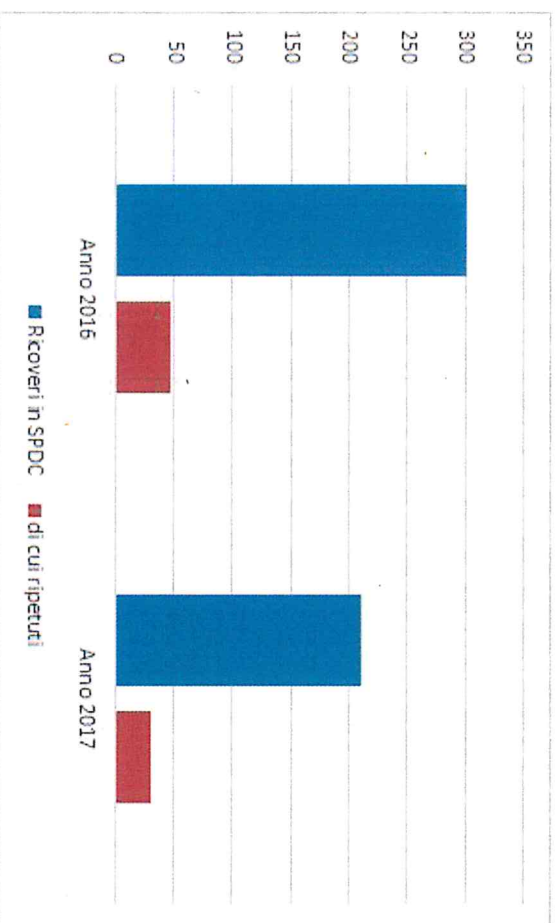
Le tabelle mostrano il numero di utenti presi in carico dal DSM nell'anno 2016 e nel 1° semestre 2017.
Si può notare come al 30 giugno 2017 e al 30/12/2016 il numero di pazienti risulti sostanzialmente simile. Tuttavia, la percentuale di pazienti gravi risulta in aumento in tutti e tre i Distretti.

Report DSM 1° semestre 2017			
	Utenti in carico (prevalenza di periodo) - dal 01-01-2017 al 30-06-2017 con almeno un trattamento avviato	Utenti in carico (prevalenza di punto al 30/06/2017)	Percentuale di paz. Gravi (scizofrenici e bipolari)
VT1	635	480	53,47%
VT2	710	442	41,00%
VT3	1.006	684	39,00%
VT4	680	480	30,64%
VT5	1.026	758	38,00%
Totale utenti	4.057	2.844	

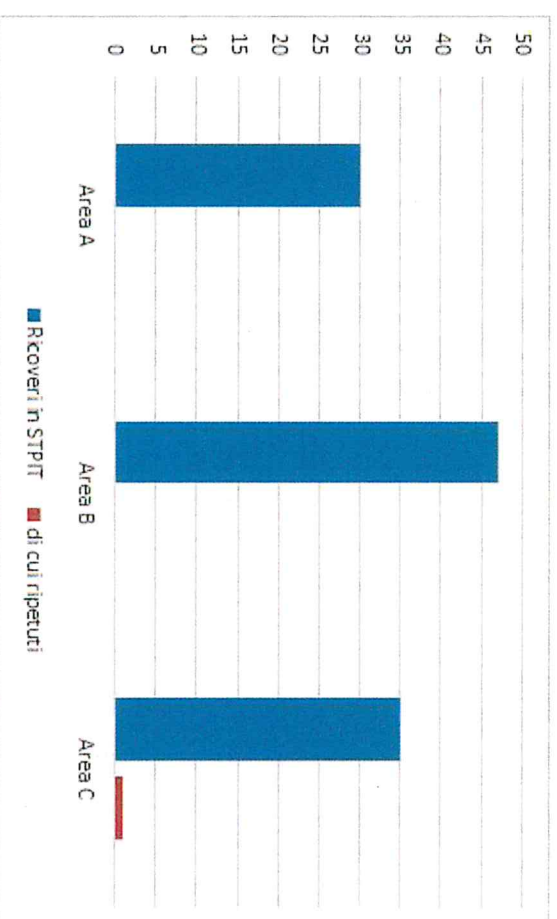
Fonte dati: elaborazioni Coordinamento SISP DSM

Ricoveri in SPDC e STPIT 1° semestre 2017

Durante il primo semestre del 2017 sono continuate le attività dell'anno precedente caratterizzate da una capillare penetrazione sul territorio dovuta ai 5 Centri di Salute Mentali (CSM) articolati in 13 ambulatori, 4 Centri Diurni e 2 Strutture Residenziali.



Fonte dati: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA



Fonte dati: elaborazioni Controllo di Gestione su dati DSM

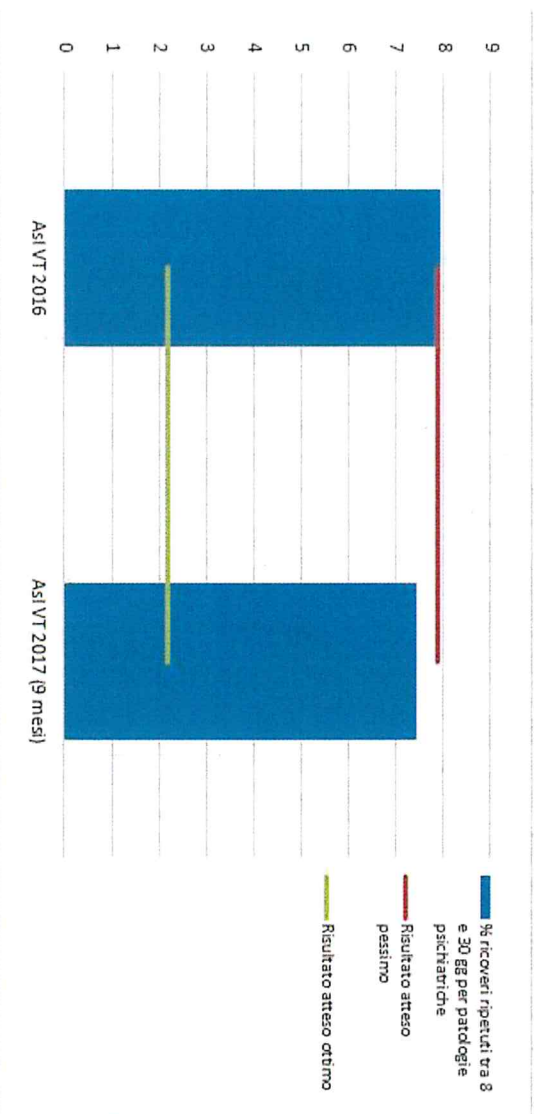
I ricoveri nella U.O. SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) nel periodo gennaio-settembre 2017 sono stati complessivamente 210 di cui 30 ripetuti (14%). Dal grafico a sinistra si nota una diminuzione dei ricoveri in SPDC rispetto al 2016.

I ricoveri nella Struttura per Trattamento Psichiatrici Intensivi Territoriali (STPIT) sono effettuati presso Villa Rosa e considerano 112 casi, di cui soltanto 1 ripetuto (grafico a destra).

Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

La percentuale di ricoveri ripetuti presenta un miglioramento rispetto al 2016. Tale risultato è indice di una maggiore integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia una crescente attenzione nella presa in carico dei pazienti da parte della salute mentale territoriale.

A seguito del ricovero ospedaliero vengono, infatti, tracciati percorsi assistenziali integrati, che permettono la presa in carico del soggetto da parte del territorio e la modulazione ad *personam* delle opportunità riabilitative e terapeutiche. L'Azienda ha sostituito il tradizionale modello basato sul concetto di prestazioni con un approccio che individua una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo. I servizi sono centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi (diagnostica, terapeutica, riabilitativa) e a cui deve essere garantita la continuità assistenziale e l'integrazione. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari.



Fonte: SIA

Definizione

Percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni

Numeratore

N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic)

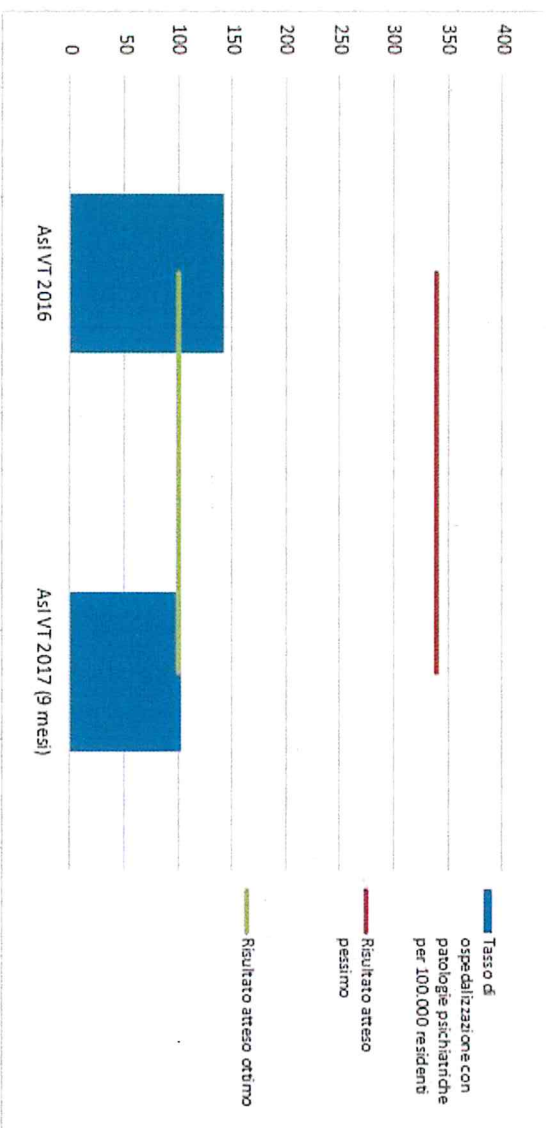
Denominatore

N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre

Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni

Il tasso di ospedalizzazione della Asl di Viterbo presenta percentuali particolarmente positive, prossime al valore ottimale ed in continuo miglioramento; ciò testimonia l'efficienza della rete della salute mentale.

Il tasso di ricovero con patologie psichiatriche è, infatti, un indicatore di risultato atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia. L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali nella Asl di Viterbo risulta, infatti, limitata ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permette ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi.



Fonte: SIA

Definizione Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni

Numeratore N. ricoveri per patologie psichiatriche relativi ai residenti maggiorenni x 100.000

Denominatore Popolazione residente maggiorenne

3B.4 La salute del Bambino e la sua gestione a livello territoriale

Il focus sulla salute del bambino rispecchia la volontà dell'Azienda nell'investire sulla salute dell'infanzia ponendo attenzione al futuro delle bambine e dei bambini.

I tassi di ospedalizzazione di seguito riportati mostrano valori ottimali o nella media rivelando un buon dialogo tra operatori, discipline e servizi diversi e più in generale un buon funzionamento della logica multisettoriale.

Indicatori percorso nascita periodo gennaio-giugno 2017

Indicatore	Risultato
n. consulenze post-partum/totale coppie frequentanti i corsi di accompagnamento alla nascita	171/348
n.donne che allattano al seno ad 1-3-6 mesi dalla nascita tra le partecipanti al corso CAN/n.donne che hanno partecipato al corso	allattamento ad 1 mese 332/348 allattamento a 3 mesi 220/348 allattamento a 6 mesi 97/348
n.donne che hanno effettuato il primo accesso entro la 12° settimana/totale donne seguite	350/424
n. donne seguite (almeno 4 accessi)/totale donne in gravidanza (rilevate attraverso le richieste di esenzione ticket)(*)	424/759
(*) il dato del numeratore riguarda il n.di agende della gravidanza consegnate in quanto nella ASL Viterbo non viene richiesta l'esenzione del ticket	

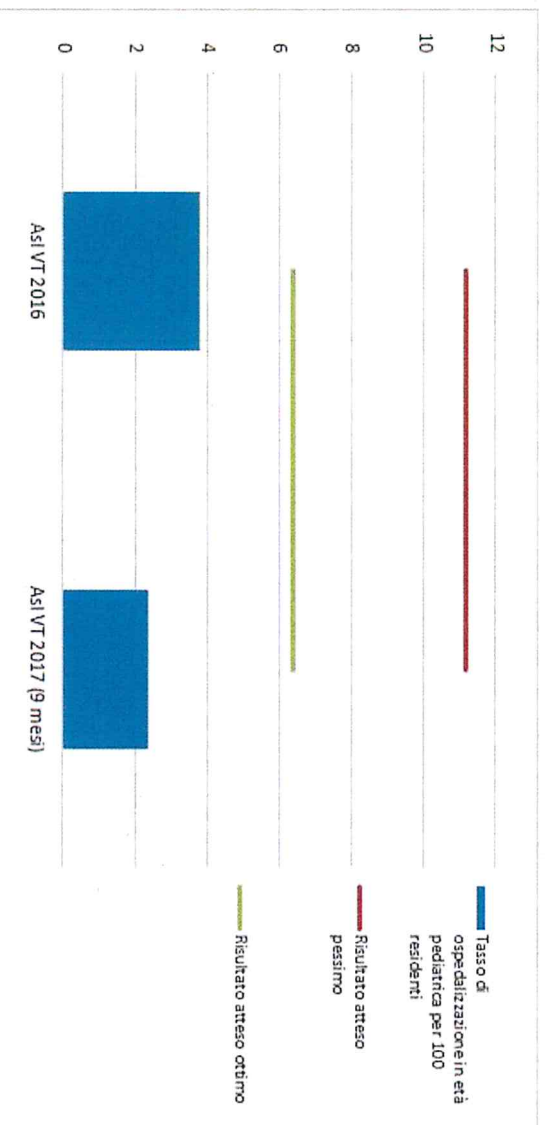
Fonte: Go.P.S.

Presso la Asl, la donna/coppia viene accompagnata dal concepimento al primo anno di vita del bambino garantendo ascolto, sostegno e continuità assistenziale. La tabella in alto mostra i risultati raggiunti in termini di adesione da parte delle donne/coppie al percorso proposto. Gli indicatori monitorati presentano dei risultati elevati.

L'informazione a tutte le donne in gravidanza partecipanti al corso CAN sui vantaggi e metodi di realizzazione dell'allattamento al seno ha fatto sì che il 95% di donne hanno allattato nel 1° mese di vita.

Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (<14 anni)

Il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica risulta essere particolarmente positivo, migliore del valore standard e di quello rilevato nel 2016; ciò testimonia l'efficienza della rete territoriale. La promozione dell'assistenza territoriale della Provincia ha un ruolo determinante nel raggiungimento di tale performance; ciò è stato possibile, grazie alla rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie.

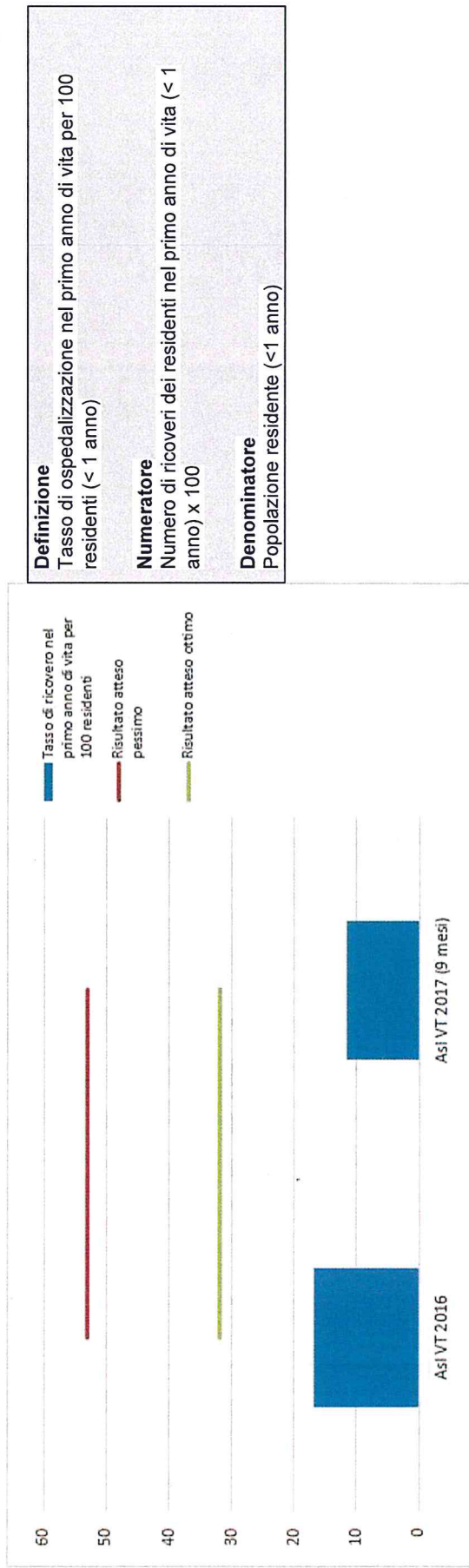


Fonte: SIA

<p>Definizione</p> <p>Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)</p> <p>Numeratore</p> <p>Numero di ricoveri dei residenti in età pediatrica (< 14 anni) x 100</p> <p>Denominatore</p> <p>Popolazione residente (< 14 anni)</p>
--

Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)

La Asl di Viterbo presenta un basso tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita, migliore del valore ottimale e del dato rilevato nel 2016. Ciò testimonia l'efficienza della rete territoriale fondata sul corretto utilizzo delle risorse disponibili e sull'attenzione verso le vere necessità del bambino e della sua famiglia. Fondamentali nel limitare i ricoveri inappropriati sono: una vera continuità assistenziale sul territorio e in ospedale, un efficace filtro ai ricoveri realizzato dall'osservazione temporanea in Pronto Soccorso e la garanzia di una guardia pediatrica 24 ore su 24 dove nasce e si ricovera un bambino.



Definizione
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)

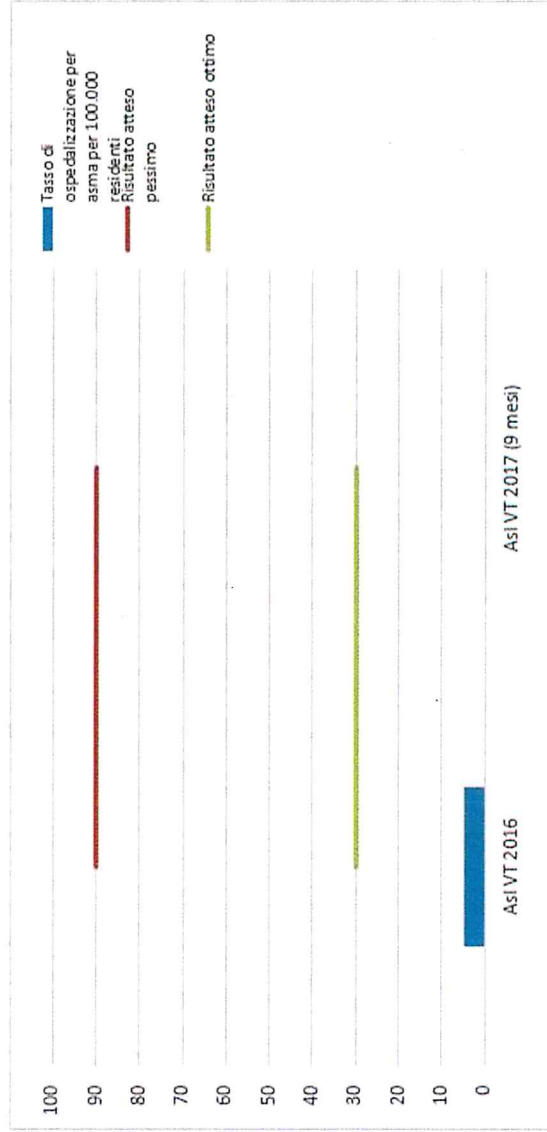
Numeratore
Numero di ricoveri dei residenti nel primo anno di vita (< 1 anno) x 100

Denominatore
Popolazione residente (<1 anno)

Fonte: S/A

Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)

Il tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma risulta essere particolarmente positivo in quanto migliore del valore ottimale e del dato 2016. Ciò è stato possibile grazie al miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia, alla definizione dei percorsi più idonei per la gestione dell'asma bronchiale sul territorio, limitando ai soli casi più gravi il ricorso all'ospedalizzazione.



Fonte: S/IA

Definizione

Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma

Numeratore

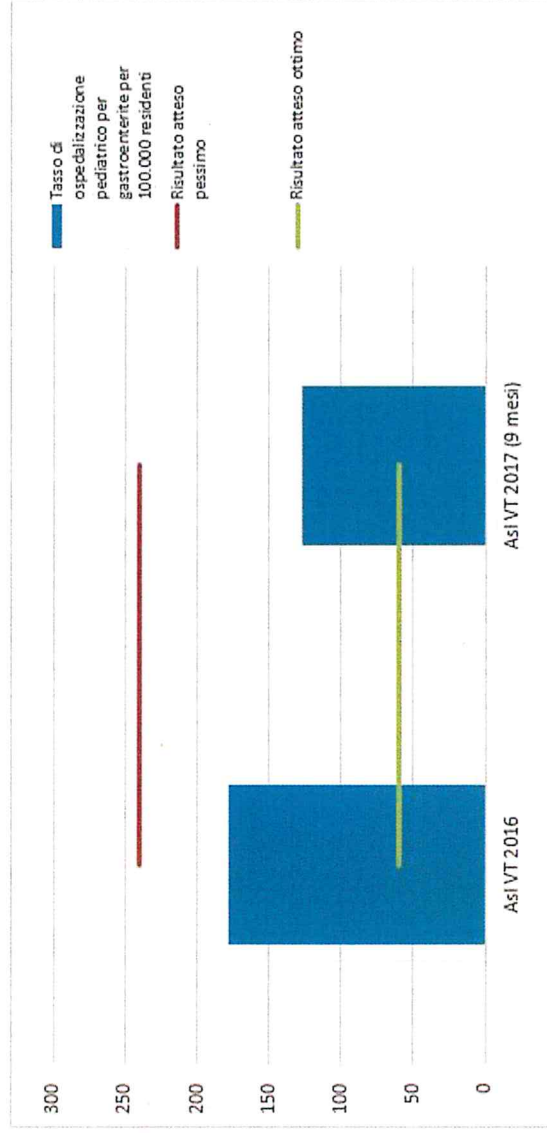
Numero ricoveri per asma 2-17 anni relativi ai residenti nella Asl x 100.000

Denominatore

Popolazione residente (2-17 anni)

Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)

Il tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastrite presenta una performance positiva: nonostante sia inferiore al valore ottimale, risulta, infatti, in miglioramento rispetto al 2016; ciò testimonia l'efficienza della rete territoriale e la crescente attenzione alle patologie pediatriche. La gestione del paziente presso la Asl di Viterbo si basa, infatti, sulla prevenzione e sul controllo delle complicanze a livello territoriale attraverso una più diffusa aderenza dei pediatri ai percorsi diagnostico/terapeutici.



Fonte: SIA

Definizione	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite
Numeratore	Numero ricoveri per gastroenterite relativi ai minorenni residenti nella Asl x 100.000
Denominatore	Popolazione minorenni residente

3B.5 La presa in carico delle patologie croniche

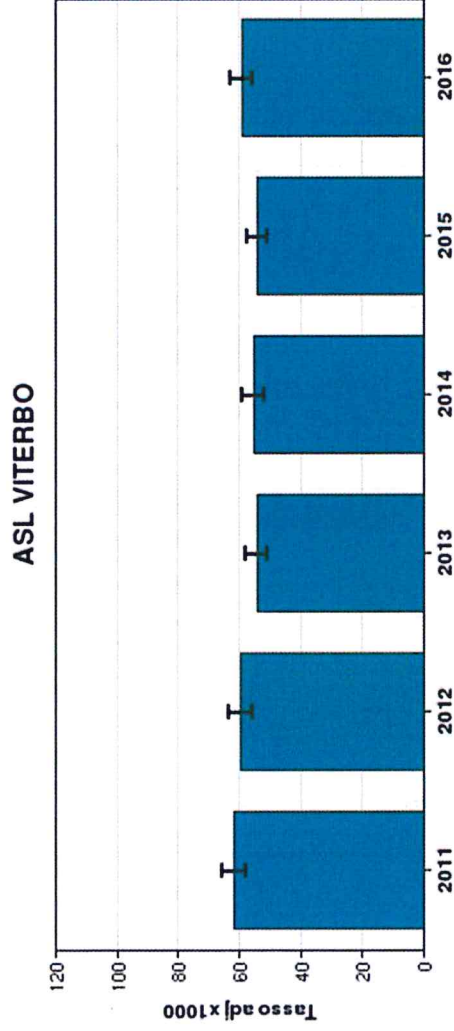
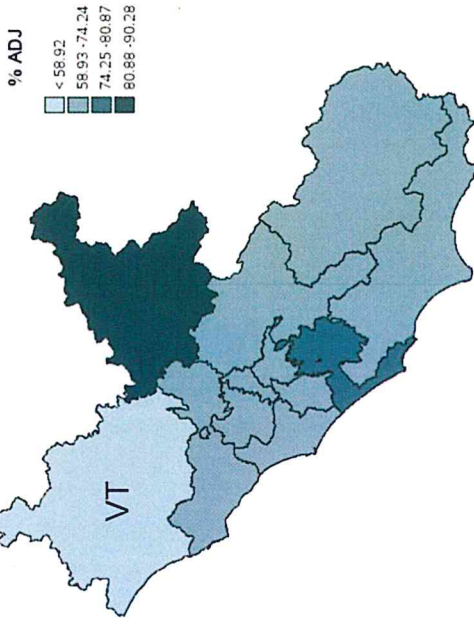
Diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco rappresentano alcune delle patologie croniche principali in cui l'Azienda riesce a rispondere con successo mediante la propria offerta territoriale. Grazie a modalità organizzative innovative e capaci di garantire i più idonei percorsi di cura, i valori dei tassi di ospedalizzazione relativi a tali patologie risultano tra i più bassi della Regione.

Il Diabete

Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici

Nella provincia di Viterbo sono presenti 12.169 pazienti affetti da diabete mellito di tipo I e II (fonte dati Dipartimento per il Governo dell'Offerta e le Cure Primarie ASL Viterbo). Per rispondere alle esigenze di tali pazienti, è attivo il progetto di teleassistenza, attraverso il quale sono stati ridotti i ricoveri ospedalieri ripetuti per diabete.

Il cartogramma evidenzia come il risultato dell'indicatore nella provincia di Viterbo sia il migliore di tutta la Regione, ciò mostra una buona appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali.



Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere
fonte dati: P.Re.Val.E- 2016

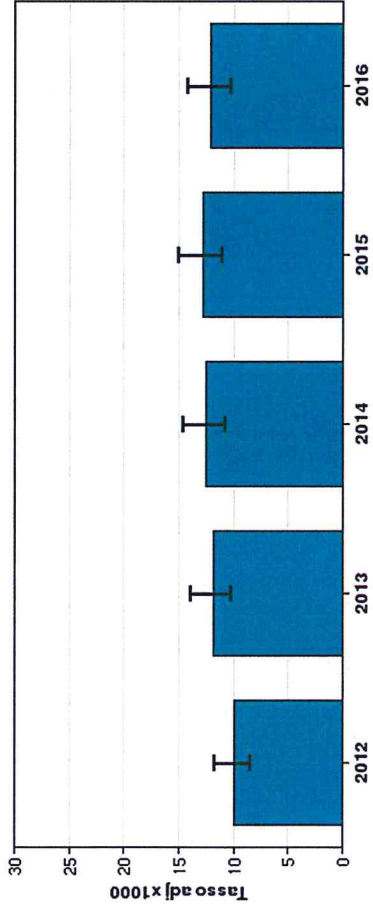
BPCO

Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva in regime ordinario/day hospital in pazienti con diagnosi di BPCO

Nella provincia di Viterbo sono presenti 12.572 pazienti affetti da BPCO (fonte dati Dipartimento per il Governo dell'Offerta e le Cure Primarie ASL Viterbo). Rispetto all'anno passato, il tasso risulta ridotto (da 12.9 x 1.000 del 2015 al 12.1 x 1.000 del 2016), ottenendo un valore tra i bassi di tutta la Regione (media regionale 13,17 x 1000).

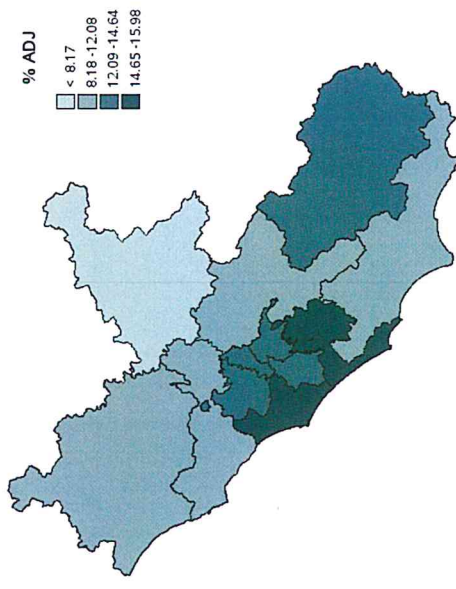
Ciò mostra una crescente capacità dell'assistenza territoriale di gestire adeguatamente la BPCO, evitando l'evoluzione verso livelli di gravità maggiori e la conseguente necessità di ricorrere alle ospedalizzazioni per riacutizzazioni, insufficienza respiratoria e, nei casi più gravi, alla chirurgia polmonare.

ASL VITERBO



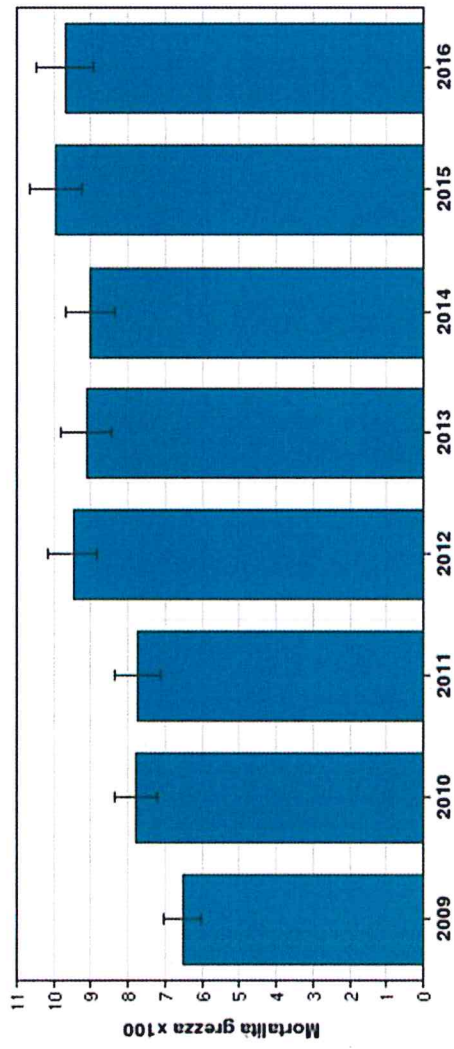
Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

fonte dati: P.Re. Val.E- 2016



BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal primo accesso

La Provincia di Viterbo nel 2016 presenta un tasso di mortalità pari all'8,9%, più basso rispetto al 9,7% della media regionale. Il grafico mostra come il valore risulti in riduzione rispetto al precedente anno ed rivela, quindi, rivelando un buon funzionamento dell'intero processo assistenziale ospedaliero a partire dal ricovero o dall'accesso in PS del paziente.



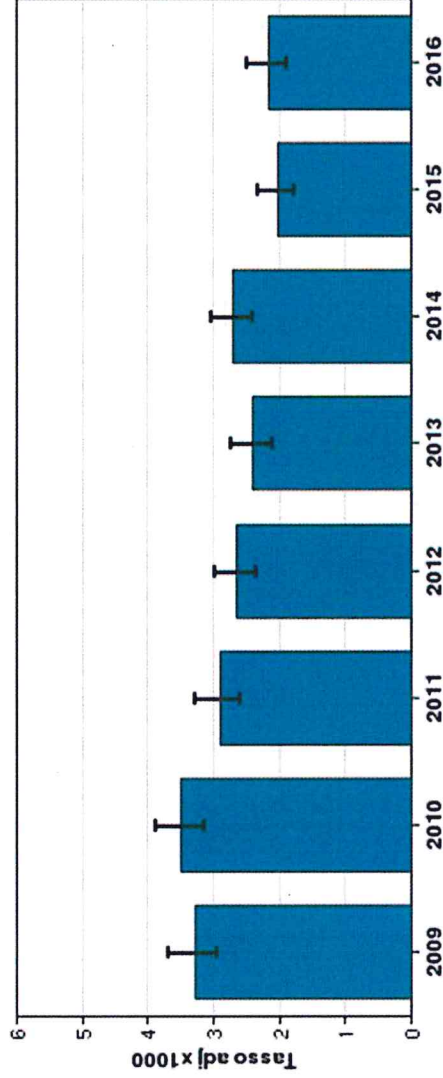
fonte dati: P.Re.Val.E- 2016

Scompenso cardiaco

Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 1.000 residenti (50-74 anni)

Nella provincia di Viterbo sono presenti 2.671 pazienti con scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica cronica, cardiopatia ipertensiva (fonte dati Dipartimento per il Governo dell'Offerta e le Cure Primarie ASL Viterbo). I valori relativi all'ultimo biennio sono i più bassi di tutto il trend della Provincia. La corretta gestione a livello territoriale dei pazienti con scompenso cardiaco ambulatoriale ha permesso, infatti, di ridurre la progressione della patologia ed evitare il ricorso all'ospedalizzazione.

ASL VITERBO



Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Fonte dati: P.Re.Val.E- 2016

3C. Gestione dei percorsi in urgenza

Sono ormai attivi i percorsi in urgenza relativi alla Rete dell'Ictus, all'Infarto del Miocardio, alla Teletrasmissione dell'elettrocardiogramma (ECG) da P.S. e direttamente dall'ambulanza.

La riorganizzazione dei percorsi al Pronto Soccorso di Belcolle, finalizzata a decongestionare le file dei pazienti in attesa, ha portato all'attivazione di due dei sette percorsi *Fast Track* relativi all'area ostetrica e pediatrica. I percorsi *fast track* prevedono l'accesso immediato alla visita del medico specialista a seguito del triage con esito codice bianco o verde (solo in casi selezionati).

E' stato approvato il protocollo per il trasferimento del paziente acuto ed il protocollo d'intesa con Ares 118 per garantire i trasporti secondari. Le stime per il 2017 evidenziano un'affluenza di circa 97.000 i cittadini ai Pronto Soccorso nella Tuscia.

3C.1 Il Pronto Soccorso

Accessi in Pronto Soccorso e punti di primo intervento per presidio ospedaliero

Etichette di riga	2014	2015	2016	gennaio-ottobre 2017	stima anno 2017	differenza		% accessi rispetto al totale ASL
						stima anno 2016	2017 e anno 2016	
P.S. BELCOLLE	46.506	45.419	45.581	39.024	46.829	1.248	48%	
P.S. CIVITA CASTELLANA	14.850	14.346	14.675	13.084	15.701	1.026	16%	
P.S. TARQUINIA	18.956	18.292	16.981	15.271	18.325	1.344	19%	
P.S. ACQUAPENDENTE	5.537	5.633	6.355	5.309	6.371	16	7%	
P.P.I. MONTEFIASCONE	4.413	4.185	4.722	4.147	4.976	254	5%	
P.P.I. RONCIGLIONE	5.431	5.124	5.094	3.803	4.564	-530	5%	
Totale complessivo	95.693	92.999	93.408	80.638	96.766	3.358	100%	

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

La stima dell'anno 2017 mostra un maggior ricorso rispetto al 2016 da parte degli utenti ai servizi di pronto soccorso e punti di primo intervento. Se il numero mensile degli accessi rimane costante anche negli ultimi due mesi del 2017, infatti, il trend tornerà ad essere in crescita (+3.358 accessi rispetto al 2016).

Il principale presidio a cui si rivolgono gli utenti è Belcolle che assorbe ben il 48% degli accessi totali.

Gli utenti si rivolgono poi per il 19% a Tarquinia, per il 16% a Civita Castellana e per il 7% ad Acquapendente.

Il minor numero degli accessi presso Montefiascone e Ronciglione è legato alla differente natura dei servizi. Le due strutture non sono infatti dotate di un pronto soccorso ma di un punto di primo intervento con funzioni e competenze chiaramente differenti.

Accessi in Pronto Soccorso e punti di primo intervento per presidio ospedaliero e per descrizione triage: periodo gennaio ottobre 2014-2017

Etichette di riga	2014	2015	2016	2017	differenza 2017 e 2016
<input type="checkbox"/> P.S. BELCOLLE	38.984	38.089	38.113	39.024	911
TRIAGE NON ESEGUITO	49	46	31	102	71
BIANCO	1.100	757	635	617	-18
VERDE	25.096	24.003	24.020	23.752	-268
GIALLO	11.477	11.871	11.960	12.609	649
ROSSO	1.262	1.412	1.467	1.944	477
<input type="checkbox"/> P.S. CIVITA CASTELLANA	12.480	12.117	12.163	13.084	921
TRIAGE NON ESEGUITO	57	62	30	35	5
BIANCO	169	137	128	176	48
VERDE	9.690	9.428	9.196	9.756	560
GIALLO	2.406	2.314	2.611	2.884	273
ROSSO	158	176	198	233	35
<input type="checkbox"/> P.S. TARQUINIA	16.324	15.938	14.577	15.271	694
TRIAGE NON ESEGUITO	7	8	7	8	1
BIANCO	811	380	310	514	204
VERDE	11.898	11.334	10.166	11.102	936
GIALLO	3.458	4.065	3.916	3.468	-448
ROSSO	150	151	178	179	1
<input type="checkbox"/> P.S. ACQUAPENDENTE	4.720	4.821	5.373	5.309	-64
TRIAGE NON ESEGUITO	545	434	324	5	-319
BIANCO	407	290	171	176	5
VERDE	3.293	3.680	4.039	4.463	424
GIALLO	469	406	821	653	-168
ROSSO	6	11	18	12	-6
<input type="checkbox"/> P.P.I. RONCIGLIONE	4.691	4.370	4.331	3.803	-528
TRIAGE NON ESEGUITO	4.689	4.370	4.330	3.802	-528
(vuoto)	2		1	1	0
<input type="checkbox"/> P.P.I. MONTEFASCONE	3.822	3.584	4.024	4.147	123
TRIAGE NON ESEGUITO	3.822	3.584	4.024	4.147	123
Totale complessivo	81.021	78.919	78.581	80.638	2.057

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Rispetto al periodo gennaio ottobre, si nota un aumento degli accessi presso Civita Castellana, Belcolle e Tarquinia.

Il dettaglio dei codici triage permette di evidenziare il ruolo centrale del pronto Soccorso di Belcolle per le esigenze più complesse. In tale presidio, infatti, si registra il numero più alto di accessi con codice giallo e rosso. Tale tendenza sembra consolidarsi nel 2017.

L'aumento degli accessi presso Belcolle rispetto al 2016 è determinato proprio dai codici triage più complessi. Per contro, i codici bianchi e verdi si riducono.

Misure di performance presenti nel sito PREVALE

Etichette di riga	2016		2017		2017 vs 2016		
	totale accessi	(prevale) % pazienti con permanenza >48h	totale accessi	(prevale) % pazienti con permanenza <12h	(prevale) % pazienti con permanenza <12h	(prevale) % pazienti con permanenza tra 12h e 48h	(prevale) % pazienti con permanenza >48h
P.S. BELCOLLE	45.581	90%	39.024	88%	1,7%	-1,5%	-0,3%
P.S. CIVITA CASTELLANA	14.675	98%	13.084	98%	-0,2%	0,2%	0,0%
P.S. TARQUINIA	16.981	97%	15.271	98%	-0,6%	0,5%	0,0%
P.S. ACQUAPENDENTE	6.355	100%	5.309	100%	0,1%	-0,1%	0,0%
P.P.I. MONTEDIA SCONE	4.722	100%	4.147	100%	-0,2%	0,1%	0,1%
P.P.I. RONCIGLIONE	5.094	99%	3.803	99%	0,2%	0,0%	-0,2%
Totale complessivo	93.408	94%	80.638	94%	0,7%	-0,6%	-0,1%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

La permanenza in P.S. dovrebbe essere la minore possibile.

Complessivamente il trend è rimasto simile al 2016. Da sottolineare il valore positivo per i tempi inferiori a 12 ore pari al 94% degli accessi mentre solo l'1% supera le 48 ore.

% accessi in PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

Etichette di riga	2014	2015	2016	2017 vs 2016	
				2017	2016
P.S. BELCOLLE	84%	82%	79%	80%	0,3%
P.S. CIVITA CASTELLANA	87%	85%	86%	85%	-0,8%
P.S. TARQUINIA	95%	94%	92%	94%	1,5%
P.S. ACQUAPENDENTE	99%	99%	99%	99%	-0,3%
Totale complessivo	88%	87%	86%	86%	0,6%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

C16.3 - Scheda indicatore

Definizione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

Numeratore: N. accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100

Denominatore: N. totale accessi con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro e oltre 4 ore

Note: Si considera il colore triage verde (colore in entrata).

Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve.

Si considerano gli accessi con esito 1 "dimissione a domicilio" e 8 "dimissione a strutture ambulatoriali" (codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso).

Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di dimissione e la data di accettazione.

Il valore dovrebbe essere il più alto possibile.

Complessivamente i tempi di permanenza in pronto soccorso per i codici verdi si riducono. La percentuale degli accessi con tempi inferiori alle 4 ore, risulta ottimale presso Tarquinia e Acquapendente ed in miglioramento presso Belcolle.

Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso

% Ricoverati sul numero di accessi		2017		2017		Totale accessi	
Tipologia di esito	anno accesso	descrizione_esito	anno accesso	Ricoverato			
	All						80.638
	totale						
Etichette di riga	accessi	Etichette di riga	Totale ricoverati	accessi	% sul totale		
P.S. BELCOLLE	39.024	P.S. BELCOLLE	8.055		20,6%		
P.S. CIVITA CASTELLANA	13.084	P.S. CIVITA CASTELLANA	1.447		11,1%		
P.S. TARQUINIA	15.271	P.S. TARQUINIA	1.554		10,2%		
P.S. ACQUAPENDENTE	5.309	P.S. ACQUAPENDENTE	728		13,7%		
P.P.I. MONTEFIASCONE	4.147				0,0%		
P.P.I. RONCIGLIONE	3.803				0,0%		

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

Belcolle presenta il numero di accessi seguiti da ricovero più elevato, essendo il presidio di riferimento.

Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso

Si nota come la maggioranza degli accessi avviene per decisione dell'utente stesso mentre la maggior parte delle dimissioni dal Pronto Soccorso avvengono a seguito di invio a domicilio.

tipologia accesso		2017		2017		Totale accessi	
anno accesso	anno accesso	anno accesso	anno accesso	anno accesso	anno accesso	anno accesso	anno accesso
Etichette di riga	totale accessi	% sul totale accessi	Etichette di riga	totale accessi	% sul totale accessi	Etichette di riga	% sul totale accessi
Decisione Propria	54.040	67,0%	A domicilio	53.747	66,7%	A domicilio	66,7%
Trasp. Urgente	13.795	17,1%	Deceduto in P.S.	191	0,2%	Deceduto in P.S.	0,2%
Altro	10.247	12,7%	Dimissione a strutture ambulatoriali	3.642	4,5%	Dimissione a strutture ambulatoriali	4,5%
Specialista	984	1,2%	Giunto cadavere	19	0,0%	Giunto cadavere	0,0%
MMG/PLS	764	0,9%	Non risponde a chiamata	1.733	2,1%	Non risponde a chiamata	2,1%
Trasferito	588	0,7%	Paziente si allontana spontaneamente	3.132	3,9%	Paziente si allontana spontaneamente	3,9%
Guardia medica	220	0,3%	Ricoverato	11.784	14,6%	Ricoverato	14,6%
Totale complessivo	80.638		Rifiuta ricovero	4.251	5,3%	Rifiuta ricovero	5,3%
			Trasferito	2.047	2,5%	Trasferito	2,5%
			Trasferito al PS Richiedente	92	0,1%	Trasferito al PS Richiedente	0,1%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso

% A domicilio sul numero di accessi		Tipologia di esito		Totale accessi	
anno accesso	2017	anno accesso	2017	2017	2017
descrizione_esito	All	descrizione_esito	A domicilio		80.638
Etichette di riga	totale accessi	Etichette di riga	Dimessi a domicilio	% sul totale accessi	
P.S. BELCOLLE	39.024	P.S. BELCOLLE	23.865	61,2%	
P.P.I. MONTEFIASCONE	4.147	P.P.I. MONTEFIASCONE	3.306	79,7%	
P.P.I. RONCIGLIONE	3.803	P.P.I. RONCIGLIONE	3.424	90,0%	
P.S. CIVITA CASTELLANA	13.084	P.S. CIVITA CASTELLANA	8.070	61,7%	
P.S. TARQUINIA	15.271	P.S. TARQUINIA	11.063	72,4%	
P.S. ACQUAPENDENTE	5.309	P.S. ACQUAPENDENTE	4.019	75,7%	

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

La percentuale di accessi con esito a domicilio risulta particolarmente alta presso Montefiascone e Ronciglione. Ciò è legato alla natura del punto di primo intervento che ha appunto la funzione di trattare le urgenze minori e, solo in caso di pazienti ad alta complessità, provvedere ad una prima stabilizzazione ed a consentire il trasporto nel Pronto soccorso.

% Dimissioni a strutture ambulatoriali sul numero di accessi		Tipologia di esito		Totale accessi	
anno accesso	2017	anno accesso	2017	2017	2017
descrizione_esito	All	descrizione_esito	Dimissione a strutture ambulatoriali		80.638
Etichette di riga	totale accessi	Etichette di riga	Dimissioni a strutture ambulatoriali	% sul totale accessi	
P.S. BELCOLLE	39.024	P.S. BELCOLLE	176	0,5%	
P.P.I. MONTEFIASCONE	4.147	P.P.I. MONTEFIASCONE	288	6,9%	
P.P.I. RONCIGLIONE	3.803	P.P.I. RONCIGLIONE	33	0,9%	
P.S. CIVITA CASTELLANA	13.084	P.S. CIVITA CASTELLANA	1.846	14,1%	
P.S. ACQUAPENDENTE	5.309	P.S. ACQUAPENDENTE	64	1,2%	
P.S. TARQUINIA	15.271	P.S. TARQUINIA	1.235	8,1%	

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

La diminuzione in strutture ambulatoriali aumenta rispetto al medesimo periodo del 2016 (+1%) in particolare presso Montefiascone, Belcolle, Acquapendente e Tarquinia. Civita Castellana presenta la percentuale maggiore.

Percorsi Fast Track Pronto Soccorso Belcolle

Tipologia Fast Track	casi	% dei casi gestiti fast track
PEDIATRICO	2.133	44,13%
GINECOLOGICO	1.892	39,15%
OCULISTICO	558	11,55%
ORL	24	0,50%
ALTRO (*)	226	4,68%
TOT CASI PS BELCOLLE ANNO 2017	4.833	100,00%

*n.b. 226 casi non sono attribuibili in quanto con descrizione poco chiara

Fonte dati GIPSE

Elaborazione su campo descrittivo dell'accesso in triage

Periodo di riferimento 01.01.2017 al 13.11.2017

Nel 2016, presso il P.S. di Belcolle, Dea di I livello, sono stati approvati i Percorsi Fast Track, realizzando così percorsi clinico organizzativi separati per intensità di cura per la gestione di problematiche "minori" (codici bianchi e verdi).

Le tipologie attive riguardano: percorso pediatrico, percorso ginecologico, percorso oculistico e percorso otorino laringoiatra/odontoiatrico.

Tali percorsi contribuiscono alla diminuzione del sovraccollamento in pronto soccorso.

Dal 1° gennaio 2017 al 13 novembre 2017 sono stati registrati 40.827 accessi presso il Pronto soccorso di Belcolle. Di questi, 4.833 riguardano percorsi fast track, ovvero il 12% dei casi.

Si precisa che l'ORL e l'oculistica sono ancora in fase di attivazione del percorso fast track.

Percorso Interventi di contrasto alla Violenza di Genere

tipologia violenza	Marzo - Dicembre 2016	Gennaio-Ottobre 2017
aggressione fisica	30	27
violenza sessuale	6	7
aggressione verbale	8	5
totale persone accolte nei centri asl	44	39

Nel corso del 2016 la ASL di Viterbo ha avviato un percorso a favore delle persone vittime di violenza di genere volto a favorire il ruolo di accoglienza ed ascolto del consultorio, per intercettare il fenomeno e sostenere le utenti nel riconoscimento e nella progressiva consapevolezza del vissuto di violenza. Nel 2017, 39 utenti si sono rivolti al pronto soccorso in seguito ad aggressioni subite.

Indicatori di sovraffollamento in Pronto Soccorso

Il sovraffollamento in PS, pur essendo un fenomeno complesso determinato da fattori difficilmente modificabili come il numero di accessi ed il numero di posti letto nella struttura, è anche indicativo della capacità di organizzare adeguatamente i percorsi ospedalieri interni sia per i pazienti in destinazione di ricovero che per quelli che possono essere inseriti in un percorso di specialistica ambulatoriale.

Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore

Etichette di riga	2015	2016	2017 Gen Ott
PS ACQUAPENDENTE	100%	100%	100%
PS BELCOLLE	90%	90%	88%
PS CIVITA CASTELLANA	98%	98%	98%
PS TARQUINIA	98%	97%	98%
Totale complessivo	94%	94%	93%

Fonte: SIES

Complessivamente la percentuale risulta stabile nei tre anni. Quasi i presidi presentano valori in linea con lo standard ($\geq 95\%$).

Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore

Pronto Soccorso	2015	2016	2017 Gen Ott
PS BELCOLLE	9%	7%	10%
PS CIVITA CASTELLANA	2%	4%	2%
PS TARQUINIA	1%	3%	2%
Totale complessivo	7%	6%	8%

Complessivamente la percentuale risulta stabile nei tre anni. Tutti i presidi presentano valori in linea con lo standard o, nel caso di Belcolle, di poco al di sopra del target richiesto ($<10\%$).

% accesso triage rosso con esito ricovero o trasferimento con permanenza maggiore a 24 ore

Etichette di riga	2015	2016	2017
P.S. BELCOLLE	10%	8%	10%
P.S. CIVITA CASTELLANA	3%	6%	2%
P.S. TARQUINIA	1%	1%	2%
Totale complessivo	8%	7%	9%

Complessivamente la percentuale risulta stabile nei tre anni. Tutti i presidi presentano valori in linea con lo standard o, nel caso di Belcolle, di poco al di sopra del target richiesto ($<10\%$).

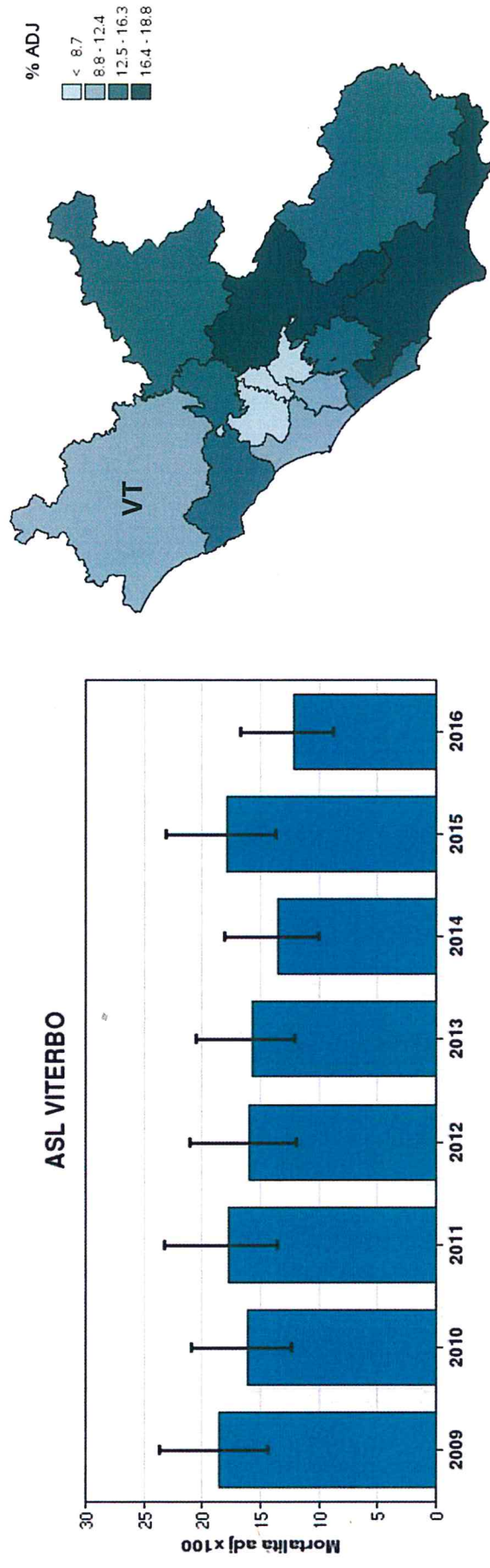
3C.2 Esiti dei percorsi di urgenza ed emergenza

Gli esiti dei percorsi mettono in evidenza aspetti su cui migliorare, ma anche buoni risultati, in particolare negli indicatori di mortalità a 30 giorni per ictus ischemico e di tempistica nel trattamento dei pazienti con PTCA.

Tasso di mortalità ictus ischemico per 100 residenti a 30 giorni dal primo accesso

La provincia di Viterbo presenta nell'anno 2016 un tasso (12,1% su 309 ricoveri) in forte miglioramento rispetto al 2015 (17,8%), il più basso rispetto al trend della provincia (anni 2009-2016), avvicinandosi alla media regionale (12,0%).

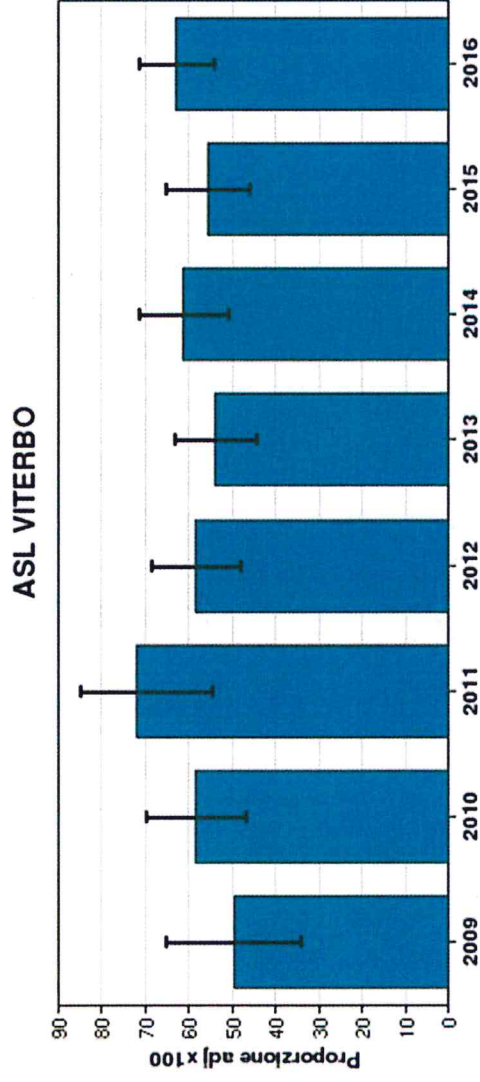
Ciò dimostra una crescente 'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero ospedaliero.



Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere
fonte dati: P.Re.Val.E

STEMI: proporzione di PTCA entro 90' sul totale dei trattati con PTCA entro 12h

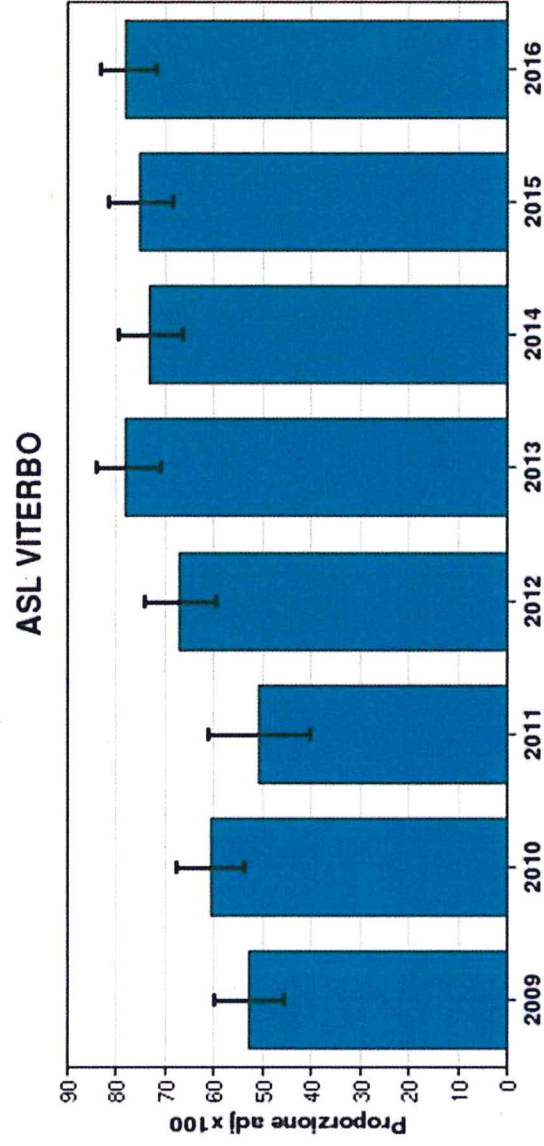
La provincia di Viterbo presenta un valore nel 2016 pari al 62,9% su 117 ricoveri in miglioramento rispetto al 2015. I volumi di interventi più alti del 2016 sono, infatti, sinonimo di migliori outcome: la tempestività di esecuzione della procedura nel paziente con IMA (tempo door-to-balloon) è infatti determinante per l'esito in termini di salute a breve termine del paziente.



Il valore dell' indicatore dovrebbe crescere
fonte dati: P.Re. Val/E

STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 gg (struttura di ricovero)

La provincia di Viterbo è in linea con la media regionale (78,3%) con un valore nel 2016 pari al 78% su 180 ricoveri, in miglioramento rispetto al 2015. I maggiori volumi di intervento conseguiti nel 2016 rispetto all'ultimo triennio rivelano un miglioramento dell'outcome. La tempestività di esecuzione della procedura nel paziente con IMA (tempo door-to-balloon) è infatti determinante per l'esito in termini di salute a breve termine del paziente.



Il valore dell' indicatore dovrebbe crescere

fonte dati: P.Re. Val.E

3D. L'Ospedale e la gestione del paziente ospedalizzato

L'analisi delle performance evidenzia i risultati ottenuti mediante l'implementazione delle azioni di riorganizzazione dei percorsi ospedalieri dedicati e della rete chirurgica per garantire un'appropriatezza presa in carico del paziente.

3D.1 L'assistenza ospedaliera

Indice di case mix (ICM)

L'indice di Case Mix misura la complessità della casistica (peso DRG specifico) di una struttura ospedaliera per acuti rispetto ad uno standard di riferimento (in questo caso il peso medio nazionale). Un ICM minore di 1 indica che le prestazioni erogate dalla struttura sono meno complesse rispetto allo standard; un ICM superiore ad 1 indica, invece, che la struttura eroga prestazioni più complesse rispetto allo standard di riferimento.






Il valore aziendale complessivo nei quattro anni presenta un trend in costante crescita, nel 2017 risulta di poco inferiore ad 1 (valore standard).

Il valore dell' indicatore dovrebbe crescere.

H. desc	UO	2014	2015	2016	2017	2017 vs 2016
P.O. BELCOLLE						
Artroscopia ginocchio		1.100	1.120	1.102	1.179	0,08
Cardiologia		1.174	1.215	1.216	1.340	0,09
Chirurgia generale de l'abbazia		1.359	1.428	1.389	1.969	-0,02
Chirurgia generale oncologica		1.625	1.641	1.647	1.434	-0,21
Chirurgia maxillofaciale		0.751	0.865	0.867	0.873	0,01
Chirurgia senologica e centro integrato di senologia		0.925	0.929	0.915	0.915	0,00
Chirurgia vascolare e d'urgenza		1.257	1.310	1.209	1.145	-0,07
Ematologia		1.253	1.241	1.155	1.376	0,22
Gastroenterologia		0.92	0.851	0.915	0.867	-0,05
Malattie infettive		1.134	1.209	1.098	1.045	-0,05
Medicina generale Polo		0.949	0.955	0.864	0.920	0,05
Medicina protetta		0.921	0.969	0.864	0.880	0,02
Nefrologia e Dialisi		0.995	1.025	1.075	1.079	0,01
Neurochirurgia		1.950	1.972	1.730	1.900	0,11
Neurologia e UTN		1.047	1.052	0.982	1.105	0,12
Oncologia e rete oncologia		0.851	0.857	0.828	0.871	0,05
Ortopedia e traumatologia e centro microchirurgia della mano		1.235	1.300	1.356	1.417	0,05
Ostetricia e ginecologia Polo		0.487	0.469	0.479	0.485	0,00
Otorinolaringoiatria		0.746	0.799	0.668	0.725	0,04
Pediatria		0.454	0.452	0.468	0.482	-0,01
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaleiro		0.676	0.746	0.897	0.913	0,02
Radiologia		3.877	3.726	3.146	3.505	0,36
SPDC		0.626	0.627	0.642	0.648	0,01
Urologia Polo		1.007	1.056	0.970	0.960	-0,01
Uric Polo		1.183	0.996	1.241	1.045	-0,27
P.O. BELCOLLE Totale		0.942	0.965	0.953	0.962	0,01
P.O. CIVITA CASTELLANA						
Anestesiologia Civita Castellana		1.195				0,00
Chirurgia generale e week surgery Civita Castellana		0.864	0.949	0.866	0.921	-0,05
Medicina generale Civita Castellana		0.970	0.946	0.925	0.929	0,00
Ortopedia Civita Castellana		1.148	1.178	1.140	1.077	-0,06
Pronto soccorso Civita Castellana		0.554	0.656			0,00
P.O. CIVITA CASTELLANA Totale		0.961	0.960	0.981	0.997	-0,02
P.O. TARQUINIA						
Chirurgia generale e mininvasiva e week surgery Tarquinia		0.957	0.940	0.900	0.876	-0,04
Medicina generale Tarquinia		0.907	0.923	0.923	0.861	-0,04
Ortopedia e traumatologia Tarquinia		1.149	1.177	1.216	1.206	-0,01
Ostetricia e ginecologia Polo		0.502	0.486			0,00
Pediatria		0.442	0.458			0,00
Pronto soccorso Tarquinia		0.616	0.605	0.701		-0,70
P.O. TARQUINIA Totale		0.879	0.907	0.997	0.975	-0,02
P.O. ACQUAPENDENTE						
Medicina generale e coordinamento clinico Acquapendente		0.828	0.821	0.876	0.923	0,05
P.O. ACQUAPENDENTE Totale		0.828	0.821	0.876	0.923	0,05
Totale complessivo		0.950	0.952	0.959	0.961	0,00

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Attività di ricovero: numero DRG per presidio ospedaliero

Presidio Ospedaliero	gennaio ottobre		differenza a fine anno 2017 2016
	2016	2017	
P.O. ACQUAPENDENTE	895	848	-56 
P.O. BELCOLLE	14.800	14.536	-264 
P.O. CIVITA CASTELLANA	2.097	2.377	280 
P.O. TARQUINIA	2.633	2.754	121 
Totale complessivo	20.425	20.515	90 

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

La tabella mostra il numero di ricoveri registrati nel periodo gennaio ottobre del 2016 e del 2017. I volumi di attività risultano complessivamente in lieve aumento.

3D.2 Area medica

IPDM - DRG Medici

L'Indice di performance degenza media (IPDM) consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse.

Il valore aziendale complessivo presenta un trend in riduzione. Nel 2017, rispetto agli anni precedenti, si nota un miglioramento della performance particolarmente rilevante.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

H. desc	UO	2015	2016	2017	2017 vs
P.O. BELCOLLE					
Artroscopia ginocchio		-3,374	-1,415	13,148	14,56
Cardiologia		1,399	0,274	0,733	0,46
Chirurgia generale de l'obesità		-4,085	-5,882	-4,145	1,74
Chirurgia generale oncologica		-0,359	0,519	1,057	0,54
Chirurgia maxillo facciale		1,342	-0,872	0,518	1,49
Chirurgia senologica e centro integrato di senologia		-10,095	-7,305		7,30
Chirurgia vascolare e d'urgenza		3,212	0,284	1,454	1,15
Ematologia		2,579	2,107	-0,109	-2,22
Gastroenterologia		-1,843	-2,015	-1,545	0,37
Malattie infettive		3,264	1,904	2,754	0,85
Medicina generale Polo		4,412	3,251	2,730	-0,50
Medicina protetta		1,951	2,515	0,339	-2,15
Neftologia e Dialisi		0,509	0,320	-0,248	-0,57
Neurochirurgia		-1,351	-1,514	-0,584	0,95
Neurologia e UTN		2,036	3,445	3,707	0,26
Oncologia e rete oncologica		-0,741	-0,158	-0,615	-0,46
Ortopedia e traumatologia e centro microchirurgia della mano		2,375	-0,191	0,578	0,77
Ostetricia e ginecologia Polo		0,250	0,200	0,020	-0,15
Otorinolaringoiatria		-1,174	1,287	-0,401	-1,69
Pediatria		-0,145	-0,674	-0,008	0,67
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaliero		-1,775	0,215	-0,396	-0,61
Rianimazione		-5,096	-3,403	-7,430	-4,03
SPDC		-4,200	-3,865	-3,850	0,01
Urologia polo		1,564	1,364	1,665	0,30
USC Polo		-2,543	-1,451	-3,583	-2,13
P.O. BELCOLLE Totale		0,802	0,441	0,462	0,02
P.O. CIVITA					
CASTELLANA					
Chirurgia generale e week surgery Civita Castellana		0,974	1,273	0,577	-0,60
Medicina generale Civita Castellana		0,403	0,859	-1,050	-1,52
Ortopedia Civita Castellana		-4,025	-3,301	-4,540	-1,24
Pronto soccorso Civita Castellana		-5,457			0,00
P.O. CIVITA CASTELLANA Totale		0,337	0,895	-0,658	-1,70
P.O. TARKUINIA					
Chirurgia generale e mininvasiva e week surgery Tarquinia		-1,574	-1,505	-1,978	-0,37
Medicina generale Tarquinia		-1,629	-2,613	-2,942	-0,33
Ortopedia e traumatologia Tarquinia		-5,365	-5,192	-6,244	-0,35
Ostetricia e ginecologia Polo		0,019			0,00
Pediatria		-2,438			0,00
Pronto soccorso Tarquinia		-4,434	-4,435		0,00
P.O. TARKUINIA Totale		-1,756	-2,564	-2,893	-0,33
P.O. ACQUAPENDENTE					
Medicina generale e coordinamento clinico Acquapendente		-0,427	-0,939	-1,500	-0,56
P.O. ACQUAPENDENTE Totale		-0,427	-0,939	-1,500	-0,56
Totale complessivo		0,327	0,050	-0,239	-0,27

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3D.3 Area chirurgica

IPDM - DRG Chirurgici

Si può notare come il valore aziendale complessivo presenti un miglioramento degli indici nel 2016 rispetto al 2015. Tale trend positivo viene riconfermato anche nel 2017. La gestione del paziente in base alla condizione clinica è pertanto migliorata sebbene non sia stato raggiunto ancora lo standard ottimale.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

H_desc	UO	2015	2016	2017	2017 vs 2016
P.O. BELCOLLE					
	Artroscopia ginocchio	7,707	6,215	4,350	-1,859
	Cardiologia	0,034	-1,083	-0,859	0,24
	Chirurgia generale dell'obesità	-1,712	-1,840	-2,263	-0,42
	Chirurgia generale oncologica	-0,459	-1,251	0,201	1,45
	Chirurgia maxillo facciale	1,696	-0,685	2,159	2,84
	Chirurgia senologia e centro integrato di senologia	-1,415	-1,414	-1,398	0,02
	Chirurgia vascolare e d'urgenza	3,184	1,160	2,009	0,85
	Ematologia	11,414	22,660	8,659	-13,82
	Gastroenterologia	-6,184	-8,919	-1,766	7,15
	Malattie infettive	33,556	11,296	18,769	7,47
	Medicina generale Polo	17,391	11,719	7,856	-3,86
	Medicina protetta	10,121	10,782	5,852	-4,93
	Nefrologia e Dialisi	15,409	4,377	1,670	-2,71
	Neurochirurgia	4,544	5,300	4,467	-0,83
	Neurologia e UTN	9,058	1,587	6,803	5,22
	Oncologia e rete oncologica	8,426	10,423	3,352	-7,07
	Ortopedia e traumatologia e centro microchirurgia della mano	4,921	3,516	2,109	-1,41
	Ostetricia e ginecologia Polo	0,680	0,652	0,276	-0,36
	Otorinolaringoiatria	1,188	2,572	0,311	-2,26
	Pediatria	1,138	0,148	0,194	-0,01
	P Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaliero	-3,097	5,455	1,518	-3,94
	Rianimazione	4,984	18,465	4,106	-14,36
	SFDC			-5,456	-5,46
	Urologia Polo	1,692	1,668	1,008	-0,68
	Utric Polo	-0,217	-3,727	-5,473	-1,75
P.O. BELCOLLE Totale		1,938	1,130	0,886	-0,24
P.O. CIVITA CASTELLANA					
	Chirurgia generale e week surgery Civita Castellana	0,696	0,137	-0,328	-0,47
	Medicina generale Civita Castellana	2,091	3,051	3,454	0,38
	Ortopedia Civita Castellana	2,174	0,329	0,196	-0,13
	Pront soccorso Civita Castellana	12,580			0,00
P.O. CIVITA CASTELLANA Totale		12,799	0,294	0,053	-0,24
P.O. TARQUINIA					
	Chirurgia generale e mininvasiva e week surgery Tarquinia	-1,148	-1,811	-2,892	-1,12
	Medicina generale Tarquinia	2,445	0,161	3,245	3,08
	Ortopedia e traumatologia Tarquinia	0,142	-0,556	-0,646	-0,09
	Ostetricia e ginecologia Polo	0,255			0,00
P.O. TARQUINIA Totale		-0,214	-0,906	-1,102	-0,20
P.O. ACQUA PENDENTE					
	Medicina generale e coordinamento d'urgenza Acquapendente	3,184	-1,279	-3,773	-2,49
P.O. ACQUA PENDENTE Totale		3,184	-1,279	-3,773	-2,49
Totale complessivo		1,508	0,750	0,498	-0,25

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3D.4 Mobilità dei ricoveri

L'analisi dei DRG in mobilità passiva è incentrata sulla valorizzazione, e non sul numero dei DRG, in quanto rappresenta il parametro scelto dalla Regione per misurare la riduzione della stessa negli obiettivi del Direttore Generale e riguarda i ricoveri effettuati dai residenti della Provincia presso altre Aziende Sanitarie del Lazio .

I dati relativi al 2014-2016 sono stati trasmessi ufficialmente dalla Regione e pertanto sono da considerarsi consolidati.

I dati 2017 non sono ufficiali, potrebbero, pertanto, essere sottostimati a causa della presenza di eventuali SDO non ancora chiuse.

Nel 2017 si registra una riduzione del 3% rispetto al 2016 della mobilità intraregionale per ricovero corrispondente ad un risparmio stimato a fine anno di circa 955 mila di euro.

Dettagli analisi:

Sono inclusi tutti i DRG medici e chirurgici relativi alle SDO chiuse riguardanti:

- Ricoveri in urgenza e programmati;
- Ricoveri in tutti i regimi di ricovero.

Sono esclusi i DRG atipici

Costo mobilità passiva DRG chirurgici e medici per anno

TERAPIA	2014	2015	2016	2017	stima anno 2017	differenza tra stima anno 2017 e anno 2016
C	€ 29.793.577,52	€ 26.738.027,40	€ 28.142.068,00	€ 23.344.084,38	€ 28.012.901,26	€ -€ 129.166,75
M	€ 11.046.079,20	€ 9.842.138,32	€ 10.047.427,28	€ 7.684.631,82	€ 9.221.558,18	€ -€ 825.869,09
complessivo	€ 40.839.656,72	€ 36.580.165,71	€ 38.189.495,28	€ 31.028.716,20	€ 37.234.459,44	€ -€ 955.035,84

Si nota una riduzione del valore dei DRG erogati da altre aziende della Regione Lazio in entrambe le tipologie di DRG (chirurgici e medici).

Mobilità passiva intraregionale: valore DRG per presidio ospedaliero di appartenenza e per tipo DRG

Presidio di Pertinenza	TERAPIA	2015	2016	2017	stima anno 2017	differenza tra stima anno 2017 e anno 2016
Belcolle	C	€ 15.093.620,37	€ 16.216.537,05	€ 13.268.922,59	€ 15.922.707	€ - 293.830
	M	€ 5.023.632,62	€ 5.231.454,70	€ 4.018.206,63	€ 4.821.848	€ - 409.607
Belcolle Totale		€ 20.117.252,99	€ 21.447.991,76	€ 17.287.129,22	€ 20.744.555	€ - 703.437
Civita Castellana	C	€ 6.941.335,20	€ 7.060.664,68	€ 6.322.334,41	€ 7.586.801	€ 526.137
	M	€ 3.284.008,70	€ 3.075.654,99	€ 2.327.398,97	€ 2.792.879	€ - 282.776
Civita Castellana Totale		€ 10.225.343,90	€ 10.136.319,68	€ 8.649.733,38	€ 10.379.680	€ 243.360
Tarquinia	C	€ 3.185.596,28	€ 3.291.826,50	€ 2.302.339,96	€ 2.762.808	€ - 529.019
	M	€ 1.162.527,30	€ 1.248.108,25	€ 979.625,14	€ 1.175.550	€ - 72.558
Tarquinia Totale		€ 4.348.123,58	€ 4.539.934,75	€ 3.281.965,10	€ 3.938.358	€ 601.577
Acquapendente	C	€ 1.517.475,54	€ 1.573.039,77	€ 1.450.039,77	€ 1.740.585	€ 167.545
	M	€ 371.969,70	€ 492.209,33	€ 359.401,08	€ 431.281	€ 60.928
Acquapendente Totale		€ 1.889.445,24	€ 2.065.249,10	€ 1.809.888,50	€ 2.171.866	€ 106.617
Totale complessivo		€ 36.580.165,71	€ 38.189.495,28	€ 31.028.716,20	€ 37.234.459	€ - 955.036

La tabella mostra i dati di mobilità aggregati in base al bacino di utenza dei presidi ospedalieri aziendali. Dall'analisi del valore dei DRG, si riscontra una riduzione della mobilità presso Belcolle, ovvero nel presidio che determina il maggior costo.

Il confronto dei tre anni evidenzia come, sebbene la mobilità presenti importi differenti la quota assorbita da ciascun presidio ospedaliero di pertinenza risulta sostanzialmente uguale.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Mobilità passiva intraregionale: numero DRG per presidio ospedaliero

Presidio di Pertinenza	2014		2015		2016		2017		differenza tra stima anno 2017 e anno 2016	
Acquapendente	671	550	574	420	504	-	70			
Belcolle	7.553	6.613	6.556	5.231	6.277	-	279			
Civita Castellana	4.106	3.848	3.526	2.821	3.385	-	141			
Tarquinia	1.481	1.471	1.580	1.133	1.360	-	220			
Totale complessivo	13.811	12.482	12.236	9.605	11.526	-	710			

Il ricorso ad altre strutture della Regione Lazio risulta in diminuzione negli ultimi quattro anni. La tabella mostra i dati di attività aggregati in base al bacino di utenza dei presidi ospedalieri aziendali. Nel periodo 2014-2017 si osserva una progressiva riduzione del numero dei DRG. Il decremento stimato dei casi del 2017 rispetto al 2016 è pari a -710 DRG.

Costo mobilità passiva per distretto di appartenenza del paziente e per tipo DRG

Distretto di appartenenza	THERAPIA	IT	2014		2015		2016		2017		differenza tra stima anno 2016 e anno 2015	
A	C		€ 7.417.346,90	€ 6.659.462,95	€ 7.016.486,20	€ 5.466.048,06	€ 6.559.257,67	€ 457.228,53				
	M		€ 2.218.943,30	€ 2.116.745,14	€ 2.387.456,81	€ 1.865.572,74	€ 2.238.687,29	€ 148.769,52				
A Totale			€ 9.636.290,20	€ 8.776.208,09	€ 9.403.943,01	€ 7.331.620,80	€ 8.797.944,96	€ 605.998,05				
B	C		€ 7.912.474,11	€ 6.873.805,96	€ 7.225.388,98	€ 6.341.555,33	€ 7.609.866,40	€ 384.477,41				
	M		€ 2.590.900,50	€ 1.997.238,84	€ 2.030.288,31	€ 1.725.375,61	€ 2.070.450,73	€ 40.162,42				
B Totale			€ 10.503.374,61	€ 8.871.044,80	€ 9.255.677,29	€ 8.066.930,94	€ 9.680.317,13	€ 424.639,84				
C	C		€ 14.463.756,51	€ 13.204.758,48	€ 13.900.192,82	€ 11.536.480,99	€ 13.843.777,19	€ 56.415,63				
	M		€ 6.236.235,40	€ 5.728.154,34	€ 5.629.682,16	€ 4.093.683,47	€ 4.912.420,16	€ 717.261,99				
C Totale			€ 20.699.991,91	€ 18.932.912,82	€ 19.529.874,97	€ 15.630.164,46	€ 18.756.197,35	€ 773.677,62				
Totale complessivo			€ 40.839.656,72	€ 36.580.165,71	€ 38.189.495,28	€ 31.028.716,20	€ 37.234.459,44	€ 955.035,84				

La tabella riaggrega i dati di mobilità in base alla residenza, e quindi al distretto, del paziente. La riduzione stimata della mobilità intraregionale è legata ad una potenziale minore richiesta di prestazioni da parte dei residenti afferenti al Distretto "A" e "C".

Il confronto dei tre anni evidenzia come, sebbene la mobilità presenti importi differenti, la quota assorbita da ciascun distretto di appartenenza del paziente risulta sostanzialmente uguale.

Costo mobilità passiva DRG chirurgici e medici per ASL di destinazione

descrizione asl	totale 2016		totale 2017		stima anno 2017		differenza tra stima anno 2017 e anno 2016		2017: % del costo della mobilità complessiva
	€	€	€	€	€	€	€	€	
Roma 1 (RM/A + RM/E)	€ 27.806.661,04	€ 22.478.488,92	€ 26.974.186,70	€ 832.474,34	✔ -€	832.474,34	✔ -€	72%	
Roma 2 (RM/B + RM/C)	€ 5.272.130,76	€ 4.296.505,12	€ 5.155.806,14	€ 116.324,61	✔ -€	116.324,61	✔ -€	14%	
Roma 3 (RM/D)	€ 3.294.574,61	€ 2.815.135,08	€ 3.378.162,10	€ 83.587,49	✘ €	83.587,49	✘ €	9%	
ROMA F	€ 1.169.647,69	€ 889.245,16	€ 1.067.094,19	€ 102.553,50	✔ -€	102.553,50	✔ -€	3%	
ROMA H	€ 172.255,92	€ 212.484,24	€ 254.981,09	€ 82.725,17	✘ €	82.725,17	✘ €	1%	
RIETI	€ 134.152,20	€ 140.741,72	€ 168.890,06	€ 34.737,86	✘ €	34.737,86	✘ €	0%	
LATINA	€ 229.614,74	€ 93.009,42	€ 111.611,30	€ 118.003,44	✔ -€	118.003,44	✔ -€	0%	
ROMA G	€ 78.050,84	€ 92.958,74	€ 111.550,49	€ 33.499,65	✘ €	33.499,65	✘ €	0%	
FROSINONE	€ 32.407,48	€ 10.147,80	€ 12.177,36	€ 20.230,12	✔ -€	20.230,12	✔ -€	0%	
Totale complessivo	€ 38.189.495,28	€ 31.028.716,20	€ 37.234.459,44	€ 955.035,84	✔ -€	955.035,84	✔ -€	100%	

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

La principale ASL a cui si rivolgono i residenti viterbesi in mobilità è Roma 1, il valore dei DRG erogati dalle sue strutture rappresenta infatti il 72% del costo totale della mobilità intraregionale.

Mobilità passiva DRG chirurgici e medici: prime 20 aziende sanitarie ordinate per costo

Denominazione struttura	ASL Aggiornate 2016	totale 2016	stima anno 2017	differenza tra		2017: % del costo della mobilità complessiva
				stima anno 2017	anno 2017 e anno 2016	
☒ POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	11.826.981	€ 10.629.496	€ -1.197.485		33%
☒ OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	2.678.148	€ 2.628.996	€ -49.152		8%
☒ AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	2.354.397	€ 2.514.147	€ 159.750		8%
☒ AZ.OSP.SAN CAMILLO-FORLANINI	Roma 3 (RM/D) €	2.080.891	€ 2.365.516	€ 284.625		7%
☒ OSPEDALE SAN PIETRO FATEBENEFRATELLI	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	1.507.608	€ 2.016.954	€ 509.346		6%
☒ POLICLINICO U. I	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	1.926.157	€ 1.468.303	€ -457.854		5%
☒ ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	1.390.084	€ 1.530.865	€ 140.781		5%
☒ AZ. OSP. UNIV. POLICLINICO TOR VERGATA	Roma 2 (RM/B + RM/C) €	1.377.376	€ 1.493.507	€ 116.131		5%
☒ PRESIDIO OSPEDALIERO SAN FILIPPO NERI	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	1.268.486	€ 1.259.723	€ -8.763		4%
☒ POLICL. UNIV. CAMPUS BIO MEDICO	Roma 2 (RM/B + RM/C) €	1.271.867	€ 1.087.163	€ -184.704		3%
☒ AZIENDA OSP. S.GIOVANNI/ADDOLORATA ROM	Roma 2 (RM/B + RM/C) €	909.627	€ 855.098	€ -54.529		3%
☒ OSPEDALE SAN PAOLO	ROMA F	647.349	€ 636.708	€ -10.642		2%
☒ OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	625.852	€ 631.935	€ 6.083		2%
☒ I.D.I.	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	549.182	€ 476.266	€ -72.917		1%
☒ OSPEDALE S. EUGENIO	Roma 2 (RM/B + RM/C) €	442.438	€ 480.445	€ 38.008		2%
☒ OSPEDALE FATEBENEFRATELLI	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	358.845	€ 495.383	€ 140.538		2%
☒ OSPEDALE GENERALE SANTO SPIRITO	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	441.031	€ 351.043	€ -89.988		1%
☒ OSP. GEN. DI ZONA 'CRISTO RE'	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	483.070	€ 274.587	€ -208.483		1%
☒ CASA DI CURA SAN FELICIANO	Roma 1 (RM/A + RM/E) €	381.605	€ 384.664	€ 3.059		1%
☒ POLICLINICO CASILINO	Roma 2 (RM/B + RM/C) €	415.222	€ 316.141	€ -99.082		1%
Totale complessivo		€ 32.936.217	€ 31.900.940	€ -1.035.277		100%

Le prime 20 aziende a cui si rivolgono i residenti della ASL di Viterbo erogano l'86% del valore totale della mobilità. In particolare, nella Asl Roma 1, l'ospedale di maggiore riferimento è il Policlinico Gemelli.

Mobilità passiva DRG chirurgici e medici classificati in "evitabili" e "non evitabili"

Somma di costo Etichette di riga	2015	2016	2017	stima anno 2017	differenza tra stima		2017: % del costo della mobilità complessiva
					anno 2017 e anno 2016	anno 2017 e anno 2016	
evitabile	129.244.280,57	129.385.446,81	123.550.871,35	€ 28.261.045,62	-	1.124.401,19	76%
NON evitabile	17.335.885,14	18.804.048,47	17.477.844,85	€ 8.373.413,82	+	163.365,35	24%
Totale complessivo	136.580.165,71	138.189.495,28	131.028.716,20	€ 37.234.459,44	-	955.035,84	100%

Il 76% del costo della mobilità passiva riguarda DRG erogabili anche presso la ASL di Viterbo e pertanto evitabili. Rispetto al triennio in esame tale percentuale presenta un trend in miglioramento, passando dall'80% del 2015, al 77% del 2016, fino all'attuale 76%.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

3D.5 Le Procedure chirurgiche: analisi per presidio e Unità Operativa

N. Interventi per presidio

Etichette di riga	2015	2016	2017	stima 2017	Differenza tra stima 2017 e 2016
Acquapendente	1.237	1.392	1.333	1.600	208 ↑
Belcolle	7.038	7.796	6.815	8.182	386 ↑
Civita Castellana	1.725	1.919	1.613	1.937	18 ↑
Montefiascone	1.215	1.338	1.330	1.597	259 ↑
Ronciglione	1.199	1.107	794	953	154 ↓
Tarquinia	3.257	3.057	2.616	3.141	84 ↑
Totale complessivo	15.671	16.609	14.501	17.411	802 ↑

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Dati estratti dal registro operatorio elettronico Best in data: 10 Novembre 2017 dal software Cardioplanet in data: 10 Novembre 2017

Periodo di riferimento 1 gennaio 2015 – 31 Ottobre 2017 (Best) e 1 Gennaio 2015 - 31 Ottobre 2017 (Cardioplanet)

Descrizione analisi:

- Sono incluse le procedure chirurgiche:
- in urgenza e programmati
- in ricovero ordinario, day surgery e ambulatoriale
- in intramoenia
- Sono incluse tutte le procedure chirurgiche, diagnostiche e terapeutiche, riportate sul registro operatorio elettronico (BEST) e quelle provenienti dal Cardioplanet dell'emodinamica
- Si ricorda che sono escluse le specialità che non registrano su BEST come: endoscopia Belcolle, ambulatorio ortopedico, ambulatorio chirurgia Belcolle, ambulatorio vascolare Belcolle ect.

Il numero di procedure e di interventi effettuati nelle sale operatorie stimato a fine 2017 risulta aumentato: +802 procedure registrate rispetto al 2016.

In particolare si riscontra un incremento del numero di procedure registrate presso Belcolle e Montefiascone.

N. Procedure chirurgiche per UU.OO. e per presidio

Etichette di riga	2015	2016	2017	stima 2017	Differenza tra stima 2017 e 2016
- ANESTESIOLOGIA CIVITA CASTELLANA	59	6	6	-	-
Civita Castellana	59	6	6	-	-
- ARTROSCOPIA GINOCCHIO	121	150	99	119	-
Belcolle	73	76	47	56	20
Ronciglione	48	74	52	62	12
- CARDIOLOGIA	675	738	626	752	14
Belcolle	675	738	626	752	14
- CARDIOLOGIA PER LO STUDIO FUNZIONALE DELL'ELETTROFISIOLOGIA	390	451	376	451	0
Belcolle	389	451	376	451	0
(vuoto)	1				
- CHIRURGIA GENERALE DELL' OBESITÀ	371	413	275	330	83
Belcolle	369	413	275	330	83
Tarquinoa	2				
- CHIRURGIA GENERALE E MINIVASIVA E WEEK SURGERY TARQUINIA	1297	1283	1053	1.264	19
Belcolle			1	1	1
Tarquinoa	1297	1283	1052	1.263	20
- CHIRURGIA GENERALE E WEEK SURGERY DI CIVITA CASTELLANA	866	880	714	857	23
Belcolle	2	1	2	2	1
Civita Castellana	864	879	712	855	24
- CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	913	899	743	892	7
Belcolle	681	652	565	678	26
Montefiascone	231	242	167	201	41
Ronciglione	1	5	11	13	8
- CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	160	134	137	164	30
Acquapendente	6				
Belcolle	154	134	137	164	30
- CHIRURGIA SENOLOGICA E CENTRO INTEGRATO DI SENOLOGIA	368	382	246	295	87
Belcolle	297	296	153	184	112
Montefiascone	71	86	93	112	26
- CHIRURGIA VASCOLARE E D'URGENZA	1327	1349	1170	1.405	56
Belcolle	858	852	745	894	42
Montefiascone	362	383	332	399	16
Ronciglione	107	114	93	112	2
- DERMATOLOGIA	220	603	724	504	504
Belcolle	220	603	724	504	504
- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	106	1	1	1	105
Belcolle	106	1	1	1	105

L'incremento stimato per il 2017 rispetto al 2016 si riscontra in buona parte delle UUOO.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Etichette di riga	2015	2016	2017	stima 2017	Differenza tra stima 2017 e 2016
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA TARQUINIA	291	261	272	327	66
Tarquinoa	291	261	272	327	66
- MEDICINA GENERALE E COORDINAMENTO CLINICO ACQUAPENDENTE	632	815	814	977	162
Acquapendente	632	815	814	977	162
Belcolle	24	24			24
- MEDICINA PROTETTA					
Belcolle	24	24			24
- NEFROLOGIA E DIALISI	24	22			22
Belcolle	24	22			22
- NEUROCHIRURGIA	190	152	144	173	21
Belcolle	190	152	144	173	21
- OFTALMOLOGIA E RETE TERRITORIALE	1978	1990	1894	2.274	284
Acquapendente	599	577	519	623	46
Belcolle	219	267	336	403	136
Civita Castellana	192	228	201	241	13
Ronciglione	732	691	637	765	74
Tarquinoa	236	227	201	241	14
- ORTOPEDIA CIVITA CASTELLANA	610	686	624	749	63
Civita Castellana	610	686	624	749	63
- ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA E CENTRO MICROCHIRURGIA DELLA					
MANO	1012	1018	786	944	74
Belcolle	752	770	559	671	99
Montefiascone	260	248	227	273	25
- ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA TARQUINIA	1190	1286	1092	1.311	25
Belcolle					
Ronciglione	1	1	1	1	1
Tarquinoa	1190	1285	1091	1.310	25
- OSTETRICIA E GINECOLOGIA POLO	1830	1961	1754	2.106	145
Belcolle	1098	1347	1267	1.521	174
Civita Castellana	120	76	91	91	29
Montefiascone	180	270	411	493	223
Ronciglione	311	223			223
Tarquinoa	241	1			1
- OTORINOLARINGOIATRIA	479	484	320	384	100
Belcolle	479	484	320	384	100
- PEDIATRIA	30	61	48	58	3
Belcolle	30	61	48	58	3
- RIANIMAZIONE					
Belcolle	2	2			2
- UROLOGIA POLO	859	836	710	852	16
Belcolle	748	727	610	732	5
Montefiascone	111	109	100	120	11
Totale complessivo	15.672	16.609	14.501	17.411	802

Lista Unica di sala operatoria

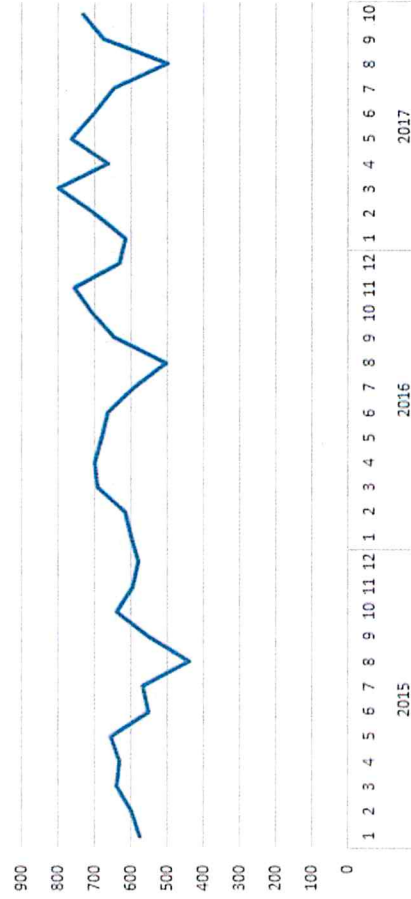
A partire dal 19 settembre 2016 è stata istituita una Lista Unica di Sala Operatoria presso Belcolle che sancisce il passaggio dalle varie singole Liste operatorie "di reparto" ad un unico strumento di presa in carico dei pazienti che devono essere sottoposti ad un intervento non urgente. La Lista Unica ha lo scopo di:

- ottimizzare l'utilizzo dei posti letto
- di garantire l'equità delle cure
- abbattere le liste d'attesa
- consentire una piena attività delle sale operatorie

Il grafico mostra il trend mensile degli interventi al fine di valutare l'efficacia di tale strumento.

La media del trend mensile di interventi registrati in Sala Operatoria nel 2015 è pari a 586 e nel 2016 a 650; il periodo gennaio-ottobre 2017, invece, presenta una media pari a 681. La media nel triennio presenta, pertanto, una crescita graduale.

Trend mensile di interventi registrati in Sala Operatoria



Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Confronto degli interventi nel periodo gennaio-ottobre 2015-2017 nel Polo Ospedaliero di Belcolle

Etichette di riga	2015		2016		2017		Differenza tra 2017 e 2016
	5858	6406	6813	47	19	407	
Belcolle							
ARTROSCOPIA GINOCCHIO	66	66	6813	47	19		
CARDIOLOGIA	547	607		626	19		
CARDIOLOGIA PER LO STUDIO FUNZIONALE DELL'ELETTROFISIOLOGIA	327	377		376	1		
CHIRURGIA GENERALE DELL' OBESITÀ	307	341		275	66		
CHIRURGIA GENERALE E MININVASIVA E WEEK SURGERY TARQUINIA				1	1		
CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	573	544		565	21		
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	136	122		137	15		
CHIRURGIA SENOLOGICA E CENTRO INTEGRATO DI SENOLOGIA	251	270		153	117		
CHIRURGIA VASCOLARE E D'URGENZA	721	697		745	48		
DERMATOLOGIA		68		603	535		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		105		1	104		
Medicina Protetta		24			24		
NEFROLOGIA E DIALISI		24			17		
NEUROCHIRURGIA	22	17			17		
NEUROLOGIA	158	127		144	17		
ORTALMOLOGIA E RETE TERRITORIALE	178	221		336	115		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA E CENTRO MICROCHIRURGIA DELLA MANO	608	636		559	77		
OSTETRICIA E GINECOLOGIA POLO	912	1122		1267	145		
OTORINOLARINGOIATRIA	396	393		320	73		
PEDIATRA	20	51		48	3		
RIANIMAZIONE		2			2		
UROLOGIA POLO	636	616		610	6		
Totale complessivo	5.858	6.406	6.813		407		

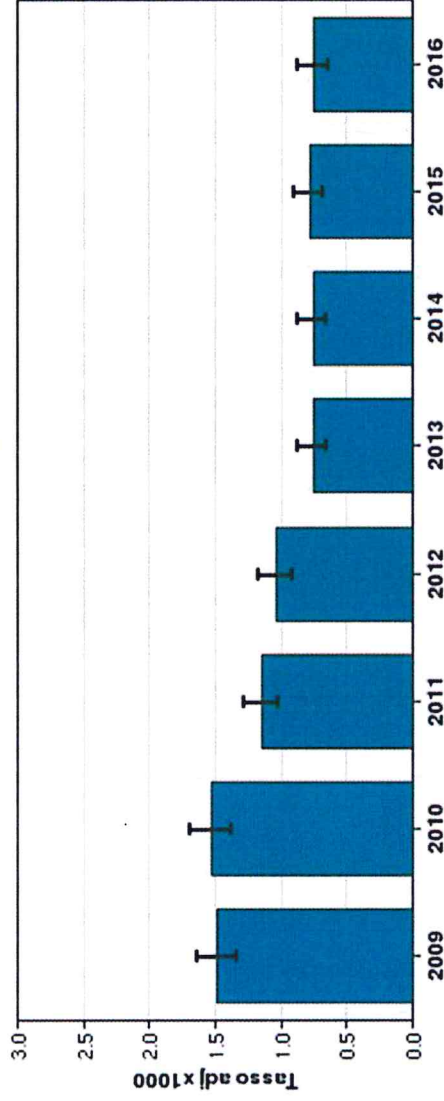
Nel periodo gennaio-ottobre del 2017 rispetto al 2016 si nota un aumento dell'attività registrata in sala operatoria di 407 interventi.

Tale aumento si riscontra in quasi tutte le UUOO.

3D.6 L'appropriatezza nell'ospedalizzazione e nel setting di ricovero

Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia al ginocchio, per 100.000 residenti standardizzato per età e per sesso - Confronto con le ASL del Lazio anno 2016

ASL VITERBO



Fonte dati: P.Re.Val.E- 2016

Il tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia al ginocchio pari a 174 su 100.000 residenti rappresenta per la Asl di Viterbo un eccellente target in quanto fa presupporre un appropriato utilizzo dei regimi di assistenza, nonché una buona presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali.

Ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio

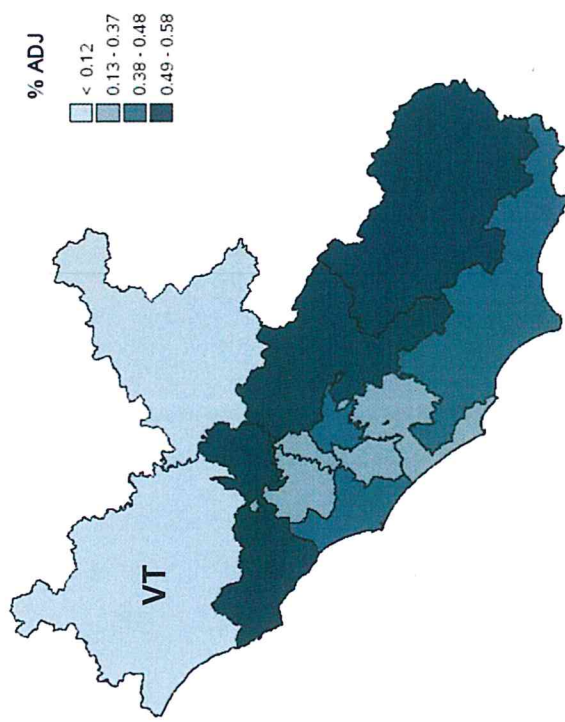
ASL	N	TASSO GREZZO X1000	TASSO ADJ X1000
LAZIO	5350	1.24	-
ASL Roma 1 - ex RM/A	374	0.96	0.99
ASL Roma 1 - ex RM/E	506	1.29	1.32
ASL Roma 2 - ex RM/B	678	1.31	1.30
ASL Roma 2 - ex RM/C	435	1.00	1.02
ASL Roma 3 - ex RM/D	554	1.26	1.27
ASL Roma 4 - ex RM/F	416	1.81	1.77
ASL Roma 5 - ex RM/G	511	1.41	1.38
ASL Roma 6 - ex RM/H	571	1.39	1.36
ASL VITERBO	174	0.73	0.74
ASL RIETI	98	0.82	0.84
ASL LATINA	616	1.46	1.44
ASL FROSINONE	417	1.12	1.12

Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca, per 100.000 residenti standardizzato per età e per sesso - Confronto con le ASL del Lazio anno 2016

La tabella e il cartogramma mostrano la Asl di Viterbo tra i primi posti tra le ASL del Lazio in termini di migliore performance nell'ospedalizzazione dei pazienti per interventi di sostituzione dell'anca.

Ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca

ASL	N	TASSO GREZZO X1000	TASSO ADJ X1000
LAZIO	2221	1.98	-
ASL Roma 1 - ex RM/A	196	1.78	1.78
ASL Roma 1 - ex RM/E	248	2.30	2.31
ASL Roma 2 - ex RM/B	272	2.11	2.10
ASL Roma 2 - ex RM/C	226	1.89	1.90
ASL Roma 3 - ex RM/D	258	2.21	2.17
ASL Roma 4 - ex RM/F	129	2.35	2.33
ASL Roma 5 - ex RM/G	131	1.58	1.57
ASL Roma 6 - ex RM/H	220	2.26	2.24
ASL VITERBO	104	1.58	1.59
ASL RIETI	41	1.18	1.22
ASL LATINA	237	2.29	2.29
ASL FROSINONE	159	1.61	1.65



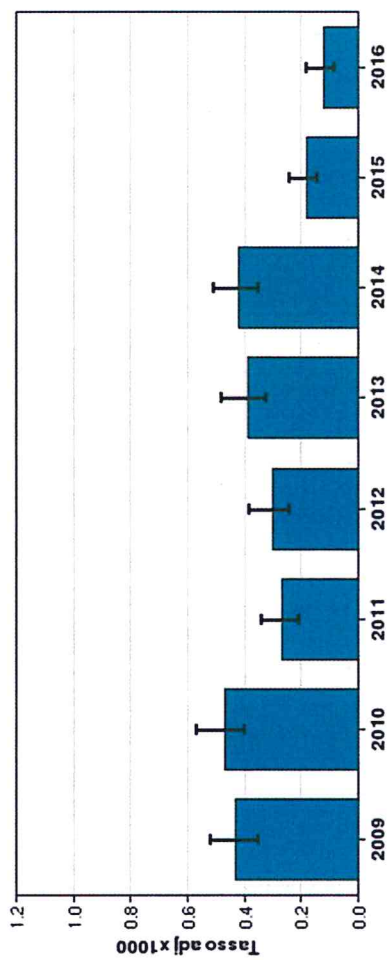
fonte dati: P.Re.Val.E- 2016

Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcoli semplici senza complicanze

Il tasso di ospedalizzazione risulta tra i più bassi della regione Lazio ed in riduzione rispetto al 2015. Ciò mostra un appropriato utilizzo delle strutture di ricovero.

ASL	n (n/N)	TASSO GREZZO X1000	TASSO ADJ X1000
LAZIO	1794	0.41	-
ASL Roma 1 - ex RM/A	140	0.36	0.35
ASL Roma 1 - ex RM/E	127	0.32	0.32
ASL Roma 2 - ex RM/B	247	0.48	0.48
ASL Roma 2 - ex RM/C	160	0.37	0.37
ASL Roma 3 - ex RM/D	187	0.42	0.42
ASL Roma 4 - ex RM/F	130	0.56	0.56
ASL Roma 5 - ex RM/G	209	0.58	0.58
ASL Roma 6 - ex RM/H	154	0.37	0.37
ASL VITERBO	29	0.12	0.12
ASL RIETI	13	0.11	0.11
ASL LATINA	193	0.46	0.46
ASL FROSINONE	205	0.55	0.56

ASL VITERBO

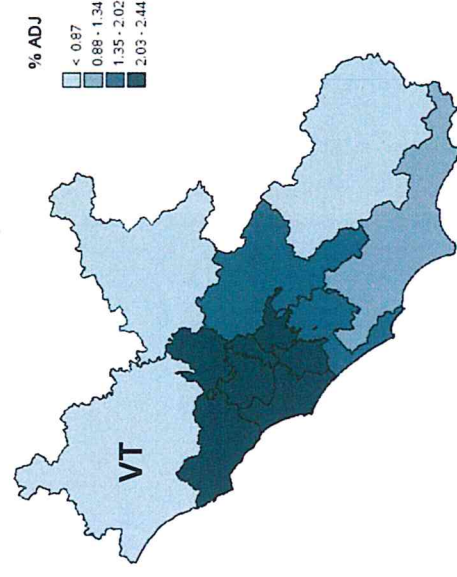


fonte dati: P.Re. Val.E- 2016

Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna - anno 2016

La tabella e il cartogramma permettono di misurare la variabilità dei tassi di ospedalizzazione tra aree geografiche evidenziando, per la provincia di Viterbo, un tasso tra i più bassi della regione. Tale risultato mostra un congruo utilizzo della tecnica chirurgica. Il grafico relativo al trend 2009-2016 mostra, invece, la variabilità dei tassi nell'arco temporale considerato ed in particolare la sua riduzione, e quindi miglioramento, rispetto al 2015.

ASL	n (n/N)	TASSO GREZZO X1000	TASSO ADJ X1000
LAZIO	3006	1.89	-
ASL Roma 1 - ex RM/A	332	2.36	2.29
ASL Roma 1 - ex RM/E	345	2.45	2.43
ASL Roma 2 - ex RM/B	453	2.39	2.44
ASL Roma 2 - ex RM/C	361	2.27	2.25
ASL Roma 3 - ex RM/D	352	2.16	2.18
ASL Roma 4 - ex RM/F	197	2.31	2.36
ASL Roma 5 - ex RM/G	259	1.95	2.02
ASL Roma 6 - ex RM/H	262	1.72	1.76
ASL VITERBO	71	0.79	0.75
ASL RIETI	43	0.95	0.87
ASL LATINA	209	1.34	1.34
ASL FROSINONE	122	0.89	0.84



fonte dati: P.Re. Val.E- 2016

Riorganizzazione dell'attività chirurgica

Etichette di riga	2016		2017		stima n DRG a fine anno	differenza tra stima anno 2017 e anno 2016
☐ P.O. BELCOLLE	1.564	1.138	1.517	47	⊗	
WEEK SURGERY CH DEL GINOCCHIO	1	1	1	1	⊗	
WEEK SURGERY CH DELLA MANO	6	11	15	9	⊗	
WEEK SURGERY CH VASCOLARE	94	103	137	43	⊗	
WEEK SURGERY CH. GENERALE	44	59	79	35	⊗	
WEEK SURGERY CH. MAXILLO	105	79	105	0	⊗	
WEEK SURGERY CH. OBESITA'	411	243	324	87	⊗	
WEEK SURGERY CH. OTORINO	422	242	323	99	⊗	
WEEK SURGERY CH. SENOLOGICA	229	98	131	98	⊗	
WEEK SURGERY CH. URGENZA	138	118	157	19	⊗	
WEEK SURGERY ORTOPEDIA	13	19	25	12	⊗	
WEEK SURGERY OST./GINECOLOGIA	56	105	140	84	⊗	
WEEK SURGERY UROLOGIA	46	60	80	34	⊗	
☐ P.O. CIVITA CASTELLANA	359	359	479	479	⊗	
WEEK SURGERY CHIRURGIA	189	189	252	252	⊗	
WEEK SURGERY ORTOPEDIA	170	170	227	227	⊗	
☐ P.O. TARQUINIA	288	307	409	121	⊗	
WEEK SURGERY CHIRURGIA	208	198	264	56	⊗	
WEEK SURGERY ORTOPEDIA	80	109	145	65	⊗	
Totale complessivo	1.852	1.804	2.405	553	⊗	

Nel corso del 2016 e del 2017 sono stati attivati i reparti di week surgery dedicati ai pazienti candidati a interventi chirurgici di bassa o media complessità o a procedure diagnostico-terapeutiche che prevedano una degenza entro i 5 giorni.

La stima dei DRG a fine anno 2017 evidenzia un potenziale aumento dei DRG erogati in tale modalità di ricovero ordinario rispetto al 2016. Nel 2017 l'utilizzo di tale strumento, volto a garantire una maggiore appropriatezza dei ricoveri, risulta, infatti, ormai a regime.

Tale modalità di gestione del paziente fornisce un modello assistenziale e organizzativo in grado di migliorare i servizi sanitari, il cui obiettivo fondamentale è quello di promuovere un sistema che migliori la risposta al bisogno di salute da parte dell'utenza e realizzare forme di assistenza alternative ai classici ricoveri ordinari, capaci di semplificare l'accesso ai percorsi assistenziali ospedalieri.

**Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri:
numero giorni degenza preoperatoria per ricoveri ordinari chirurgici su numero dimissioni ordinari
chirurgici**

Presidio Ospedaliero	tot anno 2015			tot anno 2016			gen set 2017		
	n Ricoveri Ord. Chir.	gg Degenza Preop. Ord. Chir.	gg Degenza Preop. Medi per Ric. Ord.	n Ricoveri Ord. Chir.	gg Degenza Preop. Medi per	gg Degenza Preop. Medi per Ric. Ord.	n Ricoveri Ord. Chir.	gg Degenza Preop. Ord. Chir.	gg Degenza Preop. Medi per Ric. Ord.
PO ACQUAPENDENTE	84	295	3,51	5	16	3,20	0	0	0,00
PO TARQUINIA	774	921	1,19	700	358	0,51	566	235	0,42
POCIVITA CASTELLANA	505	867	1,72	580	608	1,05	406	139	0,34
PO BELCOLLE	4156	8407	2,02	4357	7764	1,78	3038	5879	1,94
TOT ASL VITERBO	5519	10490	1,90	5642	8746	1,55	4010	6253	1,56

Fonte: S/A

Nel 2017 la degenza media preoperatoria risulta stabile rispetto al 2016 ed in miglioramento rispetto al 2015. Il valore raggiunto negli ultimi due anni risulta in linea con l'obiettivo stabilito dalla Regione (<=1,7 giorni).

Il contenimento della durata della degenza chirurgica rappresenta un elemento qualificante di un migliore utilizzo dell'ospedale per i ricoveri programmati.

3E. Le prestazioni Ambulatoriali e Strumentali

Nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) l'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale comprende tutte le prestazioni, finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione, erogate dai medici specialisti che operano negli ambulatori e nei laboratori del Servizio sanitario nazionale.

L'azione svolta dalla ASL verso una maggiore accessibilità ai servizi e alla ricerca del più appropriato regime di erogazione delle prestazioni ha determinato un maggior utilizzo di APA e PAC.

Descrizione analisi:

- Sono incluse le prestazioni ambulatoriali che presentano il campo eseguito e che sono state accettate dalla Regione. I dati pertanto presentano dei criteri di validazione non solo a livello aziendale ma anche regionale.

Dati estratti dal flusso di specialistica ambulatoriale SIAS
accettati in data: 6 novembre 2017
Periodo di riferimento 1° gennaio 2016 – 30 settembre 2017 per
l'attività accettata dalla Regione.

3E.1 Il numero delle prestazioni Ambulatoriali

Numero prestazioni specialistica ambulatoriale erogate in regime istituzionale per specialità e per popolazione

Etichette di c.T.	Popolazione ASI Viterbo al 1° gennaio 2016		Popolazione ASI Viterbo al 1° gennaio 2017 (*)		319.008
	2016		2017		
	N. prestazioni stimate a fine anno 2017	Numero di prestazioni per residente anno 2016	N. prestazioni stimate a fine anno 2017	prestazioni per residente anno 2017 e tra proiezione 2017 e anno 2016	
totale numero prestazioni	370.279	5,04	370.279	5,21	0,17
Etichette di riga	1.613.196	1.246.813	1.662.417	5,21	0,17
Laboratorio Analisi	90.751	62.482	83.309	0,26	0,02
Nefrologia	80.458	52.768	70.357	0,22	0,03
Radiologia	74.026	63.885	85.180	0,27	0,04
Medicina Fisica e Riabilitazione	60.086	45.782	61.043	0,19	0,00
Cardiologia	41.708	28.593	38.124	0,12	0,01
MALAT. ENDOC. DEL R.C. E DELLA NUTR.	38.809	30.669	40.892	0,13	0,01
Ocullistica	30.382	20.730	27.640	0,09	0,01
Ortopedia e Traumatologia	28.367	0	0	0,00	0,09
ALP1	27.887	19.681	26.241	0,09	0,00
Chirurgia generale	26.704	18.632	24.843	0,08	0,01
Radioterapia	21.521	16.568	22.091	0,07	0,00
Otorinolaringoiatria	20.225	14.536	19.381	0,06	0,00
Psichiatria	19.763	12.072	16.096	0,05	0,01
Neurologia	14.957	9.872	13.163	0,04	0,01
Odontostomatologia	13.406	9.375	12.500	0,05	0,00
Oncologia	12.779	7.362	9.816	0,04	0,01
Oste-tricia e Ginecologia	12.499	9.742	12.989	0,04	0,00
Gastroenterologia	11.770	8.952	11.909	0,04	0,00
Pneumologia	11.427	9.857	13.143	0,04	0,01
CHIRURGIA VASCOLARE	9.387	14.405	19.207	0,06	0,03
Altra specialità	9.374	7.931	10.575	0,03	0,00
Dermatologia	8.587	6.315	8.420	0,03	0,00
Urologia	6.099	4.862	6.483	0,02	0,00
Medicina sportiva	4.717	2.261	3.015	0,01	0,01
Chirurgia plastica	3.844	2.890	3.853	0,01	0,00
Terapia del dolore	3.834	2.586	3.448	0,01	0,00
Chirurgia ambulatoriale/diagnostica invasiva	3.658	2.568	3.424	0,01	0,00
Medicina nucleare	3.245	2.219	2.959	0,01	0,00
Risonanza Magnetica	280	451	601	0,00	0,00
Neurochirurgia	2303.746	1.734.839	2.313.119	7,19	0,06
Totale complessivo	370.279	5,04	370.279	5,21	0,17

I volumi di attività di specialistica ambulatoriale nei due anni risultano stabili, sebbene la popolazione si sia ridotta. Le prestazioni medie erogate al singolo residente risultano, quindi, in aumento (+0,06).

Ciò fa presupporre un lieve aumento dei fabbisogni della popolazione relativi alla specialistica ambulatoriale.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3E.2 APA e PAC accettati suddivisi per presidio

Il termine APA si riferisce a pacchetti di prestazioni di tipo chirurgico, istituiti nell'ottica regionale di ottimizzare i percorsi organizzativi dei pazienti con patologie di tipo minore, erogabili ad un regime assistenziale di tipo ambulatoriale. I PAC, pacchetti ambulatoriali complessi, riguardano invece una modalità di assistenza che garantisce in regime ambulatoriale percorsi assistenziali tempestivi e completi. L'erogazione di APA e PAC permette quindi all'Azienda di impiegare la forma assistenziale più appropriata e al paziente di usufruire di modello sostitutivo al ricovero centrato sul problema clinico e non sulla singola prestazione.

Prestazioni (numero e valore) APA e PAC accettati per presidio ospedaliero

Etichette di riga	2016		2017		2017		2017		differenza	
	Totale		Totale		Proiezione a		Proiezione a fine		proiezione 2017 e	
	totale numero prestazioni	(ticket+import o totale)	totale numero prestazioni	(ticket+import o totale)	fine anno per numero	anno per valore	consuntivo 2016 per numero	consuntivo 2016 per valore	differenza proiezione 2017 e consuntivo 2016	differenza proiezione 2017 e consuntivo 2016 per valore
Belcolle	1.123	€ 2.088.283,64	1.167	€ 1.811.040,38	1.355	€ 2.413.877,17	433	€ 33.103,53	206	€ 31.087,00
APA	755	€ 1.966.153,00	771	€ 1.701.445,00	961	€ 2.172.260,00	206	€ 31.087,00	227	€ 2.005,53
PAC	366	€ 12.130,64	496	€ 10.595,36	395	€ 14.127,17	5	€ 2.415,42	5	€ 2.415,42
Belcolle - Montel	136	€ 90.787,65	106	€ 89.903,05	141	€ 93.204,07	5	€ 2.415,42	5	€ 2.415,42
APA	136	€ 90.787,65	106	€ 89.903,05	141	€ 93.204,07	5	€ 2.415,42	5	€ 2.415,42
Roncliglione	899	€ 667.711,48	672	€ 473.162,92	829	€ 650.883,89	-70	€ -36.827,59	-46	€ -36.182,90
APA	681	€ 552.503,70	476	€ 459.740,60	635	€ 526.320,80	-23	€ -644,59	19	€ 4.133,25
PAC	218	€ 5.207,78	196	€ 3.422,32	195	€ 4.563,09	-17	€ -4.832,57	36	€ 699,31
Clivita Castellana	488	€ 2.666.329,28	380	€ 1.966.647,02	507	€ 2.521.195,03	26	€ -4.545,92	41	€ 30,05
APA	320	€ 2.622.894,50	227	€ 1.983.396,45	303	€ 2.578.619,3	220	€ 47.329,94	27	€ 755,02
PAC	168	€ 3.634,78	153	€ 3.250,57	204	€ 4.334,09	27	€ 755,02	-45	€ -733,45
Tarquini	575	€ 343.180,88	413	€ 253.973,97	551	€ 338.531,95	26	€ -4.545,92	41	€ 30,05
APA	414	€ 341.563,00	299	€ 252.783,10	399	€ 337.044,13	15	€ -4.516,87	41	€ 30,05
PAC	111	€ 1.617,88	114	€ 1.190,87	152	€ 1.587,83	220	€ 47.329,94	27	€ 755,02
Acquapendente	1.089	€ 574.950,10	982	€ 466.695,03	1.309	€ 622.260,04	193	€ 45.574,92	27	€ 755,02
APA	1.023	€ 573.176,95	912	€ 454.813,90	1.215	€ 619.751,87	193	€ 45.574,92	27	€ 755,02
PAC	66	€ 1.773,15	70	€ 1.881,13	93	€ 2.508,17	27	€ 755,02	-45	€ -733,45
Distretto A	404	€ 9.743,64	269	€ 6.757,64	359	€ 9.010,19	-45	€ -733,45	-45	€ -733,45
PAC	404	€ 9.743,64	269	€ 6.757,64	359	€ 9.010,19	-45	€ -733,45	-45	€ -733,45
Distretto B	479	€ 12.171,40	354	€ 10.221,29	472	€ 13.528,39	-7	€ 1.456,99	-7	€ 1.456,99
PAC	479	€ 12.171,40	354	€ 10.221,29	472	€ 13.528,39	-7	€ 1.456,99	-7	€ 1.456,99
Distretto C	526	€ 14.007,72	341	€ 9.324,84	455	€ 12.433,12	-73	€ -1.574,50	-73	€ -1.574,50
PAC	526	€ 14.007,72	341	€ 9.324,84	455	€ 12.433,12	-73	€ -1.574,50	-73	€ -1.574,50
Totale complessivo	5.671	€ 2.187.145,79	4.634	€ 1.667.726,14	6.179	€ 2.233.634,85	508	€ 36.489,06	508	€ 36.489,06

L'incremento stimato complessivamente a fine 2017 del valore dell'attività rispetto al 2016, denota una maggiore appropriatezza nella tipologia di presa in carico dei pazienti e quindi un'offerta sempre più orientata verso prestazioni specialistiche ambulatoriali coordinate e complesse.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3F. Prevenzione della salute

La promozione della salute rappresenta un processo socio-politico globale. L'azione di prevenzione aziendale investe non soltanto la prevenzione delle malattie diffuse, ma anche la creazione di ambienti favorevoli alla salute, il rafforzamento dell'azione collettiva e la garanzia di un'alimentazione adeguata. Obiettivo finale è far condurre ai cittadini una vita produttiva sotto il profilo personale, sociale ed economico.

3F.1 Lo screening

La Regione Lazio ha dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di *screening* oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori difficilmente controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Di seguito sono riportati i valori rilevati nel terzo trimestre 2017 relativi ai tre programmi di screening.

Screening oncologici - recepimento DCA 191/2015

Programma di screening del Cancro del Colonretto	valore % asi	standard
Estensione Osservatorio Nazionale Screening	88,8	>=90%
Adesione Corretta	28,6	>=45%
LEA	25,4	>=25%
Programma di Screening mammografico		standard
Estensione Osservatorio Nazionale Screening	112,9	>=90%
Adesione Corretta	55,8	>=50%
LEA	54,2	>=35%
Programma di screening del Cervicocarcinoma		standard
Estensione Osservatorio Nazionale Screening	107,0	>=90%
Adesione Corretta	31,5	>=40%
LEA	27,9	>=25%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati U.O. Coordinamento Programmi di Screening

Nella ASL Viterbo i Programmi di Screening Oncologici sono attivi e ormai consolidati:

- Screening del Tumore della Cervice uterina dal 1999;
- Screening del Tumore della mammella dal 2003;
- dal 2014 è attivo anche il Programma di Screening del Cancro del Colon-retto.

La deliberazione del Direttore Generale 1396 del 2/11/2016 avente per oggetto "Recepimento del DCA 191 del 14/5/2015 Programmi di Screening Oncologici nella Regione Lazio" evidenzia come l'organizzazione dei Programmi sia in linea con il suddetto DCA.

Come si nota dallo schema i principali indicatori di "Estensione invito" e "Copertura LEA" sono notevolmente superiori allo standard regionale, mentre l'adesione allo screening del tumore del colon-retto e della Cervice uterina necessitano ancora di tempo e ulteriori azioni di coinvolgimento affinché gli utenti e soprattutto gli operatori sanitari comprendano l'importanza dell'adesione all'invito. A tal proposito occorre precisare che i valori rilevati (indicati in tabella nella colonna "valore % ASL") si riferiscono ai primi nove mesi, mentre il risultato atteso ("Standard") sarà valutato alla fine dell'anno.

3F.2 AMBIENTE E SALUTE: REGISTRO TUMORI DELLA ASL DI VITERBO

Con la pubblicazione del rapporto, nel novembre 2016, il Registro tumori (RT) della ASL di Viterbo fornisce un primo quadro esaustivo dell'epidemiologia dei tumori in provincia di Viterbo. La recente analisi preliminare del RT Regionale consente inoltre di avere attualmente anche stime di incidenza e di mortalità per gli anni 2010-2015, sulla base di algoritmi in via di perfezionamento.

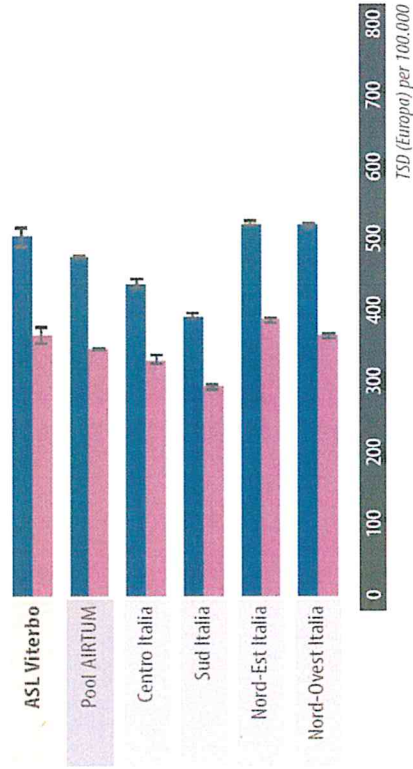
Tumori in provincia di Viterbo (anni 2006-2010)

Sintesi dei dati di incidenza e mortalità

	INCIDENZA		MORTALITÀ	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
Numero casi/anno	1135	916	586	409
Numeri casi totali	5676	4580	2930	2047
% casi per genere	55.3	44.7	58.9	41.1
Tasso grezzo ⁽¹⁾	766.7	585.1	395.8	261.5
Tasso stand (EUR) ⁽¹⁾	512.2	373.1	242	127.6
Rischio cum. 0-74 (%)	35	25.8	15.7	8.5
Rapporto M/I (%)	51.6	44.7	48.5	

⁽¹⁾ per 100.000 abitanti

Incidenza. Confronto con il dato nazionale



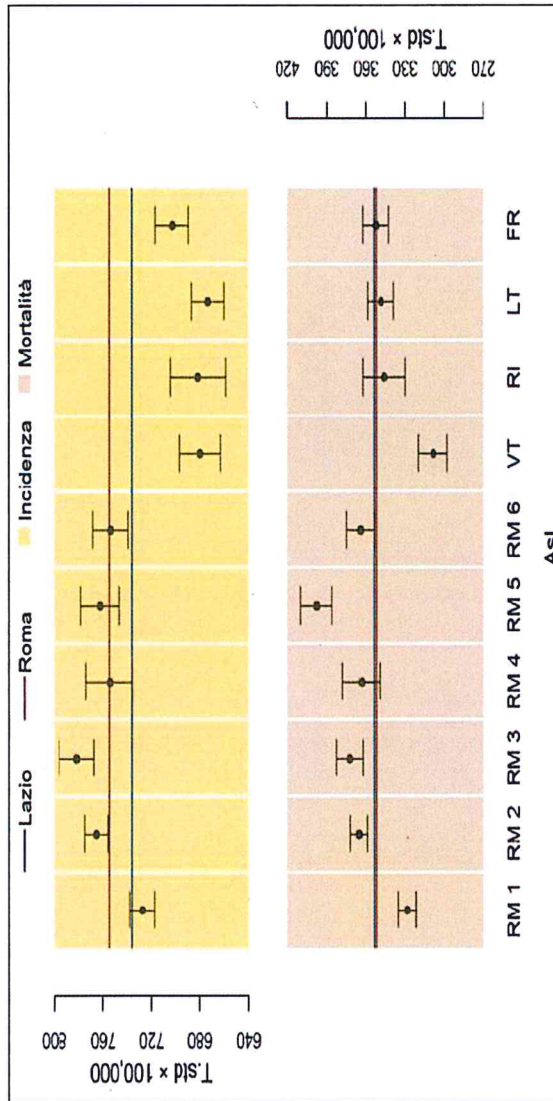
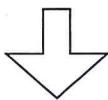
Fonte: RT ASL Viterbo, "Rapporto 2016. I Tumori in provincia di Viterbo"

Nel corso del quinquennio 2006-2010, in provincia di Viterbo, il numero medio di nuovi casi di tumore, come indicato in tabella, è risultato pari a circa 2.000 in entrambi i generi (1.100 tra gli uomini e 900 tra le donne). Nel complesso, sulla base dei dati riportati nella precedente tabella, possiamo stimare che la probabilità di contrarre la malattia nel corso della vita, per i residenti della provincia di Viterbo, sia pari al 35% per gli uomini e al 26% tra le donne. In altri termini, nella nostra provincia, 1 uomo ogni 3 ed 1 donna ogni 4, tra i residenti, andranno incontro, nel corso della loro vita, ad una diagnosi di tumore maligno. I tassi di incidenza nella Toscana, rappresentati nel grafico, risultano essere significativamente superiori sia alla media italiana (media dei RT AIRTUM) che ai tassi relativi ai RT attualmente operanti nel centro Italia (la regione Umbria e le province di Firenze, Prato e Latina) ed inferiori ai valori riscontrati nel Nord Italia.

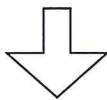
Tumori: stime dei dati di incidenza e mortalità nel Lazio negli uomini (anni 2010-2015)

Anni	ASL													Totale
	Roma 1	Roma 2	Roma 3	Roma 4	Roma 5	Roma 6	Viterbo	Rieti	Latina	Frosinone	Totale			
2010	3.648	4.438	2.100	1.008	1.516	1.762	1.168	640	1.708	1.771	19.759			
2011	3.598	4.478	2.001	1.017	1.570	1.666	1.138	669	1.564	1.617	19.318			
2012	3.676	4.442	2.010	1.000	1.587	1.701	1.119	596	1.713	1.725	19.569			
2013	3.545	4.433	2.088	1.003	1.562	1.792	1.171	595	1.763	1.743	19.695			
2014	3.333	4.217	2.037	996	1.571	1.823	958	478	1.655	1.565	18.623			
2015	3.283	4.268	2.028	1.036	1.524	1.715	921	466	1.622	1.603	18.466			
Totale	21.083	26.276	12.264	6.050	9.330	10.459	6.475	3.444	10.025	10.024	115.430			

Stima dei casi di tumore incidenti per ASL



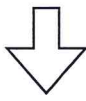
Tassi standardizzati di incidenza e mortalità per ASL



Fonte: RT Lazio, "Stato dell'arte e prospettive", Roma, 16 novembre 2017

Tumori: stime dei dati di incidenza e mortalità nel Lazio nelle donne (anni 2010-2015)

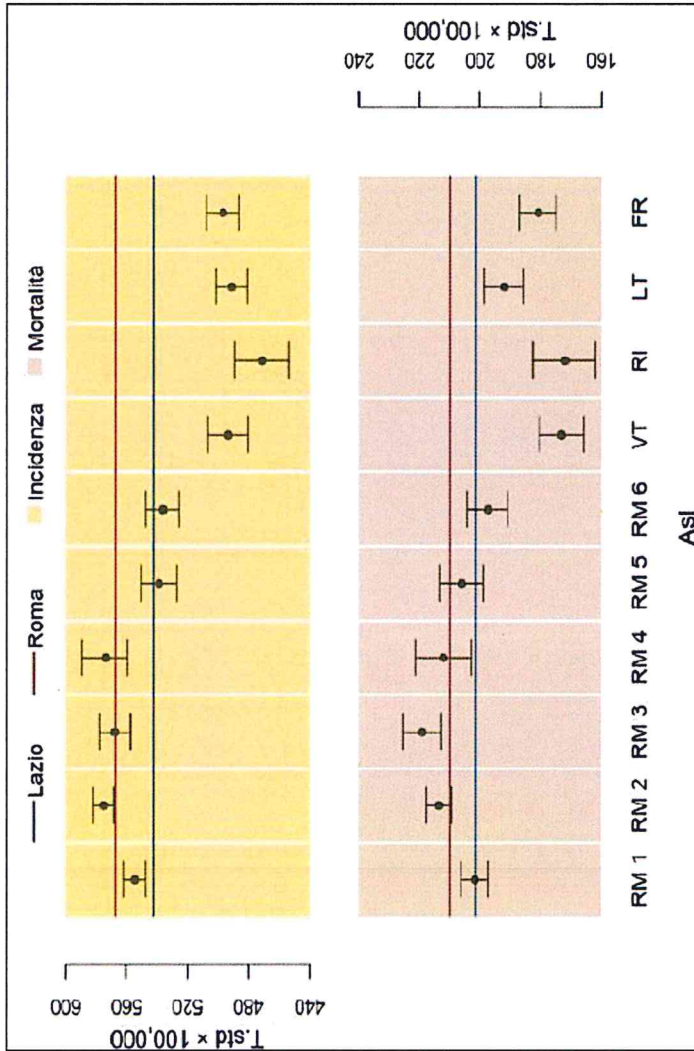
Anni	ASL													Totale
	Roma 1	Roma 2	Roma 3	Roma 4	Roma 5	Roma 6	Viterbo	Rieti	Latina	Frosinone				
2010	3.644	4.246	1.848	894	1.259	1.489	989	464	1.456	1.439			17.728	
2011	3.551	4.157	1.987	905	1.304	1.502	929	474	1.368	1.332			17.509	
2012	3.715	4.460	1.996	963	1.405	1.604	983	488	1.492	1.429			18.515	
2013	3.684	4.383	2.007	1.043	1.406	1.470	1.015	485	1.540	1.522			18.535	
2014	3.749	4.347	1.933	941	1.383	1.614	824	395	1.454	1.381			18.021	
2015	3.525	4.429	1.977	969	1.392	1.664	874	488	1.484	1.318			18.120	
Totale	21.868	26.022	11.748	5.715	8.149	9.343	5.614	2.754	8.794	8.421			108.428	



Stime dei casi di tumore incidenti per ASL



Tassi standardizzati di incidenza e mortalità per ASL



I dati riportati nelle tabelle e nei grafici, sia per la popolazione maschile che femminile, mostrano, in particolare per alcune sedi di tumore, una elevata eterogeneità per ASL: in particolare, evidenziano differenze tra il Comune di Roma e le altre province del Lazio. Alla base delle differenze osservate possono esserci differenze nella popolazione di fattori protettivi legati al livello socio-economico della popolazione, stili di vita, abitudini alimentari, fattori riproduttivi, ma anche una diversa distribuzione dei fattori di rischio, come l'abitudine al fumo e l'esposizione ad inquinanti, presenti negli ambienti di vita e di lavoro.

3F.3 Le malattie diffuse

La gestione delle notifiche di TBC, particolarmente le forme polmonari bacillifere, prevede l'intercettazione precoce dei casi potenzialmente contagiosi e l'impedimento dei casi secondari. In base ai sistemi di rilevazione nazionali ed internazionali, l'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età e dall'emergere di ceppi tubercolari multi-resistenti (MDR). In Italia l'ultimo rapporto ufficiale, emanato dal Ministero della Salute sull'andamento della TBC risale al 2008, con un'incidenza stimata pari al 7,41 su 100.000. Come fonte di dati più recenti, è disponibile il rapporto prodotto da OMS e ECDC: "*Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015*" (dati consolidati del 2013).

Sinteticamente, tale documento colloca l'Italia tra i Paesi a bassa incidenza, con un tasso stimato di 5,3 casi su 100.000 abitanti, con rapporto maschi-femmine pari a 1:3. I casi di forme MDR sono stimati al 3,3 %, il 63% dei casi è in stranieri, che hanno un'età media di 36,3 aa. più bassa dei casi italiani, pari a 56,1 aa. Sulla base di quanto evidenziato nei citati dati ufficiali, si è proceduto ad analizzare le notifiche pervenute nella ASL di VT negli anni 2013, 2014, 2015 e 2016.

Si è ritenuto opportuno prendere in considerazione i dati relativi ad un triennio, sia per verificare l'andamento, sia per produrre dati validati. E' noto infatti che spesso la diagnosi di TBC è sospetta, e tale rimane, fino all'isolamento culturale del batterio, procedura che può richiedere anche più di un mese di tempo.

Malattie infettive e diffuse - Dati notifiche TBC ASL Viterbo anni 2013 - 2016

	2013	2014	2015	2016
Numero casi	23	17	12	13
Residenti da banca dati ISTAT al primo gennaio	315.623	322.195	321.955	320.279
Incidenza	7,3	5,3	3,73	4,06
M/tot	69,57%	82,35%	83,33%	84,62%
F/tot	30,43%	17,65%	16,67%	15,38%
Pediatrici/tot	8,70%	0%	8,33%	0%
MDR/tot*	0%	5,88%	0%	0%
stranieri/tot	43,48%	76,47%	41,67%	46,15%
età media stranieri	38	32	34	39
età media italiani	48	61	55	48

Fonte: U.O. Coordinamento Vaccinazioni

I nuovi casi diagnosticati nell'anno/popolazione (incidenza) risultano stabili negli anni dopo l'exploit del 2013 ed inferiori alla soglia di allarme corrispondente a 6 casi su 100.000 (dati in linea con OMS ed ECDC).

Quasi la metà sono stati diagnosticati in cittadini stranieri che hanno, tra l'altro, un'età più giovane; sono colpiti maggiormente comunque i maschi rispetto alle donne. Queste caratteristiche sono perfettamente in linea con l'epidemiologia della TBC nel Lazio e nel resto d'Italia.

E' opportuno specificare che non è stato registrato nessun caso in età pediatrica e che dai casi segnalati non è scaturito alcun evento epidemico. Per quanto sopra riportato, si ritiene che le notifiche dei casi di TBC nel territorio della ASL di VT, siano identificate e notificate nel 100% dei casi, con pieno raggiungimento, pertanto, del target assegnato.

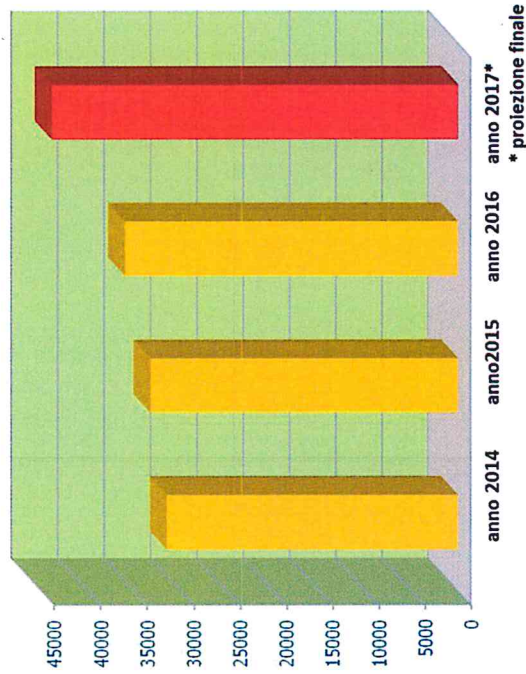
3F.4 Le vaccinazioni

La soluzione organizzativa della ASL di Viterbo ai fini dell'attuazione di un Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PRPV), che prevede un importante incremento dell'offerta vaccinale, è caratterizzata dall'utilizzo dei pediatri di famiglia all'interno dei centri vaccinali, progetto operativo da anni e ormai consolidato, che ha permesso di raggiungere finora importanti risultati.

Nel territorio provinciale sono attualmente presenti 17 ambulatori vaccinali per l'età evolutiva, ubicati in corrispondenza delle sedi consultoriali nel Distretto A (Acquapendente, Valentano, Montefiascone, Bagnoregio, Tarquinia, Tuscania, Montalto di Castro), nel Distretto B (Soriano, Orte, Canepina, Viterbo) e nel Distretto C (Capranica, Ronciglione, Vetralla, Vignanello, Nepi, Civita Castellana) e 4 per i soggetti di età > ai 18 aa., nelle sedi dei Distretti di Viterbo, Civita Castellana, Vetralla, Montefiascone e Viterbo, dove si trova anche il Centro di Medicina del Viaggiatore.

L'erogazione dei vaccini ha visto un costante aumento nel corso degli anni, con un incremento, nel 2017 (primo anno di attuazione del nuovo PRPV 2017/19 e della L.119/2017), pari quasi al 40% rispetto al 2014.

**Numero vaccini somministrati nella fascia di età 0-18 a.a. nei residenti della ASL di Viterbo
Anni 2014, 2015, 2016 (dati definitivi) e 2017 (dati preliminari)**



Fonte: Coordinamento Attività Vaccinali

Le coperture vaccinali raggiunte nel 2016 nella ASL di Viterbo (dati definitivi validati) risultano soddisfacenti, specie se confrontati con i dati nazionali forniti dal Ministero della Salute.

Tot residenti	Vaccino	Vaccini Erogati	Copertura Vaccinale	note
24 mesi (nati nel 2014)	Polio	2328	94,17%	Ciclo Vaccinale di base completo: 3 dosi
	Difterite	2319	93,81%	Ciclo Vaccinale di base completo: 3 dosi
	Tetano	2320	93,85%	Ciclo Vaccinale di base completo: 3 dosi
	Pertosse	2318	93,77%	Ciclo Vaccinale di base completo: 3 dosi
	Epatite B	2309	93,41%	Ciclo Vaccinale di base completo: 3 dosi
	Haemophilus influenzae tipo B	2311	93,49%	Ciclo di base secondo l'età: 1-2-3 dosi
	Morbillo	2228	90,13%	1° dose entro 24 mesi
	Parotite	2228	90,13%	1° dose entro 24 mesi
	Rosolia	2228	90,13%	1° dose entro 24 mesi
	Varicella	675	27,31%	1° dose entro 24 mesi
	Meningococco C	2423	98,00%	Ciclo di base secondo l'età: 1-2-3 dosi
6 anni (nati nel 2009)	Pneumococco	2290	92,64%	Ciclo di base secondo l'età: 1-2-3 dosi
	Morbillo	2658	93,62%	2° dose
	Parotite	2658	93,62%	2° dose
	Rosolia	2658	93,62%	2° dose
	Varicella	711	25,04%	2° dose
	Difterite	2526	88,97%	4°dose
	Tetano	2526	88,97%	4°dose
	Pertosse	2520	88,76%	4°dose
	Polio	2528	89,05%	4°dose
	HPV	816	64,15%	2° dose
	15 anni (nati nel 2000)	Difterite	1345	56,84%
Tetano		1349	57,11%	5° dose
Pertosse		67	2,84%	5° dose
Morbillo		2221	94,03%	2° dose
Parotite		2218	93,96%	2° dose
Rosolia		2219	93,95%	2° dose
Meningococco C		1609	68,12%	1 dose

Fonte: residenti ISTAT al 01/01/2016

Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2016 (coorte 2014)

Coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene)

REGIONE/P.A.	POL	DIF	TET	PER	EP B	HIB	MOR	PAR	ROS	VAR	Men C	PNC	EP A	ROTA	Men B	Men ACYW
Italia	93,33	93,56	93,72	93,55	92,98	93,05	87,26	87,20	87,19	46,06	80,67	88,35	6,58	10,55	14,72	18,28

POL	Polio (a)	ROS	Rosolia (c)
DIF	Difterite (a)	VAR	Varicella (c)
TET	Tetano (a)	Men C	Meningococco C coniugato (b)
PER	Pertosse (a)	PNC	Pneumococco coniugato (b)
EP B	Epatite B (a)	EP A	Epatite A (d)
HIB	Hib (b)	ROTA	Rotavirus (d)
MOR	Morbillo (c)	Men C	Meningococco B (d)
PAR	Parotite (c)	Men ACYW	Meningococco ACYW coniugato (c)

Legenda:

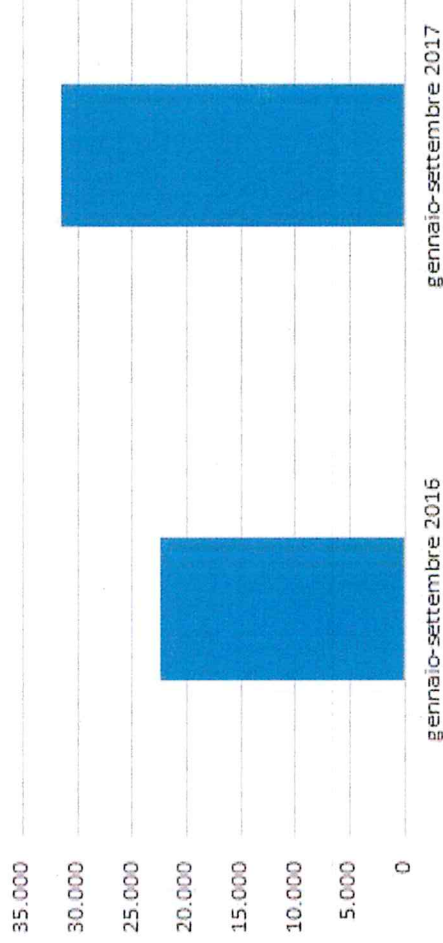
- (a) ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi
- (b) ciclo di base 1, 2, o 3 dosi, secondo l'età
- (C) prima dose entro 24 mesi
- (d) ciclo completo secondo il prodotto o il calendario
- n.d. non disponibile

Fonte: dati comunicati dalle regioni

Elaborazioni: ufficio 5, Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale. DG Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute

Aggiornamento 5 giugno 2017

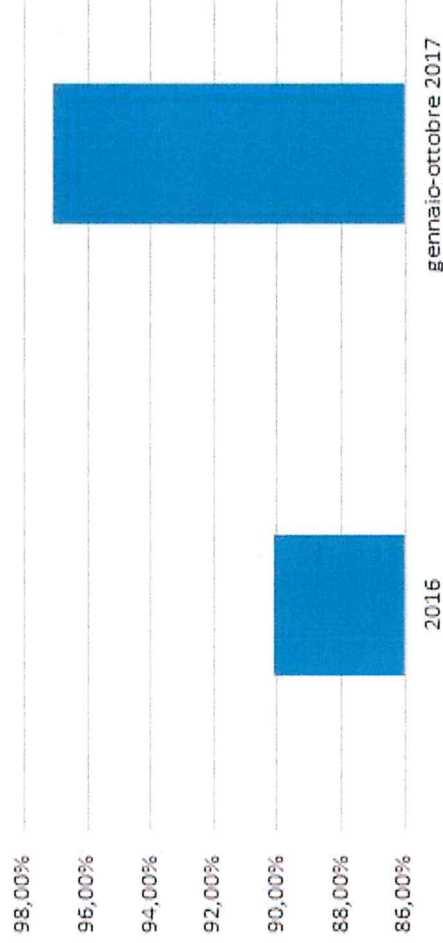
Numero dei soggetti vaccinati 2016 vs 2017 al 30 settembre



Fonte: Coordinamento Attività Vaccinali

L'incremento del numero dei soggetti vaccinati tra gennaio e settembre 2017 rispetto al medesimo periodo 2016 è pari al 40,32%, infatti nei nove mesi 2016 risultavano vaccinate 22.431 persone, mentre nello stesso intervallo di tempo 2017 ne risultano 31.475. Tale dato è consolidato ed è stato estrapolato dal software di gestione vaccini in uso nella ASL di Viterbo denominato "Mater".

Copertura vaccinale contro morbillo a 24 mesi di età



Fonte: Coordinamento Attività Vaccinali

Per l'indicatore copertura vaccinale contro morbillo a 24 mesi di età, che si ottiene dal numero dei vaccinati sul numero dei residenti, il valore ottimale da raggiungere è 95%. Nel 2016 la copertura nella ASL di Viterbo era pari al 90,13%; nel 2017 il dato, aggiornato al 31 ottobre, è 97,11%, con un incremento del 6,98% rispetto al 2016 e superiore del 2,11% al valore ottimale. Il dato, ottenuto sempre dal software "Mater" è da considerare preliminare, ma più che attendibile tenendo presente che è stato calcolato quando mancano soltanto due mesi alla fine dell'anno.

3F.5 Prevenzione negli ambienti di lavoro

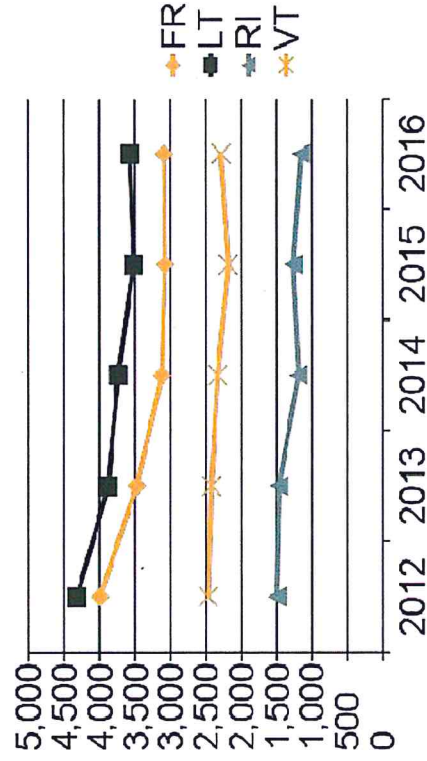
Le attività di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali riguardano: l'ottemperamento agli indirizzi del Piano regionale della prevenzione con interventi programmati nei comparti dell'edilizia e dell'agricoltura, gli interventi programmati su altri comparti mirati alla prevenzione del rischio chimico/cancerogeno, al rischio ergonomico e al rischio stress lavoro correlato e gli interventi a seguito di infortuni rilevanti e quelli a seguito di esposti e deleghe di indagini della magistratura.

In linea con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione (PRP), gli interventi effettuati dagli operatori dello SPreSAL sono sia di controllo e vigilanza, sia di comunicazione, di formazione e di assistenza, con diversi indirizzi operativi: nei settori a maggior rischio (edilizia, agricoltura e ceramica), nella prevenzione degli infortuni, nella ricerca attiva delle malattie professionali e nella promozione della salute.

Infortunati denunciati nelle province del Lazio nel periodo 2012-2016

Provincia	2012	2013	2014	2015	2016
<u>Frosinone</u>	3.995	3.480	3.120	3.077	3.089
<u>Latina</u>	4.325	3.882	3.741	3.524	3.574
<u>Rieti</u>	1.498	1.468	1.192	1.268	1.154
<u>Roma</u>	40.113	37.843	35.986	35.071	35.359
<u>Viterbo</u>	2.467	2.418	2.333	2.181	2.284
Totale	52.398	49.091	46.372	45.121	45.460

Fonte: INAIL



Fonte: INAIL

La tabella a fianco ed i due grafici mostrano l'andamento degli infortuni sul lavoro occorsi nelle province del Lazio.

In coerenza con l'andamento nazionale, anche nel Lazio si è osservata una costante diminuzione delle denunce di infortunio all'INAIL ad eccezione dell'ultimo anno osservato (2016).

Nel Lazio, nel periodo 2012-2016, tale diminuzione è stata del 13,2% (valore medio annuo del 3,3%) con un aumento, nell'ultimo periodo osservato (2015-2016), pari al 0,75%.

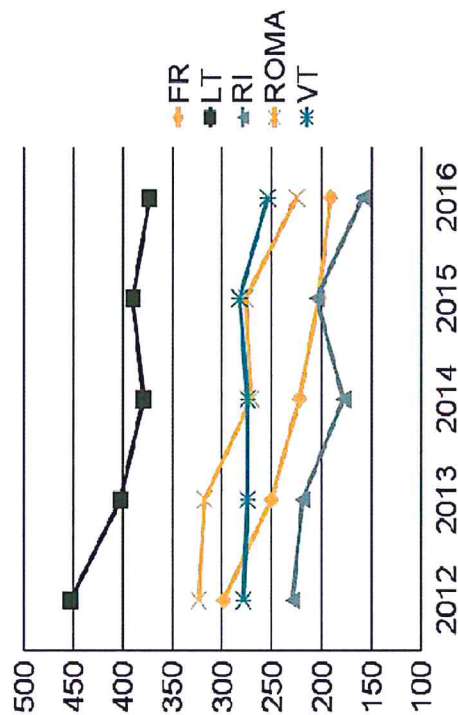
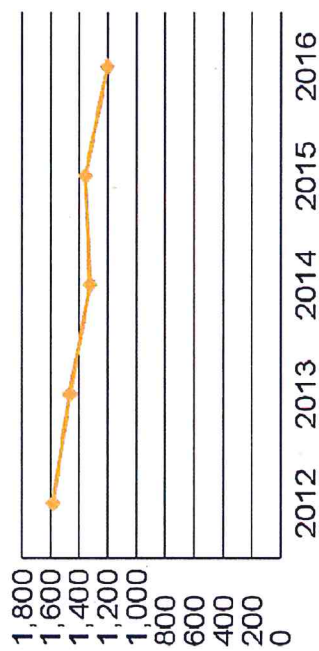
Nella provincia di Viterbo, in particolare, la diminuzione nel periodo 2012-2016, è stata complessivamente del 7,4% (diminuzione media annua del 1,9%) con un aumento nell'ultimo periodo osservato (2015-2016) del 4,7%.

Focus sull'agricoltura: Infortuni in agricoltura denunciati nelle province del Lazio nel periodo 2012-2016

Provincia	2012	2013	2014	2015	2016
<u>Frosinone</u>	298	250	222	203	191
<u>Latina</u>	453	402	379	390	373
<u>Rieti</u>	229	219	178	205	159
<u>Roma</u>	323	317	270	276	225
<u>Viterbo</u>	278	274	274	282	254
Totale	1.581	1.462	1.323	1.356	1.202

Fonte: INAIL

La tabella a fianco riporta il numero totale di infortuni denunciati all'INAIL (gestione agricoltura) negli anni 2012-2016 suddivisi per provincia di accadimento.



Si può osservare dal primo grafico a sinistra una costante diminuzione del fenomeno infortunistico quantificabile in una variazione media su base annua pari al 6%.

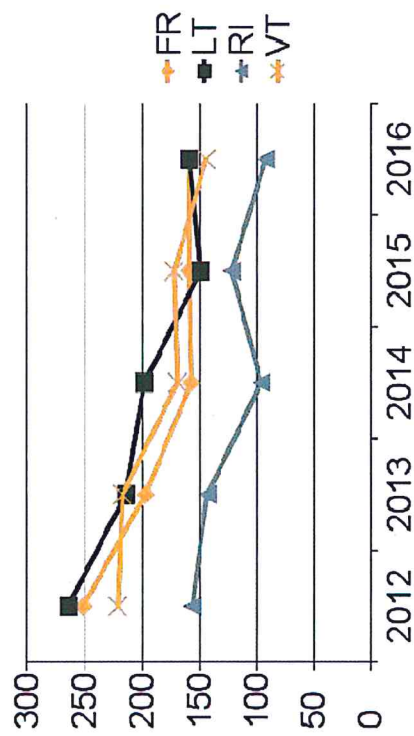
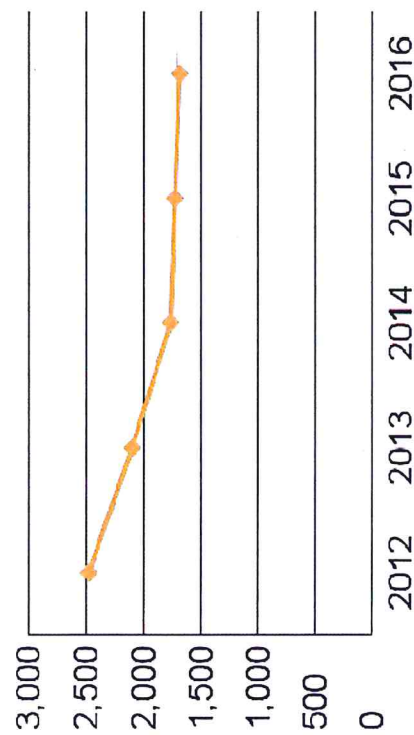
Il secondo grafico, oltre ad evidenziare la diversa distribuzione degli infortuni sul territorio regionale con una netta prevalenza del fenomeno nella provincia di Latina, mostra che la diminuzione negli anni degli eventi ha riguardato, rispetto al complessivo periodo osservato, tutte le province.

Fonte: INAIL

Focus sull'edilizia: Infortuni denunciati in edilizia denunciati nelle province del Lazio nel periodo 2012-2016

Provincia	2012	2013	2014	2015	2016
<u>Frosinone</u>	251	197	157	159	159
<u>Latina</u>	264	214	198	149	159
<u>Rieti</u>	156	143	96	122	92
<u>Roma</u>	2.477	2.099	1.766	1.728	1.691
<u>Viterbo</u>	221	217	169	172	144
Totale	3.369	2.870	2.386	2.330	2.245

Fonte: INAIL



La tabella a fianco riporta il numero totale di infortuni denunciati all'INAIL (settore Costruzioni) negli anni 2012-2016 suddivisi per provincia di accadimento.

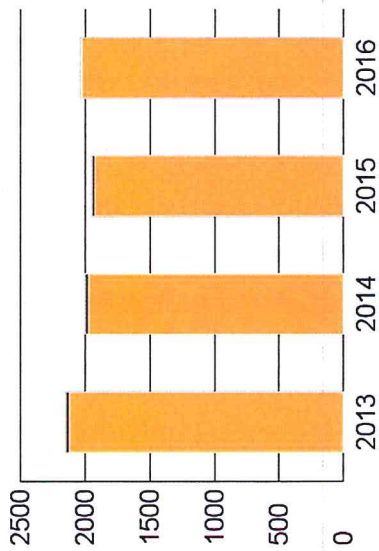
Si può osservare dalle figure un trend decrescente del fenomeno infortunistico per tutte le province.

Nel quinquennio la variazione totale degli infortuni denunciati nel Lazio (settore Costruzioni) è stata del 33,3% (media annua del 8,3%).

Nella provincia di Viterbo, la variazione totale nel quinquennio degli infortuni denunciati (settore Costruzioni) è stata del 34,8% (media annua del 8,7%).

Fonte: INAIL

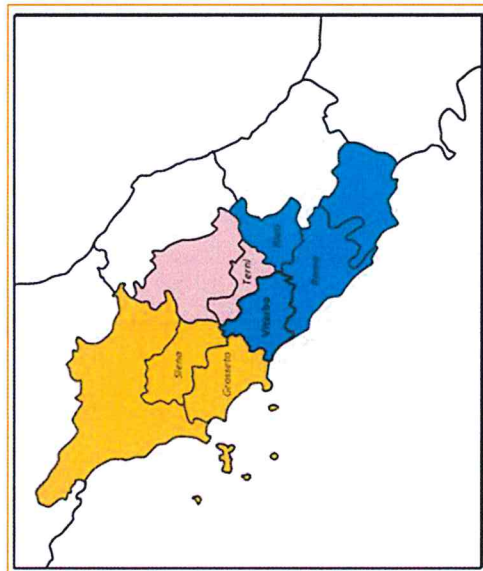
Accessi al PS e interventi in pronta disponibilità per infortuni sul lavoro nel periodo 2013-2016



Fonte: SIES

La tabella e il grafico a fianco mostrano gli interventi relativi agli infortuni per i quali vi è stato accesso ad uno dei centri di PS dell'Azienda Sanitaria Locale Viterbo. Il flusso SIES è utilizzato per programmare gli interventi su infortuni gravi e mortali.

Anno	Pronto Soccorso	Pronta disp.	Totale
2013	2123	27	2150
2014	1975	23	1998
2015	1923	21	1944
2016	2023	10	2033



Fonte: SIES

	2013	2014	2015	2016
Viterbo	1713	1626	1555	1633
Roma	330	258	282	313
Rieti	19	30	31	19
Grosseto	12	9	11	11
Terni	12	16	9	9
Siena	8	8	7	11
Altro	56	51	49	37
Totale	2150	1998	1944	2033

Gli accessi ai Centri di Pronto Soccorso dell'Azienda USL Viterbo sono spesso afferenti ad infortuni occorsi nel territorio di una delle province che confinano con quella di Viterbo: Grosseto, Siena, Terni, Rieti e Roma.

La tabella a fianco mostra questo fenomeno, mentre il cartogramma evidenzia le province di accadimento.

Casi di malattia professionale denunciati e definiti positivamente dall'INAIL nel Lazio e nella provincia di Viterbo.

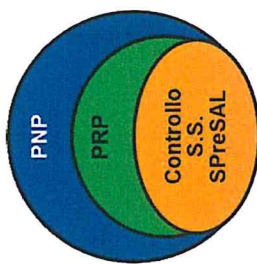
Anni 2012-2016

	m. professionali totali			silicosi e pneumoc. da silicati		m. da sovracc. biom. arti e rachide		tumori			altre malattie			
	Lazio	VT	VT/Lazio	Lazio	VT	Lazio	VT	Lazio	VT	Lazio	VT	Lazio	VT	VT/Lazio
2012	719	97	13,5%	12	10	521	73	34	2	152	12	152	12	7,9%
2013	863	154	17,8%	9	8	661	117	46	5	147	24	147	24	16,3%
2014	949	95	10%	11	9	735	68	52	6	151	12	151	12	7,9%
2015	1090	80	7,3%	8	8	900	52	48	7	134	13	134	13	9,7%
2016	916	89	9,7%	7	5	750	61	31	7	128	16	128	16	12,5%
*12-'16	4537	515	11,3%	47	40	3567	371	211	27	712	77	712	77	10,8%

Fonte: elaborazioni Osservatorio malattie professionali PreSAL su dati INAIL

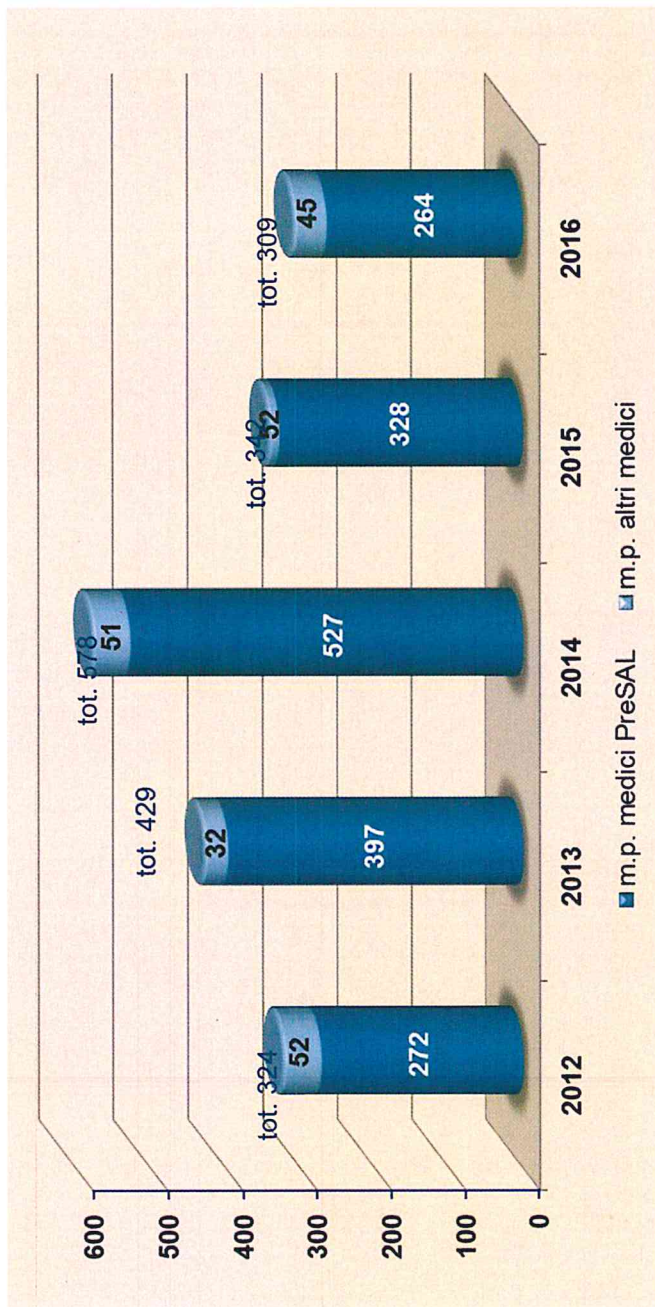
La tabella mostra, dal 2012 al 2016, il significativo peso in percentuale delle malattie professionali denunciate e definite positivamente dall'INAIL nella provincia di Viterbo rispetto al contesto regionale. Si rileva come i casi di silicosi denunciati nel Lazio coincidono sostanzialmente con quelli segnalati nella Toscana, in quanto presente nel territorio il polo ceramico di Civita Castellana. Inoltre, circa il 23% dei tumori occupazionali regionali denunciati nel 2016 è stato segnalato nella provincia di Viterbo.

Ricerca attiva delle malattie professionali (m.p.): attività di controllo della qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti aziendali



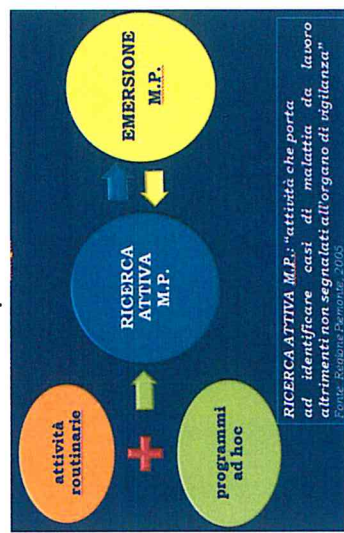
	n° lavoratori controllati	n° m.p. denunciate	m.p./lavoratori controllati (%)
2010-2016	1723	198	12
2017	248	15	6

La tabella mostra i risultati dell'attività di controllo della qualità della sorveglianza sanitaria, effettuata dal 2010 al 2017, in edilizia, agricoltura, ceramica ed altri comparti, che ha contribuito a far emergere le malattie professionali nel territorio.



Fonte: Osservatorio malattie professionali SPreSAL

Nel grafico è rappresentata la distribuzione delle malattie professionali denunciate allo SPreSAL nella provincia di Viterbo per tipologia di medico segnalatore dal 2012 al 2016. Si evidenzia il costante e significativo contributo dei medici ASL nella emersione del fenomeno tecnopatologico.



Casi di malattia professionale segnalati allo SPreSAL in provincia di Viterbo per tipologia di malattia. Anni 2012 - 2016

tipologia	2012	2013	2014	2015	2016	totale
ipoacusia da rumore	34	51	40	28	26	179
m. cutanee	5	5	5	5	9	29
m. psichiche	2	1	3	1	2	9
m. da sovraccarico biomeccanico	255	338	488	266	231	1578
- di cui m. del rachide	114	139	172	103	109	637
- di cui m. a carico degli arti sup.	121	143	258	142	108	772
- di cui m. a carico degli arti inf.	2	9	8	4	-	23
- di cui m. osteo-articolari	18	47	50	17	14	146
m. respiratorie	21	19	16	19	19	94
- di cui m. respiratorie allergiche	2	3	-	3	1	9
- pneumoconiosi da polveri inerti	-	-	1	-	-	1
- di cui silicosi	13	9	8	8	9	47
- di cui altre m. respiratorie	6	7	7	8	9	37
tumori professionali	7	14	22	19	21	83
altra	-	1	4	4	1	10
totale	324	429	578	342	309	1982

E' opinione condivisa che il fenomeno delle malattie professionali sia ancora sottostimato; il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) prevede azioni specifiche di ricerca attiva delle malattie professionali per l'emersione del fenomeno.

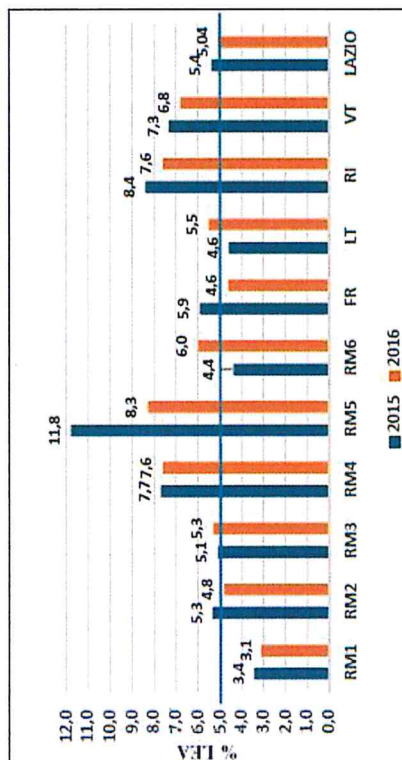
Nella tabella a fianco è riportato l'andamento delle segnalazioni/denunce di malattia professionale nel periodo 2012-16, suddivise per tipologia.

Il trend in crescita del numero di malattie professionali segnalate dal 2012 al 2014 risulta invertito nel biennio 2015-2016, dove si registra una forte riduzione.

In analogia con il dato nazionale, la gran parte delle malattie denunciate riguarda le patologie da sovraccarico biomeccanico dell'apparato locomotore (231 casi nel 2016). Da segnalare, nell'intero periodo osservato, l'emersione anche di malattie meno note, quali i tumori occupazionali.

Rilevazione LEA: copertura del territorio per singola ASL

	2012			2013			2014			2015			2016			
	Totale aziende da vigilare 223.120			Totale aziende da vigilare 226.172			Totale aziende da vigilare 227.318			Totale aziende da vigilare 227.335			Totale aziende da vigilare 227.335			
	LEA 5%	Aziende vigilate	LEA	LEA 5%	Aziende vigilate	LEA	LEA 5%	Aziende vigilate	LEA	LEA 5%	Aziende vigilate	LEA	LEA 5%	Aziende vigilate	LEA	
RM A	1.899	921	2,4	1.909	962	2,52	1.943	1005	2,59	1946	921	2,4	RM1	3188	1.985	3,1
RM B	1.088	931	4,3	1.096	886	4,04	1.096	876	4,00	1099	821	3,7	RM2	2197	2.096	4,8
RM C	1.082	1107	5,1	1.090	1099	5,04	1.094	1.120	5,12	1097	1518	6,9	RM3	950	1.009	5,3
RM D	900	1030	5,7	923	1049	5,68	946	1.011	5,34	950	966	5,1	RM4	478	727	7,6
RM E	1.202	1641	6,8	1.235	1231	4,98	1.238	1.475	5,96	1241	1259	5,1	RM5	727	1.203	8,3
RM F	462	563	6,1	472	677	7,17	477	728	7,63	478	736	7,7	RM6	925	1.114	6,0
RM G	714	1046	7,3	732	1139	7,78	728	1.307	8,98	727	1713	11,8	FR	873	796	4,6
RM H	930	950	5,1	923	884	4,79	926	907	4,90	925	811	4,4	LT	1143	1.268	5,5
FR	875	1357	7,8	893	1310	7,33	879	1.346	7,65	873	1033	5,9	RI	290	442	7,6
LT	1111	746	3,4	1133	821	3,62	1.142	1072	4,69	1143	1049	4,6	VT	598	813	6,8
RI	293	504	8,6	295	517	8,76	286	539	9,42	290	487	8,4	LAZIO	11367	11.453	5,04
VT	600	758	6,3	607	744	6,13	611	819	6,71	598	875,00	7,3				
LAZIO	11.156	11.554	5,2	11.308	11319	5,00	11.366	12.205	5,4	11.367	12.189	5,4				



Fonte: Regione Lazio

Nella tabella e nel grafico sono riportati i dati della rilevazione regionale dei LEA per l'attività di vigilanza:

- copertura del territorio e aziende controllate (tabella in alto)
- valore % LEA raggiunto per ASL, (grafico a sinistra).

Il livello minimo richiesto per la copertura è del 5%; la ASL Viterbo ha costantemente garantito una copertura superiore.

Rilevazione LEA: attività di vigilanza per comparto e per singola ASL periodo 2012-2016

ASL	CANTIERI VIGILATI						AZIENDE VIGILATE IN EDILIZIA						AZIENDE VIGILATE IN AGRICOLTURA*					
	2012	2013	2014	2015	2016		2012	2013	2014	2015	2016		2012	2013	2014	2015	2016	
RMA	297	299	208	141	RM1	457	418	366	345	262	RM1	656	0	0	0	0	RM1	0
RMB	440	433	376	374	RM2	685	590	614	540	589	RM2	1290	0	0	0	0	RM2	0
RMC	362	418	401	425	RM3	252	828	818	761	902	RM3	353	0	0	0	0	RM3	34
RMD	505	414	352	223	RM4	383	594	449	419	300	RM4	451	34	46	50	14	RM4	55
RME	470	386	445	483	RM5	320	698	634	593	521	RM5	782	0	0	0	0	RM5	55
RMF	418	364	375	376	RM6	290	416	432	436	410	RM6	588	54	49	51	53	RM6	45
RMG	343	362	380	435	FR	325	744	812	780	1059	FR	343	58	67	72	75	FR	43
RMH	308	242	396	329	LT	378	424	382	508	402	LT	749	50	39	44	30	LT	85
FR	778	801	758	609	RI	263	903	827	785	643	RI	288	86	49	23	41	RI	55
LT	351	355	466	390	VT	208	359	334	552	461	VT	421	102	119	133	105	VT	155
RI	350	350	353	351	LAZIO	3561	386	361	373	358	LAZIO	5921	45	55	55	55	LAZIO	527
VT	292	262	269	239			474	423	461	476			119	129	164	157		
LAZIO	4914	4686	4779	4375			6834	6452	6553	6383			548	553	592	530		

Fonte: Regione Lazio

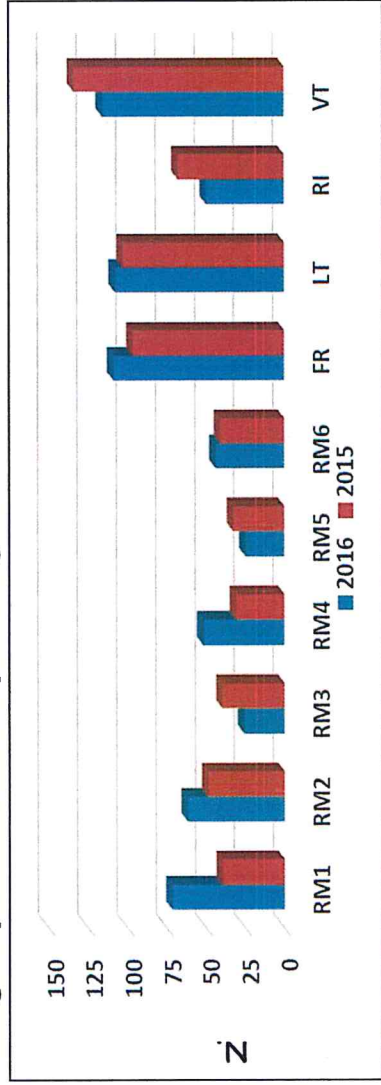
Nella tabella sono riportati i dati della rilevazione regionale dei LEA per l'attività di vigilanza in edilizia e in agricoltura.

Nel 2016 sono stati controllati 208 cantieri, 421 imprese edili e 155 aziende agricole. Nei cinque anni osservati, nella ASL Viterbo sono progressivamente diminuiti gli interventi nei cantieri (che storicamente hanno quasi monopolizzato le poche risorse disponibili per la vigilanza) e sono progressivamente aumentati gli interventi in agricoltura e in altri comparti, in accordo con gli indirizzi regionali.

Rilevazione LEA: attività di vigilanza per comparto e per singola ASL

Nelle tabelle sono riportati i dati della rilevazione regionale dei LEA per le attività di indagine, conseguenti ad infortuni e malattie professionali.

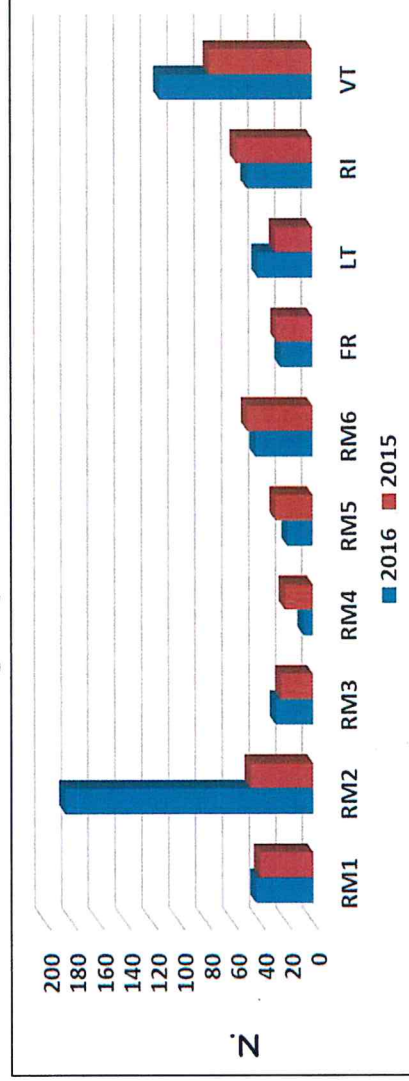
Indagini per infortunio per singola ASL



L'ASL Viterbo ha il carico maggiore per le indagini per infortunio.

Fonte: Regione Lazio

Indagini per malattie professionali per ASL



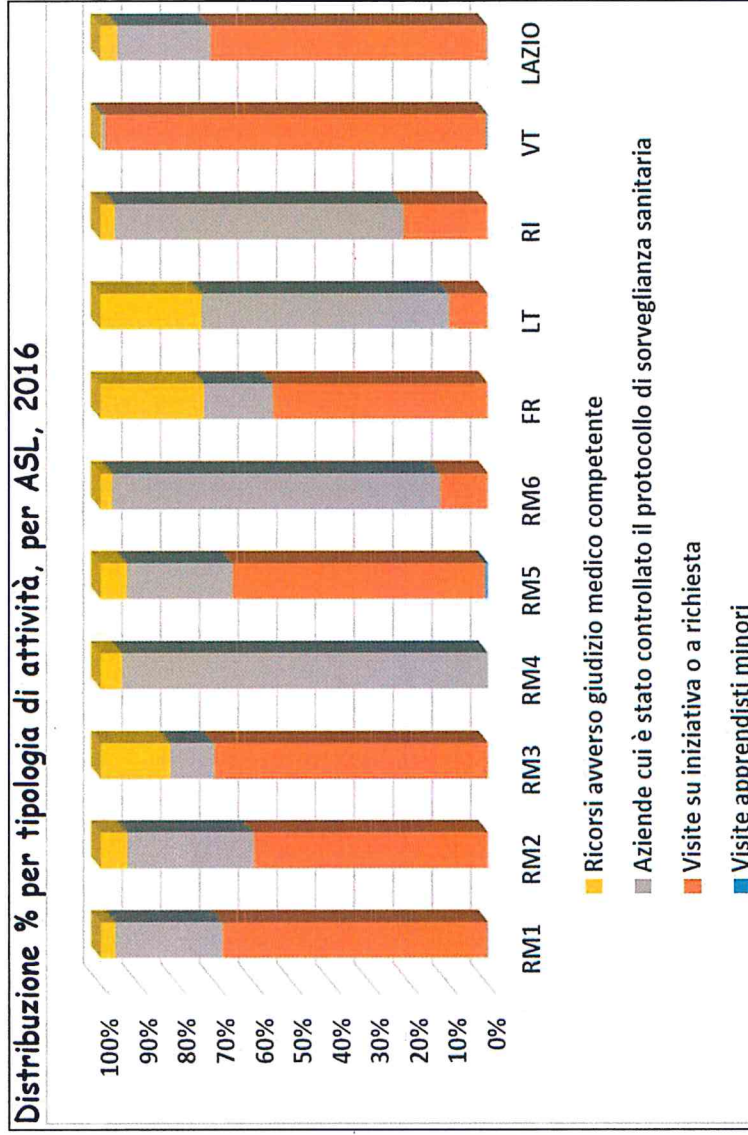
L'ASL Viterbo è la seconda nel Lazio per il numero di indagini svolte per malattia professionale.

Fonte: Regione Lazio

Rilevazione LEA: attività sanitaria

La ASL di Viterbo ha da sempre investito nell'attività ambulatoriale di medicina del lavoro, in linea con i recenti indirizzi regionali, come indica il più alto numero di visite mediche, effettuate su iniziativa o a richiesta.

Visite su iniziativa o a richiesta		2016				
2012	2013	2014	2015	2016		
2	24	646	923	RM1	1076	
329	697	818	955	RM2	737	
18	11	14	4	RM3	218	
21	52	66	73	RM4	0	
10	7	9	1	RM5	88	
26	0		9	RM6	84	
70	46		109	FR	156	
44	61	61	80	LT	5	
144	164	161	120	RI	24	
0	0	3	0	VT	3107	
87	93	47	36	LAZIO	5495	
4447	4336	4696	3240			
5198	5491	6521	5550			

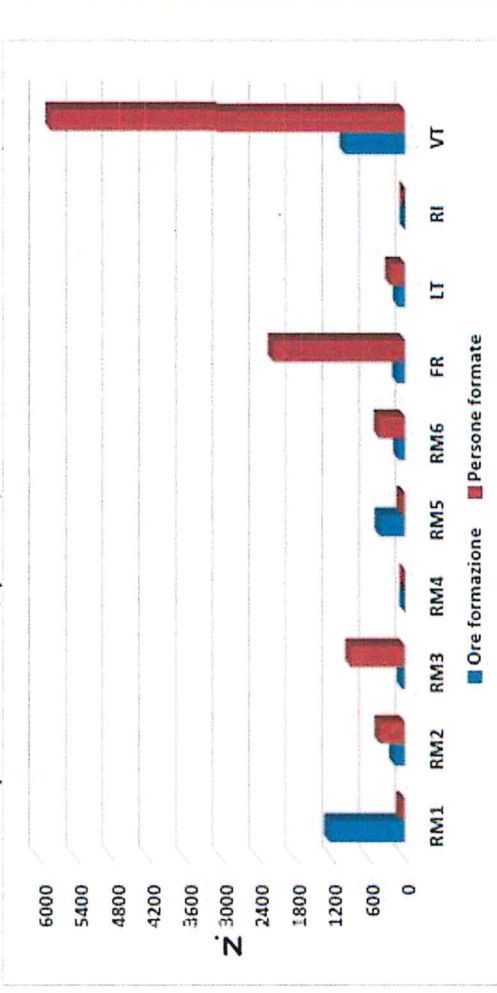


Rilevazione LEA: attività di formazione per singola ASL

	Ore formazione						Persone formate					
	2012	2013	2014	2015	2016		2012	2013	2014	2015	2016	
RMA	122	1013	2026	1698	RM1	1245	219	31	36	37	RM1	59
RMB	1038	825	621	784	RM2	168	1385	1059	837	1162	RM2	415
RMC	0	51	24	80	RM3	45		168	24	300	RM3	900
RMD	34	48	36	24	RM4	0	231	627	729	313	RM4	0
RME	10	6	6	11	RM5	415	200	200	265	314	RM5	50
RMF	0	0	26	5	RM6	110		0	104	72	RM6	490
RMG	0	0		20	FR	190		0		21	FR	2165
RMH	267	399	82	111	LT	118	239	205	516	153	LT	245
FR	268	118	158	130	RI	0	910	1950	1961	1924	RI	0
LT	148	317	212	120	VT	997	580	640	507	350	VT	5809
RI	50	0	50	50	LAZIO	3228	115	0	60	40	LAZIO	10073
VT	373	317	211	348			701	456	821	1665		
Lazio	2910	3094	3452	3981			4580	5996	5860	6951		

Nella tabella sono riportati i dati della rilevazione regionale dei LEA per l'attività di formazione.

Ore formazione e persone formate, per ASL, 2016



Nel 2016 sono state erogate 997 ore di formazione e raggiunti 5809 soggetti: la ASL Viterbo si colloca al primo posto.

Fonte: Regione Lazio

3F.6 Prevenzione della salute animale

La ASL di Viterbo monitora la salute degli animali di interesse zootecnico mediante Piani di Eradicazione, cofinanziati dalla Unione Europea, e Piani di Sorveglianza determinati dalla Regione Lazio.

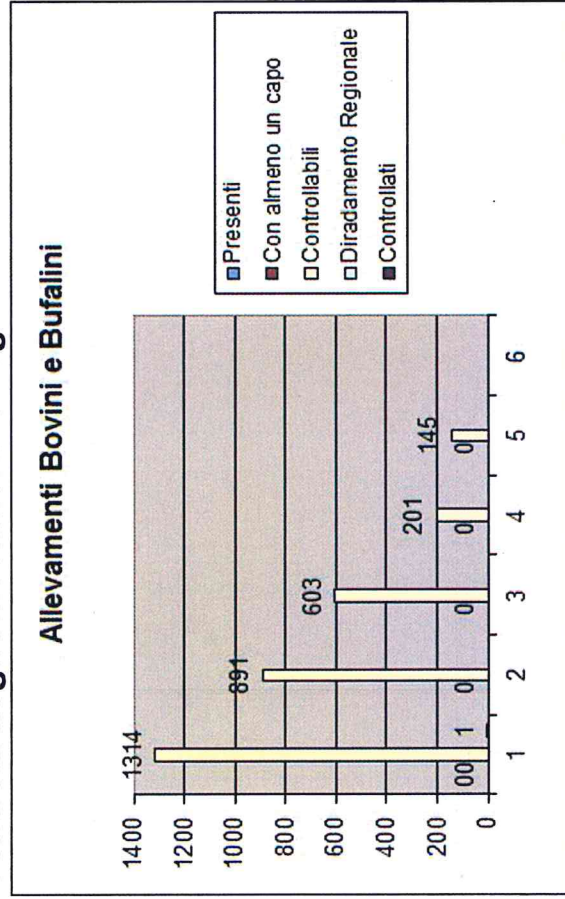
Per quanto riguarda i Piani di Eradicazione, la Provincia di Viterbo è stata dichiarata territorio "ufficialmente indenne" per tubercolosi bovina e bufalina, brucellosi e leucosi enzootica bovina e bufalina e brucellosi ovicaprina.

Tali qualifiche sanitarie consentono di usufruire di un diradamento dei controlli sulla base delle linee guida approvate annualmente dalla Regione Lazio.

Anche i Piani di Sorveglianza sono determinati annualmente dalla Regione Lazio che decide anche delle modalità attuative.

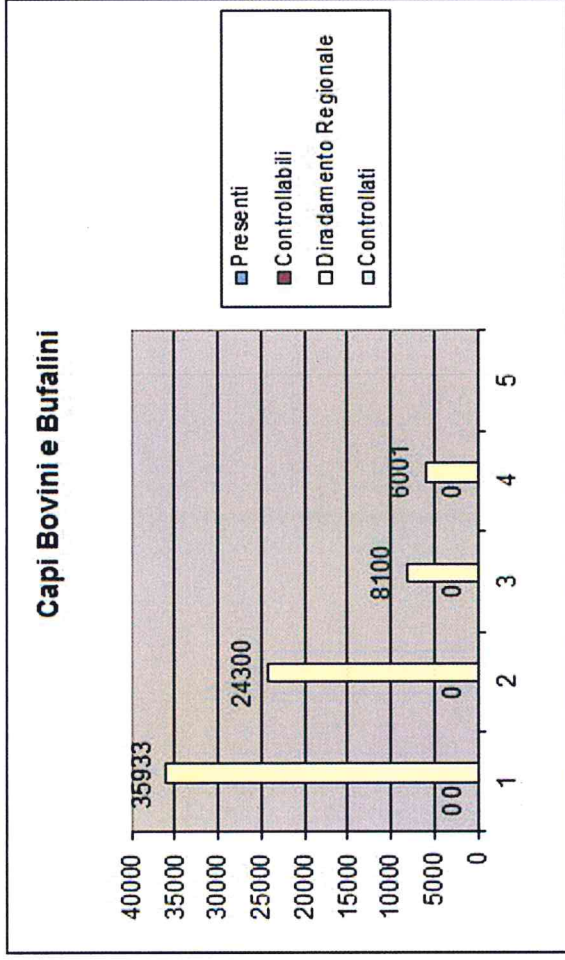
I risultati di seguito riportati, relativi ai Piani di Eradicazione, evidenziano le azioni di prevenzione delle malattie animali trasmissibili, poste in essere attraverso i controlli sugli allevamenti e sugli animali in essi presenti.

Tubercolosi Bovina e Bufalina, Brucellosi Bovina e Bufalina e Leucosi Enzoootica Bovina. Controlli negli Allevamenti e negli animali



Fonte dati: elaborazioni U.O.C. Servizio Veterinario A e C su dati SIEV

Presenti: Tutti gli Allevamenti presenti nel territorio provinciale
Controllabili: Allevamenti soggetti ai piani di controllo
Diradamento Regionale: Allevamenti da sottoporre ai controlli annualmente
Controllati: Allevamenti effettivamente controllati al 30 settembre 2017

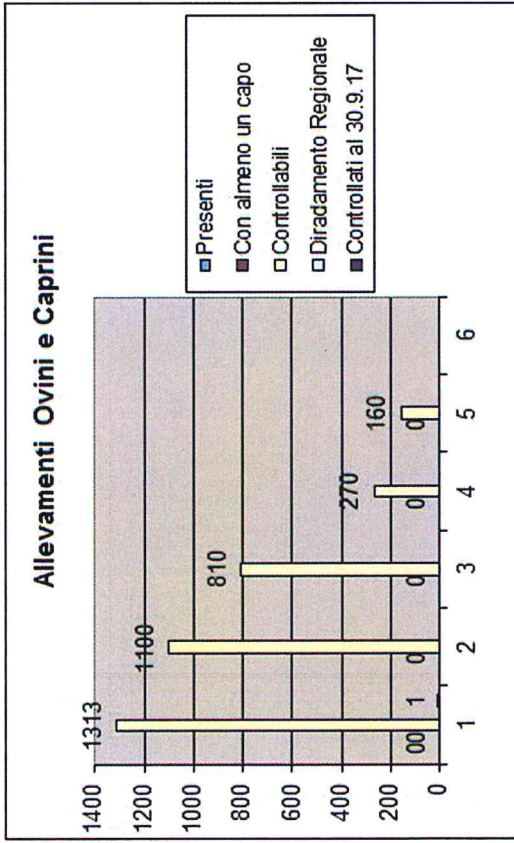


Fonte dati: elaborazioni U.O.C. Servizio Veterinario A e C su dati SIEV

Presenti: Tutti gli animali presenti nel territorio provinciale
Controllabili: Animali presenti negli allevamenti da sottoporre ai controlli
Diradamento Regionale: Animali presenti nel 50% degli allevamenti controllabili
Controllati: Animali effettivamente controllati al 30 settembre 2017

La Provincia di Viterbo è stata dichiarata nel 2007 "Ufficialmente Indenne per Tubercolosi bovina e bufalina, Brucellosi bovina e bufalina e Leucosi Enzoootica Bovina". In relazione alla normativa comunitaria la Regione Lazio ha programmato un diradamento dei controlli in ragione del 33% degli allevamenti soggetti al piano di eradicazione. Gli animali soggetti alle azioni di profilassi sono quelli di età sopra i 24 mesi. In questo modo si controlla l'intero patrimonio zootecnico bovino e bufalino ogni tre anni. Ovviamente, sulla base dell'analisi del rischio sanitario per uno o più allevamenti la frequenza dei controlli può essere variata con decisione motivata dell'Autorità Competente Locale (Servizio Veterinario ASL). Nel grafico a sinistra viene messo in evidenza come gli unici valori numericamente rilevabili provengano da allevamenti soggetti a piani di controllo, mentre nel grafico a destra il dato con maggiore evidenza è relativo al campo "Diradamento regionale".

Brucellosi Ovicaprina Controlli negli Allevamenti e negli Animali

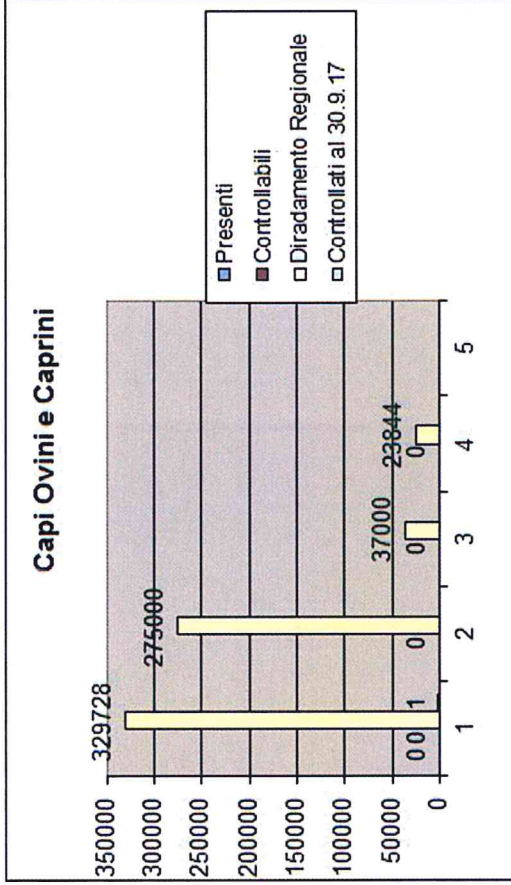


Fonte dati: elaborazioni U.O.C. Servizio Veterinario A e C su dati SIEV

Presenti: Tutti gli Allevamenti presenti nel territorio provinciale
Controllabili: Allevamenti soggetti ai piani di controllo

Diradamento Regionale: Allevamenti da sottoporre ai controlli annualmente

Controllati: Allevamenti effettivamente controllati al 30 settembre 2017



Fonte dati: elaborazioni U.O.C. Servizio Veterinario A e C su dati SIEV

Presenti: Tutti gli animali presenti nel territorio provinciale

Controllabili: Animali presenti negli allevamenti da sottoporre ai controlli



Diradamento Regionale: Animali presenti nel 50% degli allevamenti controllabili

Controllati: Animali effettivamente controllati al 30 settembre 2017

La Provincia di Viterbo è stata dichiarata nel 2004 "Ufficialmente Indenne per Brucellosi Ovina e Caprina". Anche in questo caso, in relazione alla normativa comunitaria, la Regione Lazio ha programmato un diradamento dei controlli in ragione del 33% degli allevamenti soggetti al piano di eradicazione. Per gli animali soggetti alle azioni di profilassi si adotta un criterio diverso dal settore bovino e bufalino (% di animali per ogni allevamento). In questo modo si controlla l'intero patrimonio zootecnico ovino e caprino ogni tre anni. Ovviamente, sulla base dell'analisi del rischio sanitario per uno o più allevamenti la frequenza dei controlli può essere variata con decisione motivata dell'Autorità Competente Locale (Servizio Veterinario ASL).

Nel grafico a sinistra viene messo in evidenza come gli unici valori numericamente rilevabili per il controllo della Brucellosi ovina provengono da allevamenti soggetti a piani di controllo, mentre nel grafico a destra il dato con maggiore evidenza è relativo al campo "Diradamento regionale".

Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC): stato avanzamento obiettivi al 30/09/2017

Controllo sanitario degli alimenti di origine animale in fase di commercializzazione e somministrazione (PRIC) reg. CE 852, 853, 854 e 882/2004	anno 2016		9 mesi 2017			
	campioni assegnati dalla Regione anno 2016	campioni effettuati	% campioni effettuati	campioni assegnati dalla Regione anno 2017	campioni effettuati nei 9 mesi	% campioni effettuati
Adempimenti LEA	158	172	109% 	158	128	81% 

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Servizio Veterinario B

L'attività svolta si riferisce al controllo sanitario degli alimenti di origine animale in fase di commercializzazione e somministrazione (REG. CE 852, 853, 854 e 882/2004). Il risultato atteso è dato dal 100% dei controlli effettuati su tutti i campioni assegnati.

Nel 2016 il numero di campioni effettuati supera il numero di campioni assegnati (> del 100%), pertanto l'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

Nel 2017 la percentuale di campioni effettuati nei 9 mesi è pari all'81%. Se il trend si mantiene costante l'obiettivo verrà raggiunto.

Il Servizio Veterinario Ispezione degli Alimenti di Origine Animale dell'Azienda in base all'esito degli accertamenti ispettivi sul territorio effettua, inoltre, ulteriori campionamenti anche in base alle condizioni igienico sanitarie dei locali dove vengono commercializzati gli alimenti.

Piano Nazionale Residui, Piano Regionale Residui e D. Lgs. 158/2006: obiettivi al 30/09/2017

	anno 2016				n. macellazioni speciali d'urgenza effettuate nei macelli del territorio della Regione	campioni effettuati su sospetto clinico anamnestico
	campioni assegnati dalla Regione anno 2016	% campioni effettuati	partite assegnate per esami istologici dalla Regione anno 2016	partite effettuate		
Contaminazione degli alimenti	83	85	102%	10	100%	400%
Controllo per la riduzione dell'uso dei farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti negli animali di origine animale e loro residui						
	9 mesi 2017				n. macellazioni speciali d'urgenza effettuate nei macelli del territorio della Regione 9	campioni effettuati su sospetto clinico anamnestico
	campioni assegnati dalla Regione anno 2017	% campioni effettuati	partite assegnate per esami istologici dalla Regione anno 2017	partite effettuate		
Contaminazione degli alimenti	83	53	64%	8	100%	400%
Controllo per la riduzione dell'uso dei farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti negli animali di origine animale e loro residui						

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Servizio Veterinario B

La percentuale dei campioni effettuati nel 2016 supera quanto richiesto e nei nove mesi 2017 raggiunge il 64%. L'obiettivo assegnato dalla Regione nel 2017 potrà essere raggiunto mediante un incremento dell'attività nell'ultimo trimestre.

Il numero delle partite assegnate per esami istologici relative all'anno 2016 risultava già raggiunto nei primi nove mesi. Nei nove mesi 2017 la percentuale di partite effettuate risulta al 100%. Si precisa, infine, che il numero di partite assegnate per esami istologici dalla Regione nell'anno 2017 è stato diminuito, passando da 10 a 6.

Il numero delle macellazioni speciali d'urgenza in base al sospetto clinico anamnestico indicato dalla Regione è stato ampiamente superato nel 2016. Tale risultato positivo si riscontra anche nei nove mesi 2017 (400%) in quanto risulta ben maggiore rispetto a quanto richiesto (100%).

L'elevata attività di campionamento per la ricerca di antibiotici, cortisonici, antinfiammatori non steroidei e carica batterica controllo sugli allevamenti dimostra un ottimo stato di avanzamento dell'obiettivo.

Sistema rapido di allerta al 30/09/2017

Sistema rapido di allerta	anno 2016		9 mesi 2017	
	Controlli effettuati	152	21	26
Allerte ricevute dalle autorità centrali (Ministero Salute e Area Sanità Veterinaria Regione Lazio)		21		
risposte alle Autorità entro 7 gg		21		
% risposte entro 7 gg		100%		100%
Controlli effettuati	406			
Allerte ricevute dalle autorità centrali (Ministero Salute e Area Sanità Veterinaria Regione Lazio)				
risposte alle Autorità entro 7 gg				
% risposte entro 7 gg				100%
Tempistività nella risposta alle allerte				

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Servizio Veterinario B

I dati evidenziano una rapidità di risposta (entro 7 giorni) alle allerte provenienti dalle Autorità.

Attività riconosciute e registrate come da Reg. CE 852/853 del 2004 – Gennaio 2016 - Settembre 2017

Attività riconosciute e registrate REG. CE 852/853 del 2004	anno 2016				9 mesi 2017				
	attività censite	1.212	100%	100%	452	41%	1.121	100%	1.059
% standard attività riconosciute da controllare nel 2016		100%	20%						
% standard attività registrate da controllare nel 2016		20%							
Totale attività registrate	1.101			452		1.121		1.059	
n. controlli effettuati sulle attività registrate	452			452		41%		311	
% controlli effettuati sulle attività registrate nei nove mesi		41%							29%
% standard attività riconosciute da controllare nel 2016		100%							
% standard attività registrate da controllare nel 2016		20%							
Totale attività registrate	1.101			452		1.121		1.059	
% standard attività riconosciute da controllare nel 2017		100%							
% standard attività registrate da controllare nel 2017		33%							
% attività riconosciute controllate nei 9 mesi 2017		100%							
% controlli effettuati sulle attività registrate nei 9 mesi 2017		29%							

La percentuale dei controlli sulle attività riconosciute, come previsto per legge è pari al 100% sia nel 2016 che nei 9 mesi 2017.

La percentuale dei controlli sulle attività registrate nei nove mesi 2017 (29%) è già vicina al risultato richiesto dalla Regione (standard prefissato del 33%).

3F.7 Centro di Riferimento Regionale Amianto

La ASL di Viterbo ha collocato al suo interno il Centro di Riferimento Regionale Amianto (CRRRA), la struttura tecnico-scientifica a supporto delle attività di prevenzione delle UU.SS.LL. della Regione Lazio.

Le funzioni e compiti svolti riguardano la valutazione e gestione del rischio fornendo collaborazione tecnico-scientifica ai Dipartimenti di Prevenzione ed in particolare ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) ed Igiene Pubblica (Sisp), la prosecuzione delle attività di mappatura dei materiali contenenti amianto (MCA) nel Lazio, il supporto tecnico per le attività analitiche e per la valutazione dei progetti di bonifica con valenza regionale, compiti di supporto tecnico-professionale e di gestione telematica ai Servizi di Prevenzione delle AA.SS.LL., compiti di supporto tecnico-professionale e di controllo sui laboratori che effettuano le analisi sull'amianto, di coordinamento della rete laboratoristica regionale, nonché di controllo di qualità interlaboratorio, compiti di supporto tecnico-professionale per gli organi di vigilanza e per l'Autorità Giudiziaria in materia di amianto, compiti di supporto tecnico-professionale per il ReNam (Registro Nazionale dei Mesotelomi), compiti di formazione, documentazione e ricerca, anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e private di riconosciuta autorevolezza scientifica.

Gestione telematica per i Servizi di Prevenzione delle AA.SS.LL. dei flussi informativi per l'amianto

CONFRONTO SERIE STORICHE

	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Invio cartaceo				Invio telematico							
Aziende	103	91	88	86	108	120	135	158	149	155	155	162
N. interventi rimozione	2.575	2.126	2.423	2.527	3.297	4.235	4.807	5.516	4.908	4.986	5.211	4.605
Q.tà MCA compatto rimosso (ton)	8.321	6.612	9.601	7.693	7.624	12.514	13.215	16.731	11.212	10.621	10.555	8.105.5
Q.tà MCA friabile rimosso (ton)	318	409	177	232	38	398	125	209	176	210	345	257
N. addetti	552	532	525	407	525	625	632	762	820	735	799	844

* dati 2008 non disponibili

Tra i compiti del Centro di Riferimento Regionale Amianto vi è la Web analysis delle Notifiche e dei Piani di Lavoro (artt. 250 e 256 del D.Lgs 81/2008), nonché dei flussi informativi previsti dall'art.9 della L. 257/1992, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni sui flussi informativi telematici relativi alla problematica della dismissione e bonifica dei materiali contenenti amianto. La tabella a fianco mostra i dati gestiti nell'arco di un decennio.



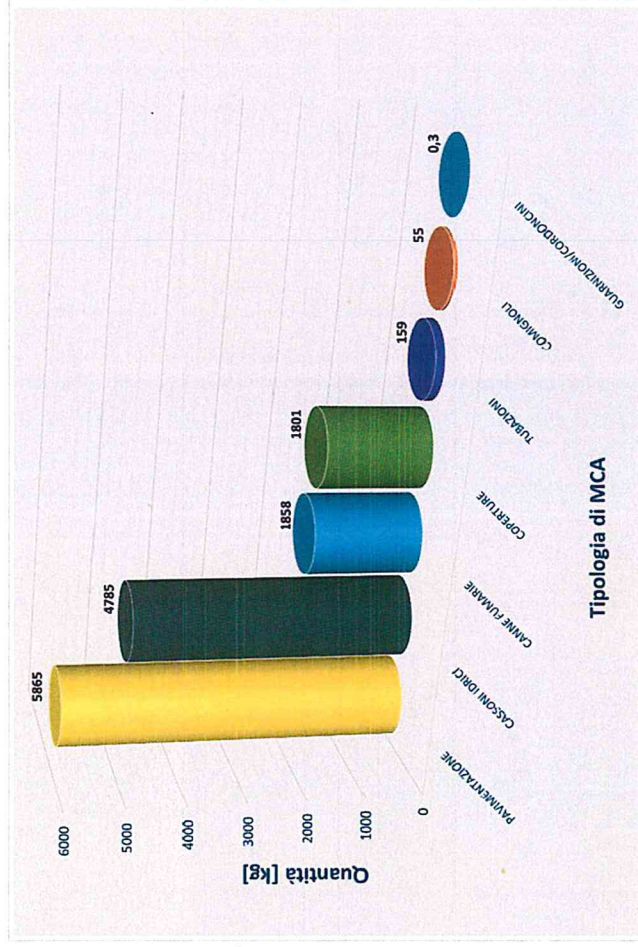
Andamento bonifiche ultimi 6 anni (2011-2016), numero di Piani di Lavoro e quantità di amianto, friabile e compatto, rimosso e smaltito nel Lazio

Programma di custodia, controllo e manutenzione dei materiali contenenti amianto (MCA) ASL VITERBO

Immobili ASL VITERBO 44 { Positivi 23
Negativi 21

Sopralluoghi effettuati	39
Immobili con presenza di MCA	22
Immobili con assenza di MCA	17

Immobili con presenza di MCA autodichiarata	1
Immobili con assenza di MCA autodichiarata	4

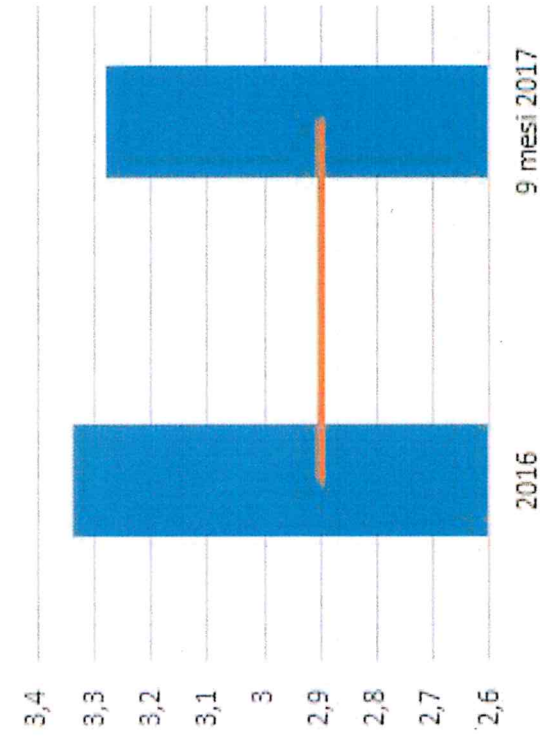


Tipologia MCA	Pavimentazione	Cassoni idrici	Canne fumarie	Coperture	Tubazioni	Comignoli	Guarnizioni/Cordoncini
kg	5.865	4.785	1.858	1.801	159	55	0,3

4. VALUTAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

4A. Spesa farmaceutica

Consumo territoriale di farmaci oppioidi



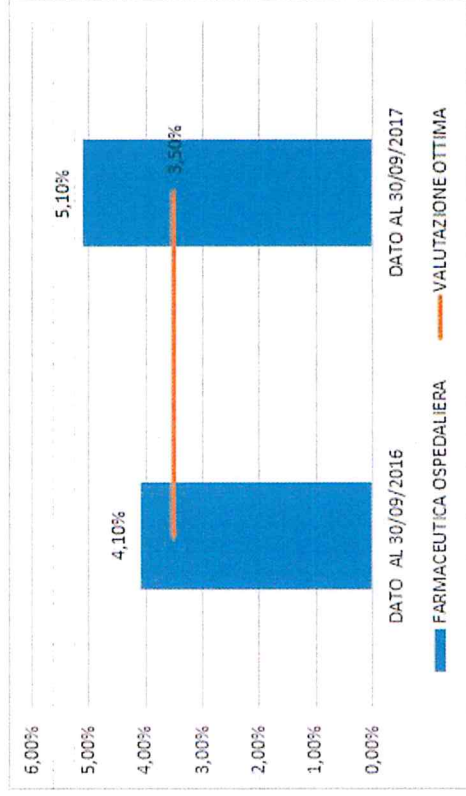
Il consumo di oppioidi mostra il grado di attenzione che il sistema sanitario dedica alle cure palliative e alla terapia del dolore. Il dato dei nove mesi risulta entro i valori ottimali. La sua proiezione a fine anno mostra inoltre un miglioramento rispetto al 2016.

Tale risultato denota quindi un buon monitoraggio del dolore da parte dei professionisti sanitari a favore degli assistiti nella Provincia.

la valutazione ottima è > a 2,90

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Farmacia Aziendale

Farmaceutica ospedaliera - rispetto del tetto di spesa assegnato annualmente



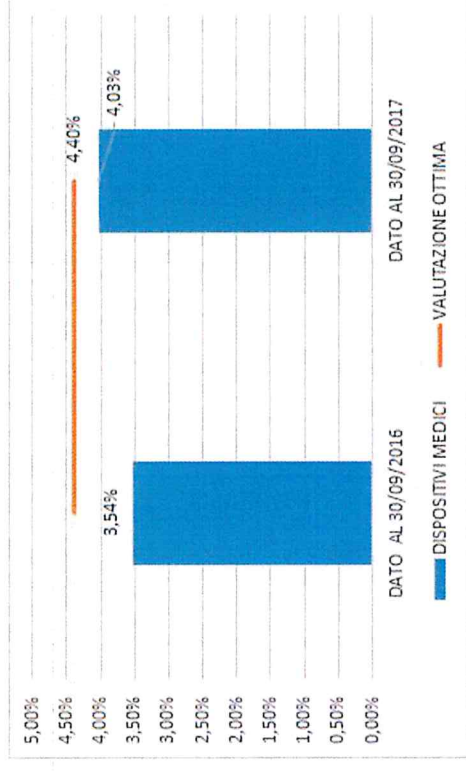
La valutazione ottima è < a 3,5% con uno scostamento tollerato pari allo 0,5%

Fonte: *elaborazione Controllo di Gestione su dati Farmacia Aziendale*

Il grafico mostra i risultati della spesa farmaceutica ospedaliera e della verifica del rispetto del tetto del 3,5% del Fabbisogno Sanitario Nazionale (FSN). In particolare l'anno 2016, stimato sulla base dei nove mesi, non evidenzia un potenziale superamento del tetto se non in modo lieve.

Tale risultato è legato da un lato all'ingresso di molti farmaci ad alto costo che ha fatto incrementare i costi, dall'altro all'adozione di politiche di contenimento della spesa. L'Azienda, infatti, al fine di garantire il rispetto degli equilibri di finanza pubblica, ha provveduto ad incentivare l'impiego di farmaci a brevetto scaduto e ad aderire a gare regionali che hanno permesso l'abbattimento dei costi e quindi ad un contenimento del superamento del tetto di spesa.

Dispositivi medici - rispetto del tetto di spesa assegnato annualmente

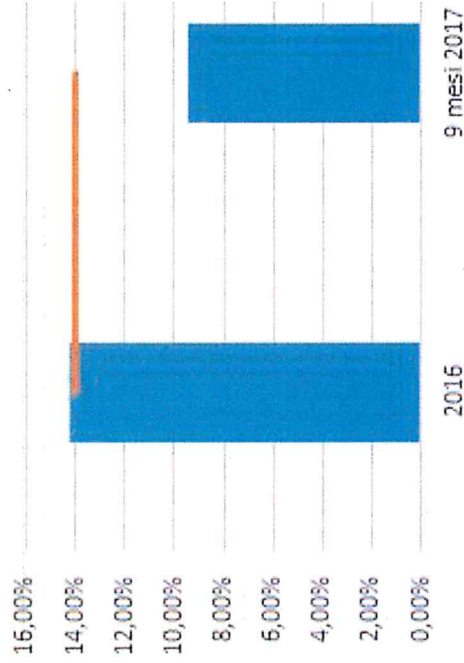


La valutazione ottima è < a 4,4% con uno scostamento tollerato di 0,5%

Fonte: *elaborazione Controllo di Gestione su dati Farmacia Aziendale*

L'adesione e approvazione di nuove gare e la ricontrattazione con i fornitori ha determinato un impatto complessivo positivo sul settore dei dispositivi medici.

Riduzione dell'uso delle cefalosporine in età pediatrica

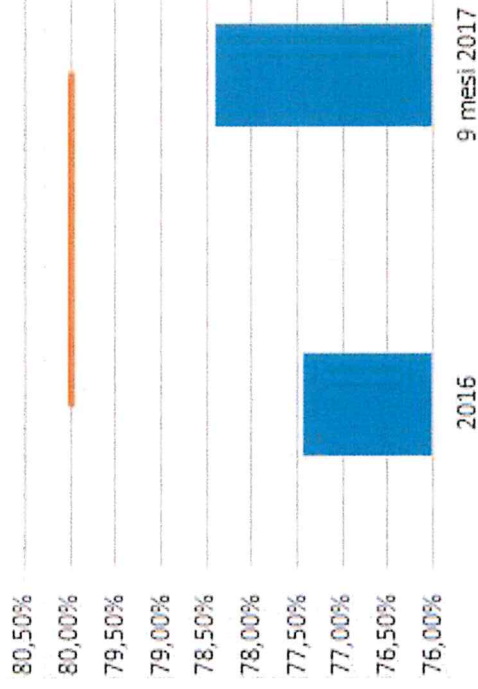


La valutazione ottima è \leq a 14%

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Farmacia Aziendale

La spesa relativa alle cefalosporine in età pediatrica risulta inferiore al 2016 e in linea con i valori ottimali. Tale risultato è dovuto ad una maggiore attenzione alla prescrizione da parte dei pediatri degli antibiotici.

Farmaceutica convenzionata - numero DDD/1.000 assistiti/die statine



La valutazione ottima è \geq a 80%

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Farmacia Aziendale

Il grafico permette di analizzare le caratteristiche della prescrizione di statine negli anni 2016 e 2017. Quest'analisi ha rilevato un appropriato utilizzo delle statine a brevetto scaduto.

4B. Contabilità Analitica

Il sistema di contabilità analitica adottato dall'Azienda consente di definire per ciascun Centro di Responsabilità gli obiettivi economici sui beni sanitari e non sanitari, coerentemente con quanto stabilito complessivamente con i responsabili dei centri di spesa.

Permette all'Azienda di conoscere tempestivamente l'entità dei consumi e a quale attività sono destinati e di confrontarli con gli obiettivi attesi al fine di valutarne il rispetto.

Fornisce, pertanto, un efficace sistema di controlli interni e, al tempo stesso, rappresenta uno strumento volto a migliorare la capacità di programmazione.

Di seguito sono riportati alcuni esempi di report svolti e i risultati dei monitoraggi.

Dati estratti dal sistema AS400 (file ScarFar, ScarLab, Autoparco e magazzino economale)
Fonte dati: dati estratti dalla U.O. Controllo di Gestione in data 13/11/2017

Periodo di riferimento: 1° gennaio 2015 – 13 novembre 2017

Confronto consumi classificati per conto periodo gennaio-settembre 2016 e 2017

Descrizione conto aziendale	9 MESI 2016		9 MESI 2017		DIFFERENZA 2017 -2016	
	€		€		€	
Alimenti per nutrizione artificiale	€	100.258	€	79.885	€	20.372
Altri emoderivati	€	128.711	€	14.467	€	114.244
Altri gas medicali	€	33.612	€	19.720	€	13.892
Altri materiali di radiografia	€	6.248	€	88	€	6.160
Altro mat per indag cliniche di laborat	€	1.001.510	€	931.029	€	70.481
Altro materiale di consumo	€	18.019	€	62.565	€	44.547
Antisettici	€	43.883	€	32.461	€	11.422
Azoto liquido	€	7.805	€	7.065	€	740
Carta per apparecchi elettomedicali	€	33.491	€	48.698	€	15.207
Defibrillatori impiantabili	€	867.276	€	584.568	€	282.708
Dietetici	€	603.055	€	561.600	€	41.455
Disinfettanti ad uso umano	€	14.744	€	19.676	€	4.931
Immunoglobuline	€	33.776	€	148.905	€	115.129
Materiale monouso	€	7.352.278	€	5.426.110	€	1.926.167
Materiale per indagini istologiche	€	137.598	€	128.724	€	8.874
Materiale per sterilizzazione	€	50.030	€	36.537	€	13.493
Materiali per dialisi	€	785.266	€	642.541	€	142.725
Materiali sanitari ad uso veterinario	€	13.395	€	8.326	€	5.069
Medicinali	€	21.371.369	€	21.865.633	€	494.264
Medicinali ad uso veterinario	€	8.980	€	6.254	€	2.726
Medicinali Esteri - senza AIC	€	6.093	€	8.667	€	2.574
Medicinali per emodializzati	€	53.150	€	54.534	€	1.384
Mezzi di contrasto per radiologia	€	310.324	€	290.356	€	19.967
Ossigeno	€	226.896	€	314.011	€	87.115
Pace-maker	€	487.048	€	494.863	€	7.815
Pellicole radiografiche	€	6.332	€	964	€	5.368
Plasma	€	0	€	0	€	0
Prodotti galenici	€	5.392	€	13.663	€	8.272
Protesi	€	2.457.303	€	2.320.797	€	136.506
Radiofarmaci con AIC	€	147.879	€	182.199	€	34.320
Reagenti	€	3.192.049	€	3.094.282	€	97.767
Soluzioni fisiologiche	€	159.598	€	162.985	€	3.387
Strument chir non costituito da immobili	€	1.139	€	2.365	€	1.225
Stupefacenti	€	286.607	€	284.339	€	2.267
Vaccini	€	1.347.046	€	1.856.479	€	509.433
Vetriere e materiale plastico per labora	€	63.775	€	64.277	€	502
Totale beni sanitari consumati	€	41.361.934	€	39.769.632	€	1.592.301

Fonte dati Controllo di Gestione

La tabella mostra i costi relativi ai beni sanitari consumati (scaricati) secondo la classificazione dei conti aziendali. Il confronto tra i due anni mette in evidenza come, complessivamente nel 2017 i consumi siano diminuiti.

Tra i conti in cui si rilevano i consumi maggiori rispetto al precedente anno si segnala la voce «Vaccini» (+509.433 euro rispetto al 2016). Tale aumento è imputabile all'attuazione del nuovo piano vaccinazioni regionale, che prevede l'incremento del numero di vaccini obbligatori. Va segnalata inoltre la voce relativa ai «medicinali» (+494.264 euro rispetto al 2016). Tale voce comprende la quasi totalità dei farmaci ad alto costo, il suo incremento è pertanto da imputare ai farmaci innovativi entrati in uso nel corso dell'anno, nonché ad un aumento dei pazienti che necessitano di farmaci in distribuzione diretta ed in somministrazione in trattamento.

Consumi suddivisi per CDR e confronto con il budget assegnato

Il budget assegnato a ciascuna U.O. è stato determinato sulla base del consumato 2016.

Sono stati presi inoltre in considerazione:

- eventuali differenze positive tra budget assegnato e consumato 2016 dovute ad una sovrastima della previsione di spesa, che hanno determinato la definizione degli importi 2017 pari a quanto consumato nel 2016;
- eventuali differenze negative tra budget assegnato e consumato 2016 dovute ad una sottostima della previsione di spesa;
- richieste effettuate dai vari Centri di Responsabilità alla U.O. Farmacia di maggiori risorse in previsione di aumenti dei prezzi dei prodotti, utilizzo di farmaci più costosi o attivazione nuove linee di attività;
- correzioni effettuate dal Controllo di Gestione in considerazione del rapporto costi beni sanitari e non e ricavi;
- il valore totale dei beni sanitari e beni non sanitari assegnati alle U.O. (totale colonna "Budget Assegnato 2017") risulta coerente con i costi previsti nel bilancio 2017.

Numero CDR	CDR delibera aggiornato corretto per continuità assistenziale	2016	gennaio-ottobre 2017	Budget assegnato 2017	Differenza tra budget assegnato e stima anno 2017
01	UOC Affari Generali e Relazioni Esterne	€ 53.782,69	€ 27.333,55	€ 51.611,68	€ 20.238,26
02	UOC Ingegneria Clinica	€ 416,74	€ 298,92	€ 402,22	€ 59,11
03	UOC Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione, Bilancio e Sistemi Informativi	€ 23.601,79	€ 13.270,75	€ 22.779,19	€ 7.547,04
04	UOC Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati	€ 2.475,92	€ 1.856,46	€ 2.389,62	€ 258,78
05	UOC E-Procurement	€ 69.024,06	€ 7.027,53	€ 5.000,00	€ 3.066,19
06	Accreditati/UOC Farmacia Aziendale	€ 126.226,80	€ 118.846,89	€ 147.750,28	€ 11.337,97
	UOC Farmacia Aziendale	€ 118.863,09	€ 10.871,60	-	N.A.
07	UOC Politiche e Gestione del patrimonio Immobiliare, impiantistico e sviluppo dei Sistemi Informativi e della Sicurezza	€ 961,37	€ 1.288,90	€ 927,86	€ 551,53
08	UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane	€ 5.255,77	€ 58.757,78	€ 5.072,59	€ 62.369,52
09	UOC Direzione Sanitaria Polo Ospedaliero	€ 2.992.989,47	€ 417.887,58	€ 330.035,07	€ 149.615,77
10	UOSD Formazione Universitaria Ricerca ECM	€ 976,62	€ 471,77	€ 942,58	€ 401,08
11	UOC Governo delle Professioni sanitarie	€ 34.597,71	€ 26.812,39	€ 31.020,58	€ 245,35
12	UOSD Artroscopia Ginocchio	€ 104.892,71	€ 89.552,51	€ 100.000,00	€ 2.788,25
13	UOSD Chirurgia generale dell'Obesità	€ 637.987,21	€ 429.051,86	€ 831.600,35	€ 339.135,17
14	UOC Chirurgia Generale e mininvasiva e week surgery Tarquinia	€ 143.411,63	€ 105.569,10	€ 353.076,00	€ 231.903,91
15	UOC Chirurgia Generale e Week Surgery Civita Castellana	€ 584.241,66	€ 563.999,10	€ 850.000,00	€ 202.642,55
16	UOC Chirurgia generale Oncologica	€ 522.071,86	€ 339.242,16	€ 855.309,74	€ 655.928,02
17	UOSD Chirurgia Maxillo Facciale	€ 165.607,20	€ 85.119,52	€ 100.000,00	€ 2.299,92
18	UOC Chirurgia Senologica e Centro Integrato di Senologia	€ 73.687,92	€ 35.716,96	€ 81.509,79	€ 40.513,91

Fonte: Controllo di Gestione

Consumi suddivisi per CDR e confronto con il budget assegnato

Numero CDR	CDR delibera aggiornato corretto per continuità assistenziale	2016		2017		Differenza tra budget assegnato e stima anno 2017
		gennaio-ottobre 2017	Budget assegnato 2017	gennaio-ottobre 2017	Budget assegnato 2017	
21	UOC Chirurgia Vascolare e d'Urgenza	€ 1.389.387,48	€ 1.245.415,59	€ 1.869.816,28	€ 1.869.816,28	€ 40.329,83
22	UOSD Day e Week Surgery Polo	€ 50.039,61	€ 36.410,20	€ 51.531,16	€ 51.531,16	€ 9.739,57
23	UOSD Endoscopia Digestiva Tarquinia	€ 86.340,72	€ 68.309,52	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 21.594,42
24	UOC Neurochirurgia	€ 425.126,36	€ 246.750,43	€ 243.650,89	€ 243.650,89	€ 39.568,94
25	UOSD Oftalmologia e Rete Territoriale	€ 583.801,51	€ 712.284,09	€ 633.423,52	€ 633.423,52	€ 184.135,26
26	UOSD Ortopedia Civita Castellana	€ 444.908,96	€ 301.301,07	€ 450.000,00	€ 450.000,00	€ 104.167,01
27	UOC Ortopedia e Traumatologia e Centro Microchirurgia della mano	€ 774.034,71	€ 493.006,10	€ 800.000,00	€ 800.000,00	€ 24.128,22
28	UOC Ortopedia e Traumatologia Tarquinia	€ 997.816,11	€ 808.501,53	€ 887.823,82	€ 887.823,82	€ 40.173,22
29	UOC Otorinolaringoiatria	€ 92.901,90	€ 85.093,15	€ 114.544,00	€ 114.544,00	€ 16.874,19
30	UOC Urologia Polo	€ 243.059,19	€ 243.455,56	€ 309.400,75	€ 309.400,75	€ 29.962,76
31	UOC Anestesiologia	€ 281.420,68	€ 248.251,18	€ 170.000,00	€ 170.000,00	€ 114.942,40
32	UOSD Anestesiologia Centro per la Terapia del dolore e cure palliative Distrettuale	€ 1.928,69	€ 1.693,77	€ 88.975,00	€ 88.975,00	€ 87.030,90
33	UOC Anestesiologia Civita Castellana	€ 76.266,49	€ 112.386,67	€ 99.000,00	€ 99.000,00	€ 29.997,28
34	UOC Anestesiologia Tarquinia	€ 37.588,03	€ 36.146,47	€ 36.277,96	€ 36.277,96	€ 5.210,91
35	UOC Cardiologia	€ 901.669,84	€ 684.704,06	€ 860.658,61	€ 860.658,61	€ 74.756,15
36	UOC Cardiologia per lo studio funzionale dell'elettrofisiologia	€ 1.882.328,53	€ 1.218.374,81	€ 1.758.849,00	€ 1.758.849,00	€ 60.999,92
37	UOC Neurologia e UTN	€ 272.976,39	€ 216.077,38	€ 252.786,15	€ 252.786,15	€ 4.772,80
38	UOC Ostetricia e Ginecologia Polo	€ 270.353,09	€ 236.932,21	€ 329.122,00	€ 329.122,00	€ 57.171,50
39	UOC Pronto Soccorso Civita Castellana	€ 82.750,92	€ 70.439,63	€ 85.000,92	€ 85.000,92	€ 4.150,40
40	UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaliero	€ 309.480,37	€ 271.369,13	€ 309.274,58	€ 309.274,58	€ 2.202,56
41	UOC Pronto Soccorso Tarquinia	€ 111.268,69	€ 88.649,18	€ 104.448,47	€ 104.448,47	€ 2.697,06
42	UOC Rianimazione	€ 628.170,78	€ 422.176,38	€ 606.307,70	€ 606.307,70	€ 121.734,18
43	UOSD Utic Polo	€ 46.511,56	€ 38.804,48	€ 46.000,00	€ 46.000,00	€ 1.460,27
44	UOSD Anagrafe Zootecnica	€ 31,34	-	€ 29,92	€ 29,92	€ 29,92
45	UOC Centro di Riferimento Regionale Amianto	€ 4.277,45	€ 786,04	€ 3.591,55	€ 3.591,55	€ 2.689,34
46	UOSD Coordinamento Programmi di Vaccinazione	€ 481.273,03	€ 600.246,17	€ 600.000,00	€ 600.000,00	€ 88.961,80
47	UOSD Coordinamento Screening	€ 7.410,71	€ 1.530,79	€ 6.819,73	€ 6.819,73	€ 5.062,69
48	UOC Servizio Igiene e sanità pubblica	€ 3.341,27	€ 1.754,62	€ 3.174,72	€ 3.174,72	€ 1.160,77
49	UOC Servizio Veterinario A Sanità Animale e C Igiene degli allevamenti	€ 37.249,20	€ 27.646,34	€ 35.950,94	€ 35.950,94	€ 4.218,50
50	UOC Servizio Veterinario B Ispezione Alimenti di Origine Animale	€ 9.300,09	€ 6.198,53	€ 8.878,16	€ 8.878,16	€ 1.763,49
52	UOC SPRESAL	€ 6.455,25	€ 5.154,57	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 4.083,59
53	UOSD Vaccinazioni Pediatriche	€ 1.762.591,79	€ 2.115.567,78	€ 2.894.625,00	€ 2.894.625,00	€ 66.378,96

Fonte: Controllo di Gestione

Consumi suddivisi per CDR e confronto con il budget assegnato

Numero CDR	CDR dellibera aggiornato corretto per continuita assistenziale			Differenza tra budget assegnato e stima anno 2017	
	2016	gennaio-ottobre 2017	Budget assegnato 2017	2017	
54 UOC Salute Mentale Distretto A	€ 125.898,00	€ 124.516,69	€ 135.000,00	-€	7.920,10
55 UOC Salute Mentale Distretto B	€ 153.177,40	€ 158.523,57	€ 155.000,49	-€	26.952,67
56 UOC Salute Mentale Distretto C	€ 138.723,93	€ 154.301,03	€ 103.888,93	-€	73.217,60
57 UOC SPDC	€ 44.747,82	€ 42.429,63	€ 40.090,62	-€	8.610,05
58 UOC TSRMEE	€ 4.200,81	€ 1.981,64	€ 4.054,39	€	1.779,86
59 UOC Anatomia e Istologia Patologica	€ 136.011,25	€ 129.791,50	€ 129.775,40	-€	19.199,12
60 UOSD Citogenetica e Citologia Vaginale	€ 296.072,80	€ 131.003,98	€ 282.616,04	€	132.249,84
61 UOSD Diagnostica clinica di urgenza Civita Castellana e Biologia Molecolare Viterbo Hub	€ 730.342,58	€ 573.381,68	€ 618.867,84	-€	39.258,93
62 UOSD Diagnostica clinica di urgenza Tarquinia	€ 199.238,61	€ 125.887,71	€ 167.362,45	€	22.868,70
63 UOC Diagnostica clinica Polo	€ 3.111.160,42	€ 2.626.468,74	€ 2.811.468,83	-€	203.188,69
64 UOSD Diagnostica e Screening senologico	€ 38.603,07	€ 26.149,82	€ 50.000,00	€	19.985,27
65 UOC Diagnostica per Immagini	€ 575.160,97	€ 587.034,67	€ 720.435,36	€	46.637,71
66 UOC Ematologia	€ 2.842.001,33	€ 2.446.802,35	€ 3.620.577,03	€	413.140,37
67 UOSD Fisica Sanitaria	€ 121,98	€ 85,95	€ 116,44	€	17,79
68 UOSD Medicina Nucleare	€ 255.573,87	€ 222.454,31	€ 434.962,27	€	179.629,49
69 UOC Oncologia e Rete oncologica	€ 3.727.109,61	€ 3.484.124,73	€ 4.534.639,46	€	533.563,47
70 UOC Radioterapia	€ 9.424,99	€ 3.402,32	€ 4.914,69	€	1.009,51
71 UOC SIMNT	€ 892.845,14	€ 650.763,46	€ 827.199,73	€	80.254,25
72 UOC Diagnostica per Immagini Civita Castellana	€ 51.150,32	€ 33.275,68	€ 48.611,76	€	10.417,98
73 UOSD Centro Diabetologico Adulti UOS Pediatrica	€ 9.362,53	€ 5.691,43	€ 7.464,47	€	931,86
74 UOSD Centro per il Trattamento delle BPCO	€ 28.898,02	€ 13.861,46	€ 27.529,32	€	11.619,15
76 UOSD Dermatologia	€ 29.111,90	€ 15.572,95	€ 19.244,78	€	1.370,17
77 UOC Dipendenze	€ 328.544,77	€ 281.870,97	€ 270.000,00	-€	53.531,15
78 UOSD Disabile Adulto	€ 1.024,28	€ 488,41	€ 988,58	€	427,99

Fonte: Controllo di Gestione

Consumi suddivisi per CDR e confronto con il budget assegnato

Numero CDR	CDR delibera aggiornato corretto per continuità assistenziale	2016		2017		Differenza tra budget assegnato e stima anno 2017		
		gennaio-ottobre 2017	Budget assegnato 2017	gennaio-ottobre 2017	Budget assegnato 2017	assegnato e stima anno 2017	2017	
79	UOC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto A	€ 4.673.250,71	€	4.323.177,18	€	4.146.635,22	€	815.502,12
80	UOC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto B	€ 8.802.102,81	€	7.460.859,61	€	8.061.244,95	€	502.320,32
81	UOC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto C	€ 5.259.056,42	€	4.808.420,26	€	4.850.632,91	€	668.465,83
82	UOC Cure Primarie	€ 386.344,19	€	457.569,14	€	1.554,34	€	523.642,95
83	UOC Medicina Legale	€ 6.014,28	€	6.091,67	€	5.804,66	€	1.187,35
84	UOC Psicologia	€ 510,44	€	316,13	€	477,73	€	114,88
86	UOSD Angiologia	€ 37.350,82	€	27.439,73	€	35.469,00	€	3.973,72
87	UOC Centro Aids	€ 77.706,88	€	52.198,18	€	80.643,23	€	20.730,22
88	UOC Gastroenterologia	€ 763.615,69	€	659.092,98	€	667.003,65	€	89.502,45
89	UOC Malattie Infettive	€ 331.003,20	€	205.086,25	€	268.166,60	€	32.768,86
90	UOSD Medicina Generale Civita Castellana	€ 101.213,52	€	84.167,24	€	95.396,73	€	1.210,33
91	UOC Medicina Generale e Coordinamento clinico Acquapendente	€ 163.870,61	€	146.890,63	€	191.654,91	€	23.054,03
92	UOC Medicina Generale Polo	€ 1.025.239,02	€	963.201,67	€	970.254,19	€	135.007,47
93	UOSD Medicina Generale Tarquinia	€ 140.124,02	€	94.990,21	€	130.783,29	€	21.753,64
94	UOC Medicina Protetta	€ 132.431,54	€	131.600,21	€	135.751,48	€	15.299,08
95	UOC Nefrologia e Dialisi	€ 2.509.481,04	€	2.041.236,14	€	2.559.410,75	€	216.482,48
96	UOC Pediatria	€ 245.861,59	€	212.049,47	€	196.725,18	€	46.664,93
97	UOSD Riabilitazione	€ 11.248,72	€	8.751,12	€	10.582,39	€	537,86
98	UOSD Servizio Cardiologia Civita Castellana	€ 3.518,37	€	3.534,80	€	5.051,29	€	994,05
Tot		€ 56.361.583,26	€	46.504.930,10	€	54.967.439,75	€	1.589.139,48

Fonte: Controllo di Gestione

La differenza tra budget assegnato e il valore dei beni consumati (stima anno 2017), indicato nel totale dell'ultima colonna, mostra un valore positivo.

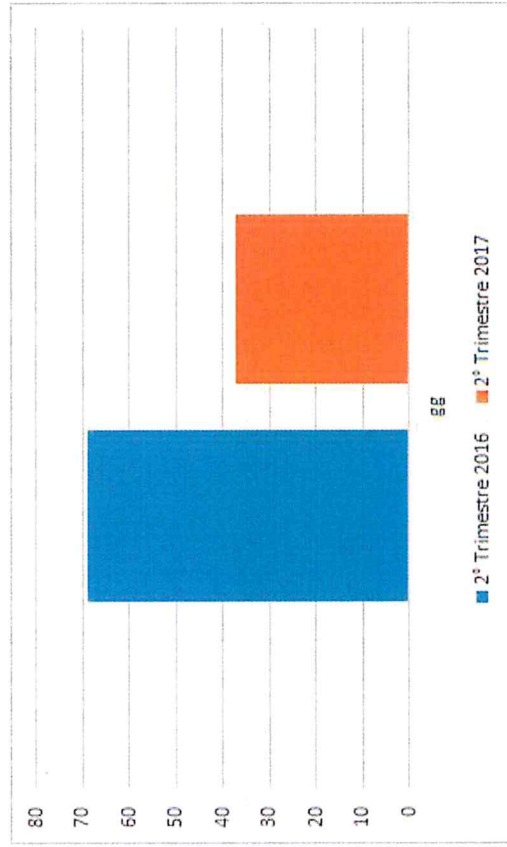
Il sistema di programmazione dei consumi a inizio anno e il relativo monitoraggio mensile, infatti, permette una puntuale conoscenza dei costi, una maggiore responsabilizzazione e quindi il rispetto a fine anno del budget assegnato.

4C. EFFICIENTAMENTO DEL CICLO PASSIVO

Nel quadriennio 2013/2016 il risultato economico d'esercizio presenta un trend positivo, passando da valori negativi registrati nel 2013 al pareggio di bilancio negli esercizi successivi. I risparmi di costo registrati nel quadriennio, pari a circa 8 mln di euro, hanno consentito di raggiungere l'auspicato equilibrio economico-finanziario, permettendo di conseguire gli obiettivi regionali pianificati per il riequilibrio del bilancio aziendale. Tali importanti risultati scaturiscono da un'intensa attività volta a conciliare il consolidamento del percorso di innovazione e di miglioramento nei servizi sanitari offerti pur nell'ottica del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e nell'impegno costante nell'evitare situazioni di criticità nell'erogazione dei LEA, operando al fine di coniugare le tipicità proprie del territorio e le caratteristiche demografiche con gli obiettivi regionali di cui sopra.

Di seguito sono riportati alcuni indicatori rappresentativi dei risultati raggiunti nel percorso di efficientamento intrapreso.

Indicatore tempestività dei pagamenti (ITP)



Tutte gli enti del servizio sanitario nazionale sono tenuti a pagare le proprie fatture entro 60 giorni dalla data del loro ricevimento. Il rispetto di queste scadenze è un fattore di cruciale importanza per il buon funzionamento dell'economia aziendale e del territorio in quanto impatta anche sulle risorse a disposizione dei fornitori. I tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture vengono monitorati mediante l'indicatore di tempestività dei pagamenti, secondo i criteri di calcolo definiti nel DPCM del 22/09/2014

La tabella mostra un significativo miglioramento dell'indicatore dovuto sia ad un incremento delle disponibilità liquide rimesse dalla Regione, sia alla sottoscrizione della procedura denominata "Accordo Pagamenti" che, grazie alla messa in campo di un importante apparato organizzativo è riuscita ad abbattere i tempi necessari per compiere una serie di verifiche amministrative, di controlli sulle partite in pagamento, consentendo di ridurre drasticamente i tempi di pagamento.

Riguardo il valore dell'ITP, si ritiene utile precisare che l'Azienda, nel predisporre i pagamenti che gestisce in autonomia, attraverso l'emissione di propri ordinativi, elabora uno scadenzario delle partite, in modo da rispettare il criterio cronologico nella soddisfazione delle pretese creditorie.

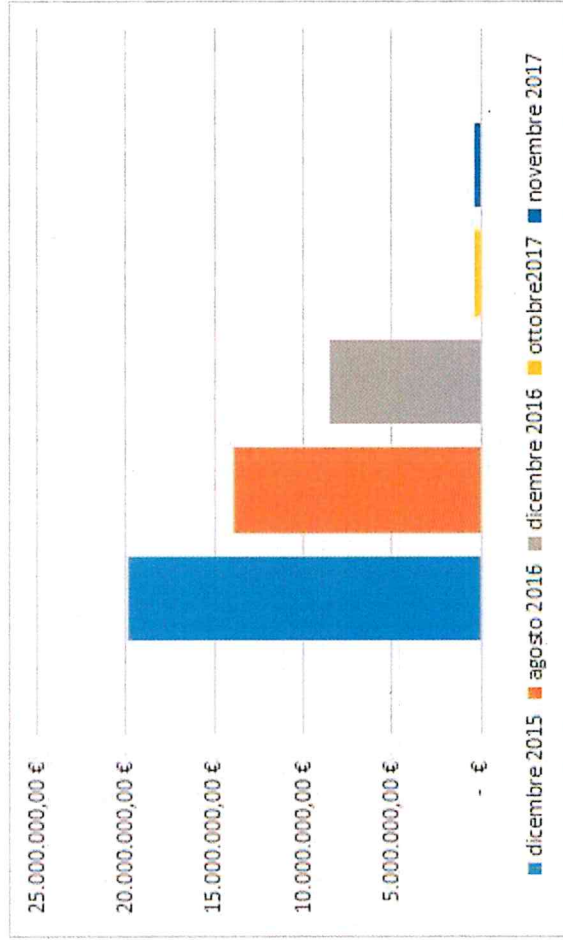
Valore esposizione debiti immessi sul sistema pagamenti

L'andamento del valore della voce indicante l'esposizione debitoria dell'Azienda, ha fatto registrare un significativo decremento. Tale

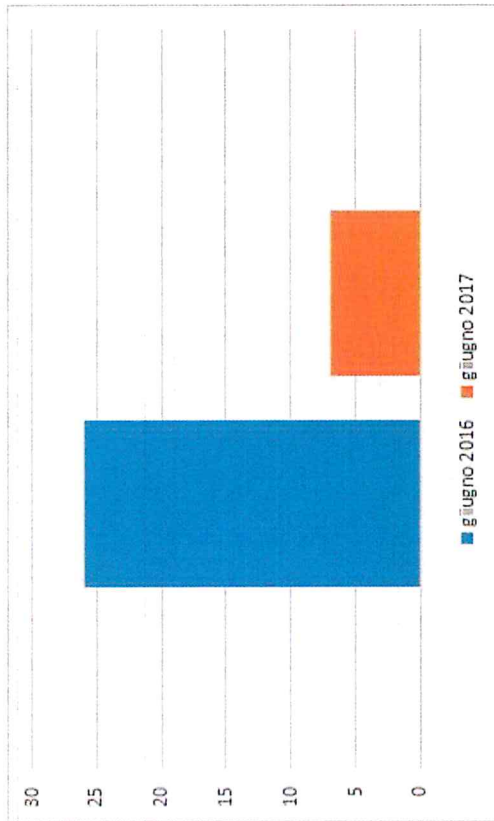
sensibile contrazione risulta in particolar modo dovuta sia alla maggiore disponibilità finanziaria di cui l'Azienda si è trovata a disporre, sia alla sottoscrizione della procedura "Accordo Pagamenti", scaturita dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 689 del 26 settembre 2008. Essa ha definito nuove modalità di pagamento per i fornitori di beni e servizi del Sistema Sanitario Regionale, mediante la sottoscrizione di uno specifico accordo denominato, appunto, "Accordo Pagamenti" al fine di gestire, secondo procedure uniformi, i crediti oggetto di fatturazione e consentire la razionalizzazione della spesa sanitaria regionale, garantendo puntualità, trasparenza ed omogeneità di trattamento ai fornitori del SSR. Successivamente, inoltre, tale procedura è stata estesa anche alle Strutture che erogano prestazioni sanitarie, al fine di consentire omogeneità di trattamento delle diverse categorie di soggetti che intrattengono rapporti con il SSR, come da Delibere di Giunta Regionale n. 813 del 7 novembre 2008, n. 58 del 29 gennaio 2010, n. 358 del 8 agosto 2011 e n. 51 del 17 febbraio 2012.

Tutto ciò, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Rientro che ha identificato l'Accordo Pagamenti come una delle misure fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi di riduzione del disavanzo e del riallineamento tra cassa e competenza.

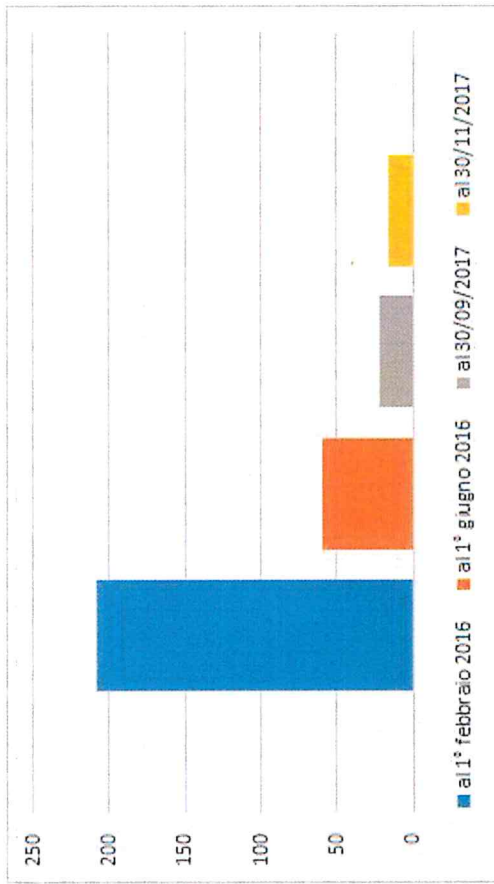
Un ruolo notevole nella contrazione della massa debitoria, ha svolto, inoltre, l'emanazione e la successiva applicazione del D.L. 35/2013 e ss.mm.ii. che ha determinato l'estinzione dei debiti elencati nei piani di certificazione emessi dall'Azienda, relativi ai crediti vantati da fornitori del SSR, certi, liquidi ed esigibili alla data del 31/12/2012.



Tempo medio di registrazione fatture



Ritardo liquidazione



L'introduzione della fatturazione elettronica, obbligatoria per tutte le pubbliche amministrazioni dal 31 marzo 2015 si sta rivelando un sistema snello e veloce che semplifica il processo di trasmissione e trasferimento delle pratiche tra i vari soggetti attualmente coinvolti (fornitori e cessionari; responsabili della fornitura e della liquidazione; la Ragioneria; la Tesoreria).

Dall'impegno al fornitore fino al pagamento dei relativi documenti sono diversi i passaggi d'ufficio che la fattura deve compiere.

Con la fatturazione elettronica l'iter si semplifica e i tempi, come evidenziato nel grafico, si riducono sensibilmente.

In particolare, la riduzione riscontrata nei tempi medi di registrazione delle fatture ha contribuito a contrarre i ritardi per giungere al pagamento dei documenti passivi, posto che i giorni disponibili per la liquidazione e il successivo pagamento degli stessi decorrono dalla data di immissione sul Sistema di Interscambio e non dal momento in cui sono inseriti nelle contabilità delle Aziende.

5. ADERENZE ALLE DIRETTIVE REGIONALI

Nel seguente paragrafo sono rappresentati i risultati raggiunti dall'Azienda sulla base della verifica effettuata al 30 settembre 2017. Gli indicatori misurati riguardano in particolare l'aderenza ai Programmi Operativi 2016-2018, agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO RILEVATO 2016	DATO RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2017
1.1 - Copertura test screening oncologici	1.1.1 - Numero di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni) nel programma di screening organizzato, calcolate nel periodo di riferimento X 100	≥ 60%	66%	dato al 30/9: 56%
1.1 - Copertura test screening oncologici	1.1.2 - Numero di test di screening (pap-test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni) nel programma di screening organizzato, calcolati nel periodo di riferimento X100	≥ 50%	29%	dato al 30/9: screening cervicocarcinoma, 32%
1.1 - Copertura test screening oncologici	1.1.3 - Numero di test di screening per la ricerca del sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni) nel programma di screening organizzato, calcolati nel periodo di riferimento X100	≥ 50%	35%	dato al 30/9: 29% - il servizio è stato riorganizzato, predisponendo i blocchi per le prenotazioni a CUP per prestazione di colonscopie fuori fascia screening
Screening area oncologica	raggiungere i seguenti standard per l'adesione: al test di screening: - Mammella ≥ 50%; - Cervice uterina ≥ 40%; - Colon retto pari ≥ 45%;	direttamente proporzionale rispetto allo standard	MAMMELLA: 64%; CERVICE UTERINA: 42%; COLON RETTO: 29% - vedi nota in relazione	dato al 30/9: mammella 56%, cervice 32%, colon retto: 29% - Lo standard LEA (25%) è comunque raggiunto
Screening area oncologica	mantenimento dell'estensione inviti pari a screening mammella > 90%; della cervice uterina > 90%; screening del colon retto pari > 90%;	direttamente proporzionale rispetto allo standard	MAMMELLA: 100%; CERVICE UTERINA: 100%; COLON RETTO: 100%	l'estensione degli inviti, per i tre programmi di screening, è pari al 100%
1.2 - Migliorare e consolidare la copertura vaccinale prevista per la vaccinazione MPR (Morillo-Parotite-Rosolia) e adottare l'offerta attiva delle vaccinazioni come standard operativo per l'età evolutiva	1.2.1 - N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose) di vaccino MPR	95%	90,13% (dati consolidati)	dato al 30/9: 94,83%
1.2 - Migliorare e consolidare la copertura vaccinale prevista per la vaccinazione MPR (Morillo-Parotite-Rosolia) e adottare l'offerta attiva delle vaccinazioni come standard operativo per l'età evolutiva	1.2.2 - N. nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita (chiamata attiva alle vaccinazioni)	2016: 60% 2017: 80%	100%	dato al 30/9: 100% nuovi nati
2.1 - Potenziamento dell'assistenza domiciliare (AD): raggiungimento a livello regionale della copertura di almeno il 4% della popolazione di età uguale o superiore a 65 anni seguita in assistenza domiciliare come previsto dagli standard LEA.	% di persone di età ≥ 65 anni seguite in ADI residenti nella ASL (Fonte dati SIAT) / numero di persone di età ≥ 65 anni residenti nella ASL (Fonte dati ISTAT)	2016: ≥ 1,8%; 2017: ≥ 2%	5,30%	Fonte dati Cure Primaria: dato al 30/9: 2,74%

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO RILEVATO 2016	DATO RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2017
2.2 - Avvio in esercizio del Sistema Informativo di Assistenza Territoriale della Regione Lazio - SIAT nelle Aziende Sanitarie Locali	Dati di produzione del sistema SIAT con particolare riferimento alle prese in carico registrate rispetto ai diversi setting assistenziali gestiti dal sistema entro il 31/12/2016	Presenza dati attività: - La registrazione dei dati anagrafici dell'assistito; - La presenza di una valutazione multidimensionale; - La presenza di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) o Piano di Riabilitazione Individuale (PRI); - L'erogazione delle prestazioni previste dai PAI / PRI	distretto A: parziale	Il SIAT è funzionante sulla base delle indicazioni regionali (schede attivate)
2.3 - Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali: progressiva presa in carico a livello territoriale delle persone con patologia cronica con gestione integrata del percorso tra medico di medicina generale e ambito specialistico.	Presa in carico di pazienti affetti da diabete e/o BPCO (neo diagnosticati e/o prevaienti)	SI in tutti i Distretti dell'ASL	SI	SI
3.1 - Incremento dell'attività di raccolta nell'anno indice rispetto a quello dell'anno precedente	Incremento dell'attività di raccolta nell'anno indice rispetto a quello dell'anno precedente	SOLO PER IL 2017:100%	NON VALIDO PER IL 2016	NEL DCA 214/2017 L'INDICATORE NON E' ATTUALIZZATO PER IL 2016; PER IL 2017 SI RIMANDA AL VALORE CHE IL CRS DOVRA' INDICARE - CHIUSURA CENTRO DI TARQUINIA E 4 PUNTI PRELIEVO (Latera, Graffignano, Civitella d'Agliano e Torre Alfina)- VALORE AL 30/9: 10.404 DONAZIONI, -12% (dott. Mandarello, 30/10): l'indice di donazioni unità per 1000 ab: 47,2 (regionale: 32,5)
Incremento del numero di donazioni di sangue	Incremento donazioni di almeno il 5% anno rispetto alla media del periodo 2012/2015	S/N	valore 2015: 16.480; valore 2016: 15.755 - vedi nota in Relazione (DATO REPORT DG)	NEL DCA 214/2017 L'INDICATORE NON E' ATTUALIZZATO PER IL 2016; PER IL 2017 SI RIMANDA AL VALORE CHE IL CRS DOVRA' INDICARE - CHIUSURA CENTRO DI TARQUINIA E 4 PUNTI PRELIEVO (Latera, Graffignano, Civitella d'Agliano e Torre Alfina)- VALORE AL 30/9: 10.404 DONAZIONI, -12% (dott. Mandarello, 30/10): l'indice di donazioni unità per 1000 ab: 47,2 (regionale: 32,5)
4.1 - Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore	Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi	> 95%	P.S Belcolle: 90,21%, Civita Castellana 97,56%; Tarquinia 96,98%. Media aziendale 96%	FORNITE DATI S.I. - dato al 31/10: Belcolle, 88%, Tarquinia 98%, Civita Castellana, 98%

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

OBBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO RILEVATO 2016	DATO RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2017
4.2 - Rapporto fra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS/DEA alle ore 14	Rapporto fra pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento e pazienti in PS/DEA, alle ore 14,00	< 10%	non rilevabile per il 2016	il risultato è rilevabile solo dai flussi informativi regionali; nel mese di novembre il P.S. sta rilevando quotidianamente il dato - il risultato è condizionato dalla disponibilità di posti letto nei reparti
4.3 - Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale pazienti con esito ricovero/trasferimento	< 10%	P.3 Beicolle: 3,72% ; Civita Castellana 3,55%; Tarquinia 2,18%	FONTE DATI S.I. - dato al 31/10: Beicolle, 10%, Tarquinia 2%, Civita Castellana, 2%
4.4 - Accessi con triage rosso, esito ricovero /trasferimento e tempo di permanenza >24 ore	Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento	< 10%	(DATO REPORT DG) P.3 Beicolle: 0,45% ; Civita Castellana 0,49%; Tarquinia 0,08%	FONTE DATI S.I. - dato al 31/10: Beicolle, 10%, Tarquinia 2%, Civita Castellana, 2%
5.1 - Riduzione dei ricoveri diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	< 25%	16,5% (fonte dati SIA)	FONTE DATI S.I. - dato al 30/9: 17%
5.2 - Degenza in area medica e degenza preoperatoria	5.2.1 - Numero giornate di degenza ordinarie in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale 5.2.2 - Numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elezione/DRG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno con tipologia di assistenza chirurgica in elezione /DRG chirurgico	≤ 8,5 gg ≤ 1,7 gg	9,84 GG Beicolle: 1,13 gg; Tarquinia: 1,44 gg; in attesa CC	FONTE DATI S.I. - dato al 30/9: 9,22 GG FONTE DATI S.I. - dato al 30/9: 1,55 gg (dato aziendale)
5.3 - Trasparenza delle agende di prenotazione	Prestazioni specialistiche "senza prenotazione" erogate nel IV trimestre 2016 / Prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo (escluso il Laboratorio di analisi ed altre Unità o Branche specialistiche ad accesso diretto senza prenotazione, le prestazioni erogate in ambito PAC/APA e quelle tipicamente erogate in cicli) Proportione di infarti miocardici con soprassollamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti. Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti dalla data e ora di accesso nella struttura di ricovero sul numero di episodi di STEMI ricoverati nella stessa struttura. La data di accesso corrisponde alla data del primo ricovero per STEMI o, dove presente, alla data dell'accesso nel PS della stessa struttura di ricovero	< 10%	in attesa dato	è stata avviata una revisione organizzativa per garantire l'appropriatezza del percorso
6.1 - Aumento della tempestività dell'esecuzione di PTCA nei pazienti con STEMI		≥ 60%		indicatore misurabile da PREVALE

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO RILEVATO 2016	DATO RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2017
Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	1) proporzione di STEMI (infarti miocardici con soprassilevamento del tratto ST) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano. Numero di ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni dalla data di accesso nella struttura di ricovero in pazienti ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoveri in regime ordinario per frattura del collo del femore in pazienti ultrasessantacinquenni. La data di accesso corrisponde alla data di ricovero per frattura del collo del femore o, dove presente, alla data dell'accesso nel PS della stessa struttura di ricovero.	Valore soglia ≥ 55	FONTE DATI S.I. AZILI: 48,8% vedi nota in relazione;	indicatore misurabile da PREVALE
6.2 - Aumento della tempestività dell'esecuzione degli interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano		$\geq 60\%$	Civita Castellana: 68%; Tarquinia: 59%; Belcolle: 75%. Dato P.Re.Val.E 2016: 59,65%	FONTE DATI S.I. - dato al 30/9: BELCOLLE: 84,8%; TARQUINIA 70,9%, CIVITA CASTELLANA: 40% (ne mese di settembre si nota un incremento della % che raggiunge il valore del 71,4%)
Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	2) intervento chirurgico entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni. Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistomia laparoscopica e degenza post operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistomia laparoscopica.	Valore soglia ≥ 70 Belcolle ≥ 60 Civita Castellana ≥ 60 Tarquinia	FONTE DATI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI: Belcolle: 75%; Civita Castellana: 69%; Tarquinia: 60%	FONTE DATI S.I. - dato al 30/9: BELCOLLE: 84,8%; TARQUINIA 70,9%, CIVITA CASTELLANA: 40% (ne mese di settembre si nota un incremento della % che raggiunge il valore del 71,4%)
6.3 - Riduzione della degenza post-operatoria dopo intervento di colecistomia laparoscopica e riorganizzazione dell'attività chirurgica		$\geq 70\%$	Dato P.Re.Val.E 2016: 77,44%. FONTE DATI SIA: Belcolle 52%; Tarquinia: 84,5%; Civita Castellana: 87%	FONTE DATI S.I. - dato al 30/9 - dato aziendale: 86,38%
Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	3) proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 gg.	Valore soglia ≥ 70 Belcolle ≥ 70 Civita Castellana ≥ 70 Tarquinia	FONTE DATI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI: CH Gen. Belcolle: 70,5%; CH Vasc.: 38,5% Belcolle totale: 47%; Tarquinia: 84,5% (< 1 gg); Civita Castellana: 79,5% - vedi nota in Relazione	FONTE DATI S.I. - dato al 30/9: Belcolle 78,86%; Civita Castellana: 96,36%; tarquinia 92,98% dato aziendale: 86,38%

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO RILEVATO 2016	DATO RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2017
6.4 - Riduzione del numero di nuovi interventi di resezione successivi ad un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella e riorganizzazione dell'attività chirurgica	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella. Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella sul totale degli interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella.	≤ 10%	Dato P. Re. Val. E 2016: 3,35%	dato sia al 30/09/2017: 0 casi, 0%
6.5 - Ridurre le complicanze evitabili a breve e lungo termine nei pazienti diabetici	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici. Numero dei ricoveri per complicanze a breve e a lungo termine del diabete sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da diabete	≤ 75%	Dato P. Re. Val. E 2016: 60,24%	FONTE DATI CENTRO DIABETOLOGICO - dato al 30/9: 64 ospedalizzazioni/2976 pazienti assistiti presso il Centro di Viterbo; il responsabile del Centro inferisce che presso le altre strutture la percentuale di ospedalizzazioni è pressappoco la stessa di quella rilevata a Viterbo
Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	2) ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici;	< o = 53%	SI - valore anno 2016: calcolo su totale pazienti di diabetici assistiti (506 casi di ospedalizzazione/12.305 pz diabetici > 35 aa = 0,42*1000);	FONTE DATI CENTRO DIABETOLOGICO - dato al 30/9: 64 ospedalizzazioni/2976 pazienti assistiti presso il Centro di Viterbo; il responsabile del Centro inferisce che presso le altre strutture la percentuale di ospedalizzazioni è pressappoco la stessa di quella rilevata a Viterbo
6.6 - Ridurre i ricoveri per riacutizzazione della broncopneumopatia cronica ostruttiva nei pazienti con BPCO	Ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO. Numero di ricoveri per BPCO sulla popolazione assistita e residente nella regione Lazio affetta da BPCO.	≤ 1,6%	Dato P. Re. Val. E 2016: 12,08	FONTE DATI S.I. - dato al 30/9: 23/105.066
Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	3) ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronicoostruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO;	< o = 53*1000	SI - 24/105.615 vedi nota in relazione	FONTE DATI S.I. - dato al 30/9: 23/105.066
6.7 - Ridurre il ricorso potenzialmente inappropriato al taglio cesareo nelle donne senza pregresso cesareo	Proporzione di parti con taglio cesareo primario. Numero di ricoveri per parto cesareo primario sul totale dei parti con nessun pregresso cesareo. I parti cesarei primari sono definiti come parti cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo.	≤ 25% (strutt. con volume magg. di 1000 parti annui); ≤ 15% (strutt. con volume magg. di 500 parti annui)	Dato P. Re. Val. E 2016: 22,34%	FONTE DATI S.I. - dato al 30/9: 23%
Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	4) proporzione di parti con taglio cesareo primario	< o = 18%	SI - 20,29% - vedi nota in Relazione	FONTE DATI S.I. - dato al 30/9: 23% (valutando con il nuovo parametro di cui al DCA214/2017)

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO RILEVATO 2016	DATO RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2017
1.1 - Attivazione degli interventi finanziati con risorse in conto capitale o con altre fonti ad investimento specificatamente assegnate	Raggiungimento della % di avanzamento in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori ed attrezzature) riproporzionata in rapporto alla durata complessiva dell'appalto nell'ottica del completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini ultimi previsti	% avanzamento al 100% della spesa obiettivo (IMP_OBIETTIVO) per ogni finanziamento non ancora totalmente liquidato	in attesa dato	
1.2 - Aggiornamento inventario delle apparecchiature sanitarie presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate ai fini dell'erogazione del LEA	Alimentazione del flusso informativo ministeriale	100%	L'adempimento LEA 2016 si è concluso con l'invio del Modello di autocertificazione alla Regione Lazio nei termini tempi stabiliti.	Nei corso dell'anno 2017 si è provveduto a tutti gli aggiornamenti/variazioni/insertimenti nel Sistema Informativo Ministeriale NSIS dei dati delle apparecchiature per le quali, ad oggi si sono verificate delle variazioni
1.3 - Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dimissioni e accorpamento delle sedi	Presentazione del piano di assetto e di valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso entro il 31.12.2017	100%	in attesa dato	IL DOCUMENTO E' STATO PREDISPOSTO - SARA' APPROVATO E CONSEGNATO NEI TEMPI PREVISTI ALLA REGIONE LAZIO
2.1 - Nel corso del triennio 2016-2018 si intende avviare e compiere una nuova serie di interventi e di azioni finalizzate alla realizzazione di una effettiva e incisiva gestione del personale. Nell'ambito di tale generale ridefinizione e del conseguente avvio della nuova fase triennale di programmazione delle politiche gestionali del personale, con il DCA n. U00156 del 12 maggio 2016, si è previsto di definire un budget assunzionale, in termini sia di valore complessivo sia in termini di teste, attribuendo la facoltà di assumere all'interno del budget concordato alle Aziende e agli Enti del SSR. In tale nuova fase rievoca da un lato l'autonomia e la conseguente responsabilità aziendale e, dall'altro lato, il fondamentale rispetto della Legge n. 291 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010) e s.m.i nonché dell'equilibrio economico-finanziario del SSR e degli obiettivi di controllo della spesa del personale. Pertanto, nell'ambito di tale impostazione programmatica di gestione del personale, assume notevole importanza il completamento della procedura di definizione e conseguente approvazione delle dotazioni organiche aziendali. Ciò allo scopo di garantire la coerenza e la sistematicità del livello di personale di ciascuna azienda o ente del servizio sanitario regionale con la nuova struttura della rete assistenziale, con quanto previsto dai piani strategici triennali e degli atti aziendali.	2016: INVIO DELLA GRIGLIA DEL FABBISOGNO DI PERSONALE COMPIUTA IN COERENZA AL FORMAT; 2017: Deliberazione di approvazione	100%	in attesa dato	E' PROSSIMA L'APPROVAZIONE DELLA DOTAZIONE ORGANICA AZIENDALE
3.1 - Adozione di un Piano di Azioni di Miglioramento per la prevenzione delle cadute secondo le Linee di Indirizzo Regionali con particolare attenzione alle criticità legate ai dispositivi medici (letti) strutturali e a quelle organizzative e gestionali dei pazienti valutati ad alto rischio.	Presenza del Piano Prevenzione delle Cadute sul sito intranet	SI / NO	in attesa dato	SI

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO RILEVATO 2016	DATO RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2017
4.1 - Spesa farmaceutica convenzionata: rispetto del tetto di spesa farmaceutica convenzionata 7,96% sul fabbisogno sanitario	Spesa farmaceutica territoriale:	2016: ≤ 11,35% (spesa farmaceutica terr.le) 2017: ≤ 7,85% (spesa farmaceutica convenzionata)	12,18%	9,02%
Farmaceutica	lo scostamento deve essere ≤ alio 0,5 % del tetto di spesa su base regionale (11,35%) - FARM.CA TERRITORIALE, COMPRESO DISTRIBUZIONE DIRETTA PER CONTO	inversamente proporzionale	12,18 - vedi nota in relazione	
4.2 - Adempienza trasmissione Flussi Informativi - Adempimenti LEA in ambito farmaceutica	Adempienza trasmissione Flussi Informativi Adempimenti LEA in ambito farmaceutica.	100%	in attesa dato	100%
Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	Realizzazione degli interventi previsti dal DCA sulla rimodulazione dell'offerta ospedaliera	S/N		SI
Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	1) Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week e long	S/N		SI
Razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	1) Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Medica secondo il modello per intensità di cure 2) proporzione di pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di Sartani rispetto a tutti i pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare con prescrizione di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina(ACE-iesartani);	S/N	SI vedi nota in Relazione	SI, COMPATIBILMENTE CON I CANTIERI AVVIATI NEL P.O. DI BELCOLLE
Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	5) ospedalizzazione per tonsillectomia	< o = 18*100	SI - 9/47.840 (popolazione di riferimento: aa 0-17)	SI, VALORE RILEVATO <38% (Sommariva)
Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	N. cartelle verificate / n. cartelle totale> 12,5%	< o = 2,4*1000	>12,5%	SI, VALORE RILEVATO <38% (Sommariva)
Esiti e qualità delle cure	2) Attività di vigilanza delle strutture private autorizzate ed accreditate ai sensi dell'art. 11 della L.R. n. 4/2003: 50% del peso, l'obiettivo sarà valutato in base alla percentuale sul totale delle strutture private accreditate verificate con una soglia minima del 50% al di sotto della quale l'obiettivo non si intenderà raggiunto, dal 51% il peso verrà calcolato in base alla percentuale verificata.	SI	>12,5%	SI, VALORE RILEVATO <38% (Sommariva)
Autorizzazione ed accreditamento		l'obiettivo sarà valutato in base alla percentuale sul totale delle strutture private accreditate verificate con una soglia minima del 50% al di sotto della quale l'obiettivo non si intenderà raggiunto, dal 51% il peso verrà calcolato in base alla percentuale verificata.	si - anno 2016: espletato il 100% dei controlli; anno 2017: concordato nuovo programma con coordinatore NVC - vedi nota in Relazione all'to 3a.13	SI - I CONTROLLI PREVISTI PER IL 2017 TERMINANTI

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO RILEVATO 2016	DATO RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2017
Autorizzazione ed accreditamento	1) Analisi sulla rispondenza delle strutture aziendali ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, propedeutica al percorso di autorizzazione e di accreditamento istituzionale; 50 % del peso; l'obiettivo sarà valutato in base a una relazione prodotta.	produzione relazione	SI - all.to 3a.14.a) SI (verifica effettuata dalla società IMQ in data 11 e 12 gennaio 2017) - all.to 3.b	
Autorizzazione ed accreditamento	Mantenimento dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento del SIMT	S/N	SI - CASA DELLA SALUTE DI SORIANO NEL CIMINO (vedi nota in Relazione)	SI
Riordino assistenza territoriale	N. case della salute realizzate. Standards: apertura di almeno una Casa della Salute nei primi sei mesi; apertura di un'altra Casa della Salute nei 18 mesi	S/N		SI - CASA DELLA SALUTE DI SORIANO NEL CIMINO E DI BAGNOREGIO
Riordino assistenza territoriale	Almeno il 60% dei soggetti segnalati e non seguiti entro 60 giorni dalla trasmissione dell'elenco e l'80% entro 90 giorni dalla trasmissione dell'elenco	S/N		FONTE DATI DPT CURE PRIMARIE: COMPLESSIVAMENTE ALLA DATA DEL 30/9 RISULTA ABBIANDO ADErito IL 5,8% DEI MMGE PLS AZIENDALI -
Risk management	1) adozione del piano annuale per la gestione del rischio clinico 2016 entro 45 giorni dalla data di adozione delle Linee Guida regionali	S/N	Il Piano è stato adottato con del.ne DG n. 350 del 16/3/2016 - all.to 5a.18 a	IL PIANO ANNUALE 2016 E' STATO ADOTTATO NEI TEMPI
Risk management	2. 70% di raggiungimento degli obiettivi prefissati nel Piano annuale di attività entro il 31/12/2016	S/N	SI - RISULTATO RAGGIUNTO (vedi del.ne n. 155/2017 "Piano Annuale R.M. 2017" - all.to 5.a-19)	OBIETTIVO RAGGIUNTO NEL CORSO DEL 2016
Risk management	3. 80% di obiettivi raggiunti contenuti nel Piano di attività alla scadenza dei 18 mesi	S/N		SI. Già RAGGIUNTO
Risk management	1) inserimento nel sistema Rating ASL della scheda A entro 5 giorni dall'evento sentinella	S/N	SI - vedi nota in Relazione	
Risk management	2) inserimento nel sistema Rating ASL della scheda B entro 45 giorni dall'evento sentinella; % di schede caricate nel sistema secondo i tempi e parametri indicati	S/N	SI - vedi nota in Relazione	
Risk management	Realizzazione di almeno 3 eventi formativi entro 6 mesi dalla nomina indirizzati ai medici prescrittori (dipendenti e convenzionati) sui temi dell'appropriatezza prescrittiva e del corretto uso delle classi di priorità nella prescrizione delle prestazioni di primo accesso.	S/N	SI - vedi nota in relazione	EVENTI FORMATIVI REALIZZATI NEI TEMPI PREVISTI

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATA RILEVATO 2016	DATA RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2017
Governo delle liste di attesa	Redazione ed invio alla Direzione Regionale Salute di un report semestrale sintetico che documenti almeno 1 intervento per ciascuna delle 6 linee indicate nel PRGIA	S/N	SI - vedi nota in Relazione - all. ti 6b.24 a), b)	
Governo delle liste di attesa	Ricorso abituale (>50%) alla prescrizione dematerializzata da parte di almeno il 60% degli specialisti dipendenti e convenzionati	S/N		FONTE DATI S.I. AL 20/8): 19,8%
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 istituzionale - l'eventuale adozione di provvedimenti di riduzione e/o sospensione dell'attività libero professionale in quelle unità operative in cui i tempi di attesa dell'attività istituzionale superino quelli massimi previsti dal PRGIA	S/N	SI - vedi nota in Relazione e all. ti 6e - 26 a) e b)	
Mobilità sanitaria	Valorizzazione ricoveri in mobilità passiva 2016/2015 > 10%	S/N	VALORE MOBILITA' INTRAREGIONALE RICOVERI ANNO 2016: 37.493.121,94 EURO; VALORE ANNO 2015: 36.580.165,71 - vedi nota in Relazione	VALORE MOBILITA' INTRAREGIONALE RICOVERI: STIMA VALORE ANNO 2017: 36.886.789,95 EURO; ANNO 2016: 38.189.495,28 EURO; NON MISURABILE; SONO STATE POSTE IN ESSERE TUTTE LE AZIONI MIRATE AL RAGGIUNGIMENTO DELL'INDICATORE
Mobilità sanitaria	Riduzione del tasso di errore attuale (4,2%)	<4,2% - >3=0,4		
Corretta e completa attuazione PAC	Rispetto delle azioni contenute nel piano aziendale entro i tempi previsti	<3 - >2,25%=1 <2,25%>2	; vedi SI - nota in relazione	
Corretta e completa attuazione PAC	misura degli interessi passivi richiesti addebitabile al ritardo nella certificazione del debito	S/N	SI - 100% delle azioni	SI
Spesa del Personale	4 monitoraggi/anno, da inviare alle componenti strutture regionali, attestanti il rispetto del budget assegnato	Rispetto Budget Anno 2016: - SI:7punti - NO:0 punti / Rispetto Budget n. mesi 2017:- SI : 1punto - NO:0 punti	SI - vedi nota in relazione	SI
Spesa del Personale	Verifica utilizzo fondi contrattuali rispetto alla capienza deliberata: a) 4 monitoraggi / anno di verifica della congruità del fondo, da inviare al competente ufficio regionale entro il 15 mese successivo alla scadenza del trimestre osservato.	Avvenuta trasmissione dei monitoraggi al competente ufficio regionale:- SI:2punti - NO:0 punti	SI - all.to 9a-31 a	SI

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO RILEVATO 2016	DATO RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2017
Spesa del Personale	Verifica utilizzo fondi contrattuali rispetto alla capienza delberata: b)verifica della capienza rispetto alle competenze erogate mediante trasmissione dei provvedimenti di costituzione dei fondi per ciascun anno di riferimento e dei relativi provvedimenti di liquidazione a chiusura anno;per i periodi intermedi, delibera attestante l'entità del fondo che le competenze pro quota erogate sono pro quota nel fondo.	Rispetto capienza vs competenze erogate anno 2016:- SI:1,5punti - NO:0 punti Rispetto capienza vs competenze erogate n.mesi 2017:- SI:0,5punti - NO:0 punti	SI - del.ne 874/2016 e del.ne 294/2017 (consistenza dei fondi) (all.to 9.b 33 - 1 e 2) e "Prospetto speso Fondi" (all.to 9b. 33 - 3)	SI
Farmaceutica	lo scostamento deve essere ≤ alio 0,5 % del tetto di spesa su base regionale (3,5%) - FARM.CA.H	inversamente proporzionale	SI - 4% vedi nota in Relazione	5,1%
Farmaceutica	lo scostamento deve essere ≤ alio 0,5 % del tetto di spesa su base regionale (4,4%) - DISPOSITIVI MEDICI	inversamente proporzionale	SI - 4,05	4,03%
Incremento del numero di donazioni di sangue	Almeno 4 riunioni/anno finalizzate alla stesura di interventi di miglioramento dell'uso del sangue	S/N	SI - all.to 1.1.b SI - anno 2016: 3.651.721,89/anno 2015: 4.864.906,22=	LE RIUNIONI SI SVOLGONO CON REGOLARITA'
Trasparenza negli acquisti	spesa totale procedure negoziate e/o affidamento diretto 2016 >90% spesa totale per procedure negoziate e/o affidamento diretto 2015	direttamente proporzionale	75,06%	OBIETTIVO RELATIVO ALL'ANNO 2016: SI - anno 2016: 3.651.721,89/anno 2015: 4.864.906,22= 75,06%
Trasparenza negli acquisti	spesa totale acquisto beni infungibili 2016 >90% spesa totale per acquisto beni infungibili 2015	direttamente proporzionale	SI - anno 2016: 3725.170,88/anno 2015: 1.993-454,04=	OBIETTIVO RELATIVO ALL'ANNO 2016: SI - anno 2016: 3725.170,88/anno 2015: 1.993-454,04= 36,38%
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	S/N	SI - pieno rispetto dei tempi	SI
Sicurezza nei luoghi di lavoro	numero imprese sottoposte a vigilanza nel territorio aziendale di competenza	direttamente proporzionale	SI - 795/663 - vedi nota in relazione	757/840 (VALORE AL 30/9/2017)

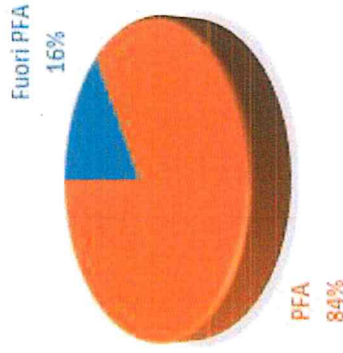
Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

6. ECM e formazione del personale aziendale

ECM aziendale anno 2017

Di seguito è rappresentata l'attività formativa ECM svolta dalla ASL di Viterbo nell'anno 2017. Le proposte delle Unità Operative aziendali di eventi formativi ECM per l'anno 2017 sono state 108, di queste 82 sono state valutate positivamente dalla Direzione Strategica, validate dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS), successivamente discusse con le Organizzazioni Sindacali e approvate come Piano Formativo Aziendale (PFA) ECM con Deliberazione del DG n. 1374 del 04/08/2017. La programmazione degli 82 eventi è stata inserita dal Provider Aziendale Id. n.34, nei tempi di scadenza previsti, nel sistema Agenas per l'accreditamento. Alla data del 12/11/2017 sono stati accreditati n. 58 su 82 Progetti Formativi Aziendali, sono stati inoltre accreditati anche n.11 Eventi Formativi Residenziali fuori PFA (16%).

Eventi formativi residenziali



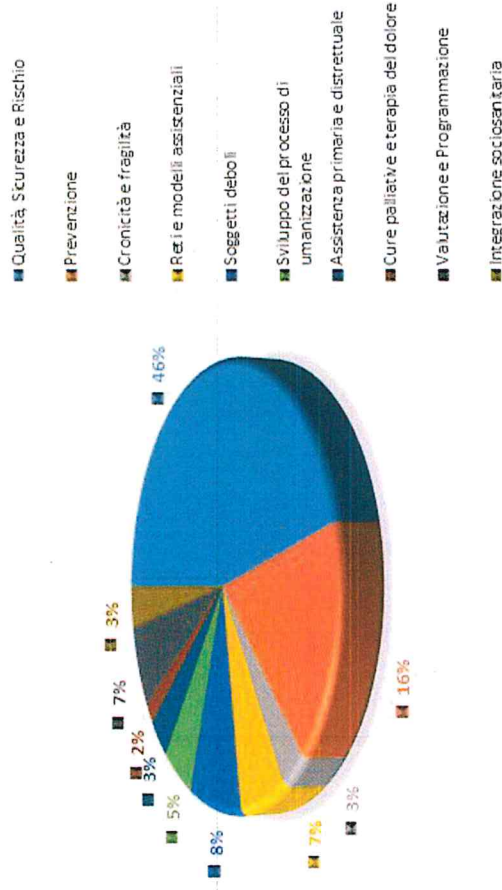
Sul totale eventi realizzati, l'83 % è stato svolto in tipologia residenziale (RES), il restante 17 % in tipologia Formazione Sul Campo (FSC).

Tipologia di formazione

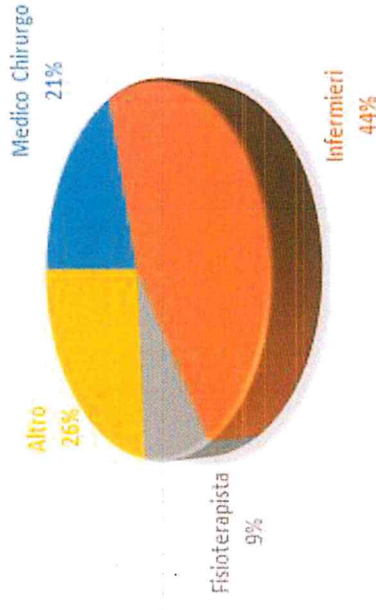


L'offerta formativa aziendale ha tenuto conto delle dieci Aree strategiche di Formazione, individuate nel DCA n. U00582 del 15/12/2015 Approvazione Piano Formativo Regionale triennio 2016-2018. *Indirizzi strategici per la formazione degli operatori sanitari*, come riportato nel grafico che segue dove è rappresentata, in ordine percentuale, la formazione svolta su ogni area per numero di eventi.

Aree formative strategiche



Professioni sanitarie formate



Gli eventi hanno insistito maggiormente sull'Area *Qualità e Sicurezza e Rischio* come indicato dalla Regione Lazio con nota n. GR/11/49 in relazione agli adempimenti LEA 2017 – Formazione Rischio Clinico. Le ore totali di formazione per i 69 progetti, accreditati e svolti, sono state 1506 per un numero di partecipanti pari a 1926 operatori appartenenti a tutte le professioni sanitarie, come mostra il grafico seguente

Nel 2017 sono stati favoriti i percorsi di formazione interaziendale con la ASL RM 4 per la tematica Protocollo operativo sui prelievi e accertamenti necessari nei casi di omicidio e lesioni personali stradali come indicato nella Determinazione della Regione Lazio del 23/12/2016 n. G16000 Progetti formativi regionali anno 2017.

Nel 2018 in considerazione del supporto metodologico offerto nell'anno 2017 ai gruppi di lavoro aziendali per la revisione dei 4 Percorsi Integrati di Cura (BPCO, Scompenso Cardiaco, TAO e Diabete), l'attività formativa si concentrerà sulla tipologia Formazione sul Campo per l'applicazione e il monitoraggio dei PIC. Inoltre per l'anno 2018 si intende procedere con la sperimentazione della tipologia formativa E-Learning con la volontà di gestire nell'anno 2019 la tipologia di formazione blended.

PARTE B
LE STRATEGIE AZIENDALI

Introduzione alle politiche sanitarie del piano strategico

Le azioni sviluppate nel Piano Strategico 2018-2020 sono coerenti con il D.M. 70/2015 e la programmazione regionale di cui al DCA 257/2017 e DCA 291/2017; rappresentano la declinazione sul territorio dei Programmi Operativi 2016-2018 - Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale, approvati con DCA n. U00052 del 22 febbraio 2017 e successive integrazioni di cui al DCA n. U00288/2017.

Superata la logica emergenziale nelle politiche di gestione del personale, imposto dai Piani di Rientro, recuperato l'ambito di responsabilità aziendale all'interno del budget assunzionale attribuito con il DCA U00156 del 12/5/2016, la ASL di Viterbo rappresenta la propria visione esaustiva delle necessità e delle priorità, anche in virtù della riorganizzazione dei servizi avviata nell'ultimo biennio. Se infatti in una prima fase il Piano di Rientro enfatizzava gli aspetti economico finanziari, l'ultimo triennio ha registrato un significativo cambiamento che, in analogia con quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016, consente di meglio ridefinire il Piano di Rientro come piano di riorganizzazione, qualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.

L'incremento dei bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione ed il maggior impatto della domanda per patologie croniche ed a rischio di disabilità con la conseguente crescita in complessità e volumi dei servizi, pone l'esigenza di impiegare al meglio le risorse disponibili, individuando manovre di contenimento dei costi nelle "aree di inefficienza" e di sviluppo per interventi di ammodernamento e potenziamento delle infrastrutture e valorizzazione delle best practice. L'introduzione di tecnologie ad alto costo a fronte di finanziamenti decrescenti pongono il tema della sostenibilità economica dell'intero sistema sanitario come tema centrale di impegno da parte dell'Azienda.

La programmazione aziendale triennale si basa su due capisaldi:

- 1. la revisione dei processi organizzativi aziendali in relazione al principio che qualità, appropriatezza clinica ed organizzativa sono gli unici elementi che garantiscono la sostenibilità del sistema economico dell'azienda;*
- 2. l'analisi dei profili di salute, per ricondurre l'offerta dei servizi sanitari direttamente ai bisogni ed alla domanda, espressa ed inespressa, in una logica di corretta allocazione delle risorse che devono essere uniformemente garantite su tutto il territorio provinciale e per tutti i cittadini, in quanto necessari per rispondere ai bisogni fondamentali di tutela della salute della persona.*

Le politiche e le azioni di seguito definite, raccontate nella loro articolazione, servono tutte a convogliare le azioni dei diversi livelli professionali verso questi aspetti essenziali. Il documento non vuole, e non deve, essere esaustivo ma deve identificare il percorso che coinvolge gli operatori nella revisione dei processi, nella riorganizzazione dei percorsi, nella condivisione della modalità di prendersi cura dei cittadini, adeguando le azioni strategiche aziendali ai modelli organizzativi ed agli impianti normativi dettati dalla Regione Lazio.

La strategia è stata definita con i professionisti in relazione ad un'analisi critica dei processi ed in considerazione del fatto che le risorse, per essere utilizzate in modo efficiente, devono servire per rispondere realmente ai bisogni di salute, con la consapevolezza che l'autoreferenzialità delle organizzazioni rigide non può rispondere a questo principio. I servizi sanitari, per essere sostenibili, devono essere quindi flessibili, devono saper leggere i bisogni ed ascoltare i cittadini, devono orientare nelle cure, e per queste ragioni devono essere costantemente valutati ed innovati.

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

A1 Miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera

A1.1 Ospedale per aree omogenee e complessità assistenziale

L'organizzazione dell'attività clinica per aree funzionali è stata introdotta con l'Atto di Autonomia Aziendale approvato con DCA U00115 del 20 marzo 2015; il modello di ospedale organizzato per complessità assistenziale risponde ai criteri di appropriatezza e di efficienza.

Con l'adozione di questo modello organizzativo la ASL aderisce a pieno titolo al lungo processo di cambiamento volto a caratterizzare sempre di più l'ospedale come luogo di cura delle acuzie.

Punto focale di questo modello è il bisogno di cura del paziente al quale il sistema sanitario deve necessariamente rispondere nonostante le criticità o le esigenze legate al Piano di rientro al quale è sottoposta la Regione Lazio.

L'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura richiede nuovi ruoli professionali, nuovi strumenti e un ripensamento della presa in carico del paziente affinché sia il più possibile personalizzata, univoca e condivisa a tutti i livelli di cura. Occorre quindi passare dall'idea di curare la malattia a quella di farsi carico del malato, dall'hosting al case management "gestore del caso".

Questo determina la necessità di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per percorsi e obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli condivisi, e presuppone la creazione di un team multidisciplinare capace di operare secondo tale impostazione concettuale. In base a tale approccio, medici e infermieri sono chiamati a una funzione di primissimo piano nello sviluppo di tutte le attività comprese nel percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente creando professionisti "forti" non per il numero dei posti letto gestiti, bensì per le competenze, le tecnologie e la qualità delle relazioni instaurate. Contestualmente agli interventi strutturali realizzati nel P.O. di Belcolle, è stata effettuata una riorganizzazione delle aree di degenza articolata per le aree omogenee e di complessità assistenziale di seguito riportate:

- area chirurgica: long surgery e week surgery (IX Piano P.O. di Belcolle); day surgery e APA (stabilimento di Montefiascone); APA (stabilimento di Ronciglione);
- area ortopedica (VIII Piano);
- area medica, articolata per complessità assistenziale, comprendente, oltre alla Medicina Generale, la Gastroenterologia e la Nefrologia (VI Piano); è in fase di realizzazione il trasferimento del day hospital medico al VI Piano, in prossimità dell'area di degenza medica per favorire i percorsi assistenziali;
- area delle neuroscienze (VIII Piano);
- area oncoematologica (Blocco D)

La riorganizzazione dei percorsi interni nei Presidi di Tarquinia, Civita Castellana ed Acquapendente rispetta, seppur nei limiti strutturali, la stessa impostazione limitatamente alle aree medica e chirurgica.

In particolare quando si parla di ospedale per area omogenea e complessità assistenziale si distinguono i setting assistenziali prevalentemente su 3 livelli:

- **alta complessità** che, comprendendo le terapie intensive e *sub intensive* (rianimazione, UTIC, *Stroke unit*), deve essere centralizzato, polivalente e curare la reale instabilità clinica; l'accesso a questo livello è caratterizzato dalla instabilità del paziente e deve avvenire in una logica di appropriatezza;
- **media complessità** costituito dalle degenze ad alto grado di assistenza di breve durata per aree funzionali (area medica, area chirurgica, materno infantile), nel quale confluisce gran parte della casistica; questo livello è caratterizzato dalla complessità e da una elevata variabilità della complessità medica ed infermieristica;
- **bassa complessità** dedicato alla cura dei casi di minore complessità. Fanno parte di questo livello le degenze a basso grado di assistenza.

Per quanto concerne l'Azienda di Viterbo, la presenza di presidi ospedalieri su tutto il territorio provinciale ha determinato la necessità di sviluppare questo concetto integrando le strutture in una logica *HUB&Spoke*, ovvero creando dei dipartimenti trasversali su tutti i presidi ospedalieri per garantire i percorsi clinici, diagnostico- terapeutici e riabilitativi in relazione alla sicurezza delle prestazioni ed all'ottimizzazione delle risorse per punto di cura (presidio); l'attenzione non si sposta più quindi sulla cultura degli ospedali e dei reparti ma sui percorsi integrati che costringono ad una composizione quali-quantitativa del gruppo assistenziale, sottolineando che gli studi hanno dimostrato che negli ambienti con modelli assistenziali orientati alla presa in carico del paziente si percepiscono maggiore autonomia, controllo sulla pratica, soddisfazione sul lavoro degli infermieri e migliori risultati sui pazienti, favorendo inoltre un benefico effetto sui costi.

L'organizzazione per **aree omogenee assistenziali** è un elemento essenziale per l'attivazione dei livelli di integrazione dei percorsi in quanto si sposta l'attenzione delle gestione del "letto" per specialità all'organizzazione dell'assistenza in linea con i processi di cura.

A1.2 La rete chirurgica

La rete chirurgica aziendale, attivata nel 2016, ha consentito di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie dei diversi presidi, aumentarne l'efficienza attraverso l'uso appropriato nel rispetto dei requisiti fondamentali della sicurezza e della qualità per il paziente, fornendo un'adeguata risposta alla domanda proveniente dal territorio, anche attraverso l'analisi dei dati di mobilità passiva della provincia di Viterbo e dei servizi offerti.

La rete chirurgica è basata su un modello a due livelli di collegamento tra servizi ospedalieri e territoriali a garanzia della continuità assistenziale: i centri di primo livello garantiscono l'attività in APA (Ronciglione e Montefiascone), *Day Surgery* (Montefiascone e Acquapendente) ed il trattamento della casistica a minor complessità che non necessita di rianimazione o di particolari strumentazioni (Civita Castellana e Tarquinia) mentre al centro di secondo livello è deputato il trattamento dei pazienti con condizioni cliniche più impegnative o che richiedono l'utilizzo di apparecchiature particolari, nel rispetto degli standard di cui al DM 70/2015.

In particolare:

- centri di 1° livello: interventi in *Day surgery*, fino a chirurgia media (*Spoke* della Rete);
- centro di 2° livello: interventi chirurgici di maggiore complessità, dotati di terapia intensiva post operatoria e presenza di attrezzature specialistiche "concentrate" (Centro di riferimento, *Hub* della Rete, P.O. di Belcolle, in quanto dotato di terapia intensiva post operatoria).

Una delle azioni fondamentali nella riorganizzazione della rete chirurgica è stata la centralizzazione della programmazione delle attività chirurgiche, attraverso l'istituzione dell'Unità di Programmazione delle Attività Chirurgiche (UPAC) e della definizione del percorso di preospedalizzazione.

Il nuovo modello, oltre a garantire una maggiore trasparenza delle liste di attesa, permette un razionale utilizzo delle sale operatorie aumentando la percentuale di saturazione, riduce i tempi di degenza pre operatoria, determina l'assegnazione del paziente al regime assistenziale più appropriato (APA, *day surgery*, *week surgery* e *long surgery*).

L'UPAC è presente presso il P.O. di Belcolle e nel corso del 2018 verrà implementato il modello anche nei altri presidi della ASL di Viterbo, consentendo il collegamento tra le Unità di Programmazione chirurgica nella logica Hub Spoke.

Il processo, nel corso del 2018, sarà supportato da un software gestionale dedicato.

Da una attenta analisi si evince che oltre alle procedure chirurgiche gestibili con ricovero diurno (*day surgery*), i ricoveri chirurgici in degenza ordinaria, programmati, effettuabili nell'arco di cinque giorni rappresentano circa il 70% del volume complessivo. Di qui la scelta di organizzare i reparti con assistenza su cinque giorni (*week surgery*) per tutte le procedure chirurgiche nelle quali sia prevista la dimissione in quest'arco temporale. La *week surgery* polispecialistica è attiva per tutte le specialità chirurgiche e si prevede nel prossimo biennio un incremento dei posti letto di *week surgery* da 24 a 36.

Sono state definite e/o revisionate le procedure chirurgiche più frequentemente eseguite nella ASL di Viterbo, ordinandole a seconda della tipologia di regime della prestazione (ricovero ordinario >5gg, di degenza, ricovero ordinario *week* e *one day surgery*, ricovero in *day surgery*, prestazioni ambulatoriali). I criteri che hanno guidato l'attribuzione della procedura chirurgica nell'appropriato regime di ricovero sono:

- procedura eseguibile in modalità di ricovero programmato (eccepiscono tutte le procedure eseguite in urgenza;
- procedura principale; se inserita come secondaria l'attribuzione del regime di ricovero potrebbe essere diversa;
- procedura unica; due o più procedure potrebbero modificare la tipologia del ricovero.

Ad ogni procedura presente nel catalogo è stato assegnato un codice colore, per differenziare i Presidi Ospedalieri presso i quali possono essere eseguite:

- a) rosso: presso il P.O. Belcolle;
- b) rosa: nei PP.OO di Tarquinia e Civita Castellana, ove è possibile eseguire anche procedure ad alta complessità, limitatamente alle patologie di natura benigna;
- c) giallo: procedure che possono essere eseguite nel P.O. di Belcolle, Civita Castellana e Tarquinia;
- d) verde: procedure eseguibili nelle sedi di *day surgery* ossia Civita Castellana, Tarquinia, Montefiascone e Tarquinia;
- e) bianco: procedure ambulatoriali ed APA nelle sedi dove sono presenti gli ambulatori chirurgici, ossia Acquapendente e Ronciglione.

Il modello organizzativo adottato realizza un'integrazione tra le varie strutture e presidi chirurgici e tra questi e il territorio di riferimento della ASL. Ovviamente è previsto un collegamento con la rete dell'emergenza aziendale e regionale, nonché una riconduzione delle attività, che costituiscono il cuore della disciplina ai centri individuati nella rete, evitando così una eccessiva dispersione territoriale con conseguenti potenziali rischi di riduzione della qualità dei servizi erogati e di inefficiente utilizzo delle risorse.

Il modello a rete, con la conseguente maggiore flessibilità delle sedute operatorie, ha consentito nel breve periodo il miglioramento del tasso di saturazione di sala operatoria, che rappresenta appunto uno degli indicatori specifici della rete.

Nel 2018 saranno potenziate le azioni per realizzare le equipe laparoscopiche itineranti su tutti i blocchi operatori: non sarà più il paziente a doversi muovere ma l'equipe chirurgica a raggiungerlo nel presidio più vicino, ovviamente mantenendo le garanzie per la sicurezza dei pazienti.

A1.3 La rete dell'emergenza

La rete d'emergenza incide direttamente sull'organizzazione territoriale; è stata ridisegnata assicurando una stretta interconnessione tra il sistema 118, i Pronto Soccorso e le Unità Operative che gestiscono le patologie tempo dipendenti nel Presidio Ospedaliero di Belcolle. Sono stati abilitati al volo notturno l'elisoccorso di Acquapendente e quello del presidio di Belcolle determinando l'autonomia della ASL nella gestione delle principali patologie in emergenza, garantendo un celere collegamento con i centri specializzati della capitale.

La rete dell'emergenza, disegnata in coerenza con il DCA 412/2014 e con il DCA 214/2016, è articolata in una fase di allarme e risposta territoriale gestita dall'ARES 118 e da una risposta ospedaliera. Il sistema dell'emergenza si integra con la continuità assistenziale.

La **Rete Cardiologica** è sicuramente quella che impatta maggiormente con le patologie tempo dipendenti: nel 2016 si è proceduto all'approvazione dei percorsi di presa in carico definendo: a) le funzioni e le attività per sede di produzione ospedaliera e territoriale; b) la dotazione tecnologica per singola struttura della Rete; c) il cronoprogramma delle azioni. Sebbene i dati di attività richiamati nella parte A del presente Piano (*paragrafo 3C.2, pag. 83 del Piano Strategico*) depongano per un miglioramento delle performance, saranno potenziate le azioni per garantire una corretta presa in carico attraverso PDTA dedicati alla sindrome coronarica acuta, al dolore toracico, allo scompenso cardiaco, alle procedure per la diagnostica cardiologica pediatrica, alla gestione del paziente con aritmia; sarà inoltre redatto il protocollo integrato ospedale/territorio per sindrome coronarica acuta in paziente diabetico. Nel rispetto delle indicazioni regionali (DCA 74/2010 e DCA 412/2014) dovrà essere organizzata l'area omogenea di cardiologia, costituita da 22 posti letto di cardiologia e 6 di UTIC a cui afferiscono le 3 UU OO di Cardiologia, UTIC e Elettrofisiologia, secondo il modello per intensità di cura il quale sarà il quale sarà autonomo rispetto all'area medica e dovrà prevedere anche all'interno del reparto di degenza cardiologici la presenza di letti monitorizzati per garantire da un lato un livello di assistenza sub intensiva funzionale e un più appropriato uso delle risorse e dall'altro la messa a punto di una strategia di back transfer dai centri *Hub* per quei pazienti a più basso indice di rischio.

Nel 2017 è stato presentato alla Regione Lazio il progetto per la realizzazione della **Centrale Unica di Ascolto** della ASL di Viterbo, così come previsto nei Programmi Operativi 2016/2018 di cui al DCA U0052/2017. Il progetto prevede l'attivazione H12 della **C.U.d.A.**, garantendo la presenza di 2 dirigenti medici di continuità assistenziale e di almeno 1 operatore tecnico sanitario per turno. La Centrale interagisce secondo il modello HUB/Spoke con le 14 postazioni di guardia medica alle quali vengono assegnate direttamente le richieste per la continuità assistenziale a seguito del triage telefonico eseguito in ascolto dal dirigente medico. Interagisce altresì con la centrale operativa del 118. Riceve i report sugli esiti delle visite domiciliari e delle eventuali evoluzioni dell'intervento (ricoveri e/o dimissione da PS/DEA) con comparazione del triage di ascolto con quello clinico DEA; acquisisce, riascolta e detiene la conservazione delle comunicazioni intercorse secondo gli standard di tracciabilità e privacy. L'attivazione nel 2018 della Centrale Unica d'Ascolto potrà contribuire alla riduzione del fenomeno del sovraffollamento nei Pronto Soccorso.

E' attivo il **Progetto Telemed** in collaborazione con Ares 118, che consiste in un sistema di teletrasmissione del tracciato ECG direttamente dal mezzo di trasporto all'ospedale permettendo di migliorare la sicurezza dei pazienti urgenti, informando in tempo reale sulle condizioni del paziente prima del suo arrivo in ospedale. E' in via di definizione la rete di Elettrofisiologia tra l'*HUB* di Belcolle e l'ambulatorio di Tarquinia che consentirà una migliore presa in carico dei pazienti di quel territorio ed una riduzione della mobilità passiva e provvedendo all'ampliamento delle attività ambulatoriali sui presidi di Belcolle, Acquapendente ed il mantenimento delle attività di Montefiascone e Civita Castellana. Il DEA di I livello dell'Ospedale di Belcolle è stato potenziato con l'apertura dell'Unità di Trattamento Neurovascolare (UTN). Ciò è un elemento essenziale per la corretta gestione delle emergenze neurologiche, in particolare quelle tempo dipendenti, e la riorganizzazione funzionale dei pronto soccorsi aziendali. E' in fase di adozione la procedura di accettazione e trattamento del paziente con politrauma e/o trauma maggiore, in coerenza con le indicazioni regionali.

Con deliberazione del Direttore Generale n.1899 del 27/10/2017 è stata approvata la **Procedura per la gestione del paziente con Trauma Maggiore**. La ASL di VT è inserita nell'Area Regionale n. 2 che individua il Policlinico Gemelli quale centro di riferimento, DEA di II Livello; il P.O. di Belcolle è individuato come centro CTZ della rete. L'obiettivo è quello di sviluppare un'organizzazione dell'assistenza al politraumatizzato tale da produrre una riduzione della mortalità. E' infatti dimostrato in letteratura che la percentuale di "morti evitabili" per trauma maggiore è significativamente più elevata quando non esistono strutture dipartimentali deputate al suo trattamento e quando non siano state acquisite competenze specifiche da parte degli operatori.

La rete ospedaliera aziendale si basa, oltre che sul PO di Belcolle, sui presidi di Acquapendente, Tarquinia e Civita Castellana, individuati quali PST della Rete.

La procedura definisce il percorso di presa in carico del paziente politraumatizzato, dalla fase di accoglienza, alla valutazione primaria e trattamento, alla valutazione secondaria e trattamento, scegliendo il percorso migliore per garantire le migliori cure. Sono identificate le procedure da seguire per i pazienti con:

- 1) trauma cranico;
- 2) trauma toracico;
- 3) trauma midollare;
- 4) trauma addominale;
- 5) trauma pelvico.

Con il supporto del personale delle strutture della rete perinatale, sarà qualificato il trasporto neonatale (STEN), in presenza di specifiche condizioni di cui al DCA n.8 del 25/1/2016, mediante l'utilizzo dell'eliambulanza e del trasporto materno (STAM).

Il Pronto Soccorso di Belcolle è stato organizzato attraverso una ridefinizione delle procedure operative. Elemento essenziale per la corretta gestione delle emergenze è la riorganizzazione del Pronto Soccorso; a questo fine la programmazione aziendale prevede il completamento delle azioni di riordino delle procedure operative all'interno del Pronto Soccorso di Belcolle.

Nel 2016 sono stati infatti attivati dei percorsi dedicati per il dolore toracico, lo scompenso cardiaco e l'ictus, nell'ottica del **"triage clinico avanzato"**. Questo ha permesso di ottimizzare i tempi d'attesa in area triage ove l'afflusso degli utenti sia compatibile con la presenza di pazienti da accettare al Pronto Soccorso. La procedura ottempera a modificare l'atteggiamento di "attesa passiva" in una "attesa attiva"; è finalizzata a creare percorsi dedicati, a ridurre il fenomeno dell'*over-crowding* (sovraffollamento) ad ottimizzare il servizio per l'emergenza / urgenza ed a ridurre il tempo di attesa tra ingresso e diagnosi.

Nel mese di dicembre 2017 è stato elaborato il Documento **"Gestione del flusso dei ricoveri dal Pronto Soccorso in emergenza/urgenza e contenimento del fenomeno di sovraffollamento P.O. di Belcolle"**; è un documento di programmazione aziendale il cui obiettivo principale è lo sviluppo di una programmazione "proattiva" dei ricoveri, con una gestione non vincolata al posto letto disponibile ed una tempistica che sia in grado di evitare il sovrapporsi della permanenza dei pazienti in attesa di ricovero all'interno del pronto soccorso con i nuovi accessi.

La causa principale del sovraffollamento è infatti il "boarding", vale a dire lo stazionamento prolungato dei pazienti da ricoverare nell'area dell'emergenza per la mancanza di posti letto disponibili nell'ospedale rispetto alle esigenze. E' un fenomeno che pertanto non può essere considerato di esclusiva pertinenza dei PS/DEA ma deve essere affrontato attraverso una riorganizzazione dei processi assistenziali dell'intera struttura ospedaliera. Nel 2018 tutte le Unità Operative ed i servizi interessati saranno chiamati ad applicare la procedura all'interno del P.O. di Belcolle.

L'attivazione dei **Percorsi "fast track"**, approvati con deliberazione del Direttore Generale n. 938 del 21/7/2016, in ottemperanza alla Determina Dirigenziale della Regione Lazio n. G17556 del 4/12/2014, ha prodotto importanti risultati nell'area della pediatria e dell'ostetricia e ginecologia. Presso il P.S. di Belcolle sono inoltre attivi il percorso oculistico, otorinolaringoiatra/odontoiatrico ed ortopedico. Sono state realizzate le stringhe colorate identificative dei percorsi che, a partire dalla Sala Triage del Pronto Soccorso di Belcolle, indirizzano i pazienti autosufficienti direttamente ai luoghi di interesse per ottenere le necessarie prestazioni. Nei primi 9 mesi del 2017 la percentuale di accessi in P.S. a Belcolle gestiti attraverso i *Percorsi* è pari al 12% del totale.

L'attività del Pronto Soccorso della ASL di Viterbo, anche grazie all'introduzione dei percorsi fast track, presenta dei risultati positivi relativamente ai tempi di attesa (v. parte A del Piano, paragrafo 3 c).

Con l'apertura dello sportello antiviolenza "**Non Aver Paura**", inaugurato emblematicamente l'8 marzo 2016 l'Azienda si è fatta carico della problematica rappresentata dalle donne vittime di violenza di genere, aderendo alla L. n. 4/2014 "Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna" e recependo le raccomandazioni emanate dalla Regione Lazio in collaborazione con SIMEUP e Società Italiana Medicina d'Emergenza – Urgenza sul " Percorso clinico-assistenziale in emergenza della vittima di violenza". E' stato sottoscritto un Protocollo Interistituzionale, che vede il coordinamento della Prefettura di Viterbo.

Tra giugno e ottobre purtroppo si sono rivolte allo sportello del Pronto Soccorso di Belcolle ben 49 donne vittime di violenza. Nel 2017 è stato approvato il protocollo per le donne vittime di violenza per garantire la completa presa in carico, prevedendo la fase della residenzialità, attraverso le sinergie con le associazioni di volontariato dislocate sul territorio provinciale.

Attualmente è attivo l'accesso al percorso attraverso i consultori ed i Punti Unici di Accesso distrettuali.

Il modello "NON AVER PAURA" dal 1 luglio 2016 è stato esteso ai minori vittime di violenza, attraverso l'adozione di una procedura dedicata, attivata presso i Pronto Soccorso, i Punti di Primo Intervento, la UOC Pediatria, i Consultori ed i Punti Unici di Accesso. La procedura prevede una fase di accoglienza garantita da un team multidisciplinare costituito dalla figura del medico, dello psicologo e dell'infermiere con funzioni di case manager. La programmazione aziendale verte quindi sostanzialmente sulla valorizzazione e qualificazione delle reti di alta specialità tenendo conto della loro collocazione all'interno del presidio *Hub* per le reti tempo-dipendenti (Ictus, Trauma grave, gravidanza e neonato ad alto rischio).

A1.4 L'organizzazione per aree funzionali

Le aree funzionali rappresentano il nuovo modello organizzativo che l'Azienda intende promuovere per rafforzare le politiche attive dedicate a particolari bisogni clinico assistenziali.

L'Area della salute della donna e del bambino viene istituita per ricondurre ad unità le politiche a tutela della salute dell'infanzia-adolescenza e della donna. La nuova logica permette di affrontare con una visione unitaria la salute ed il benessere della donna e del bambino nelle diverse fasi della vita. Nell'Area, funzionalmente integrata ai dipartimenti aziendali ospedalieri e territoriali, trovano risposta i bisogni correlati alle patologie femminili, attraverso le sinergie con la UOSD Diagnostica e Screening Senologico e la UOC Chirurgia Senologica e Centro integrato di senologia, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta, quella di educazione e di prevenzione in età evolutiva, i Consulenti familiari, promuovendo attività di informazione sulla pratica contraccettiva nei confronti delle donne che richiedono l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza (IVG), con particolare riferimento alle categorie più deboli (minori, migranti, extracomunitarie, rifugiate), anche per una procreazione responsabile.

L'Area delle Neuroscienze e Organi di Senso è dedicata alla diagnosi e al trattamento delle affezioni del sistema nervoso centrale e periferico, di natura traumatica, vascolare, oncologica, infiammatoria e degenerativa. L'ictus, la sclerosi multipla, la sclerosi laterale amiotrofica, l'epilessia, la malattia di Parkinson, le demenze, le malattie neuromuscolari costituiscono i principali campi di interesse della UOC Neurologia e della UOSD Coordinamento Assistenza pazienti affetti da SLA e sclerosi multipla.

E' attiva presso l'Area la UOC Neurochirurgia, specializzata nella diagnosi e alla cura dei tumori cerebrali (con utilizzo di metodiche stereotassiche), delle malformazioni vascolari, delle patologie della colonna vertebrale e nella chirurgia funzionale del dolore. I trattamenti riabilitativi di pazienti con malattie neurologiche o neurochirurgiche vengono effettuati dalla UOC Riabilitazione e Rete territoriale ubicata presso lo Stabilimento di Montefiascone che rappresenta l'hub della rete per la presa in carico del paziente che necessita di terapia di riabilitazione Neuromotoria.

Presso le UOC Otorinolaringoiatria e UOC Chirurgia Maxillo Facciale vengono eseguiti interventi di chirurgia oro-faringo-laringea, chirurgia del collo, del naso e dei seni paranasali e dell'orecchio.

La UOC Oculistica e Rete Territoriale è dedicata alla diagnosi e alla terapia delle affezioni oculari, con prevalente indirizzo chirurgico.

L'area Funzionale Integrata Oncologica è costituita da articolazioni presenti nel Dipartimento di Oncoematologia (UOC Oncologia e Rete Oncologica, UOC Radioterapia, UOC Ematologia, UOSD Anatomia e Istologia Patologica, UOSD Medicina nucleare) e del Dipartimento di chirurgia (UOC ORL, UOC Chirurgia generale Oncologica, UOC Chirurgia Senologica e Centro integrato di Senologia) e alcune microarticolazioni afferenti alle diverse UUOCCC che condividono procedure e competenze cliniche al fine di assicurare una maggiore qualità delle cure e migliorare gli esiti.

A2 Azioni di innovazione nell'offerta dei servizi territoriali

A2.1 I profili di salute e i servizi territoriali alla luce della verifica di qualità

L'azienda con l'atto aziendale ha definito un modello organizzativo e funzionale delle cure primarie per garantire risposte eque ai bisogni assistenziali su tutto il territorio provinciale con un'attenzione particolare alla presa in carico della popolazione con patologie croniche attraverso lo sviluppo di reti assistenziali integrate (RITHA, rete BPCO, rete Diabete, reti Oncologiche, etc..) coerenti con la riorganizzazione degli aspetti della rete assistenziale - sanitaria quali quella relativa ai presidi ospedalieri, alla specialistica ambulatoriale e socio-sanitaria territoriale che trovano la massima integrazione nelle Case della Salute.

Il modello, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 90 del 18/01/2016, prevede una forte integrazione tra il governo della rete territoriale attraverso le funzioni di programmazione e controllo sviluppate nelle articolazioni distrettuali e le nuove modalità di erogazione dei servizi garantite dalle cure primarie e dalle altre unità operative presenti nel Dipartimento.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 634 del 4/5/2016, in ottemperanza alla determina dirigenziale della Regione Lazio n. G14234 del 7/10/2014, sono state approvate le linee guida necessarie per fornire gli strumenti e le linee di indirizzo metodologiche per realizzare un piano di attività integrato di salute relativo alla popolazione viterbese.

Tale modello, come previsto nel DCA 736 del 2014 prevede la messa in rete aziendale (Rete socio-sanitaria) dei medici di medicina generale aggregati nelle 32 UCP a sede unica realizzate entro il 30/04/2016, come previsto con nota Regione Lazio n prot. N° 205890 del 20/04/2016, i poliambulatori polispecialistici e le tre Case della Salute, l'ambulatorio di Cure Primarie (Ambufest attivato prima in modo sperimentale il 19/11/2016 ed in modo definitivo il 02/12/2016) che per collocazione strategica nel Territorio della ASL fungeranno da snodo strategico della rete medesima.

Definito il modello, nel corso del 2016 si è proceduto, in un'ottica globale, ad una continua verifica e rivalutazione degli interventi messi in campo sul territorio, tenuto conto dei differenti bisogni di salute tra le Aree (Distretti) ed i Comuni, singoli e aggregati, che le compongono. Tale impostazione deriva dalla considerazione che i bisogni emergono come epifenomeno di una interazione tra numerose variabili : distribuzione della popolazione per fasce d'età, disagi di natura socio-economica, prevalenza ed incidenza di particolari patologie tra un'area ed un'altra, etc. che possono presentare differenze territorialmente significative.

Si tratta di tracciare i Profili di Salute del territorio della ASL di Viterbo al fine di immaginare e disegnare un welfare del territorio provinciale viterbese seriamente integrato, dove ogni attore sappia relazionarsi coerentemente con il disegno complessivo e soprattutto sappia fare tesoro di tutta l'attività svolta storicamente sull'argomento.

L'idea e l'obiettivo sono quelli di superare una costante e purtroppo durevole asimmetria tra il sociale ed il sanitario. Una sfida di questo tipo, ancorché sostenuta da una idealità di integrazione istituzionale oltretutto gestionale, non può prescindere dalla necessità di integrazione culturale basata appunto sulla condivisione di obiettivi, linguaggi, indicatori e criteri di valutazione. La sfida è quella di promuovere servizi basati il più possibile su evidenze disponibili e condivise, caratterizzati da una esplicita volontà di promuovere e tutelare i diritti dei cittadini, attraverso una valutazione costante dei risultati di salute/benessere e conseguente riorientamento dell'azione strategica.

La programmazione territoriale provinciale potrà svilupparsi sulla base delle sopraelencate considerazioni con il fine unico di stabilire priorità di intervento, in considerazione della costante divaricazione tra la domanda di salute e la capacità di risposta del sistema.

Compito dei Distretti è la valutazione dei bisogni sanitari e sociali e la definizione delle caratteristiche quali-quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni e la verifica della integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali, sviluppando una forte interrelazione con le politiche governative del territorio. La logica dell'integrazione è alla base del principio per cui la salute globale non è l'assenza di malattia ma è il benessere complessivo per raggiungere il quale è necessario che vengano attivate strategie di intervento socio sanitarie che sappiano interfacciarsi con strategie relative all'istruzione, alla tutela dell'ambiente, alla viabilità, al traffico, all'agricoltura.

Lo strumento principe diventa quindi il Piano Integrato di Salute, che rappresenta il nodo centrale delle strategie socio sanitarie e delle relative connessioni con gli altri settori. Nell'ambito della ASL di Viterbo la realizzazione di un Piano Integrato di Salute può essere così definita:

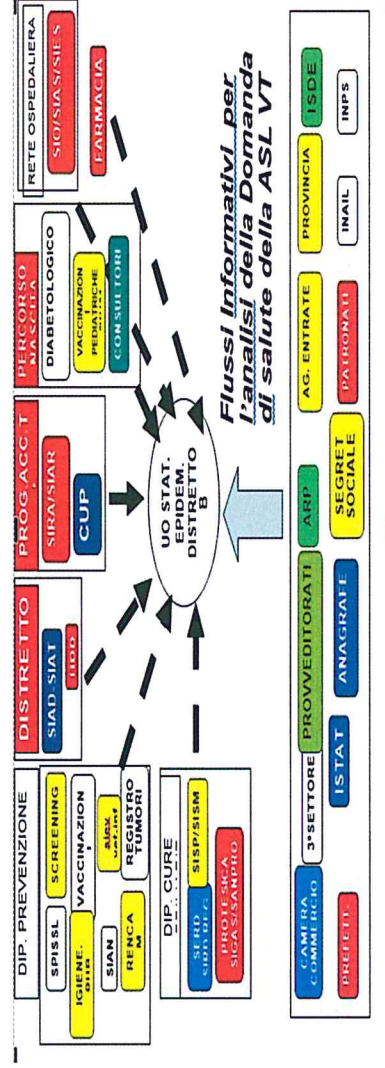
- individuazione dei problemi, bisogni, opportunità;
- scelta delle priorità;
- definizione delle azioni;
- stesura dei progetti.

La individuazione dei problemi e dei bisogni necessita, per essere realizzata, della costruzione dei profili di salute della popolazione di riferimento. Il profilo di salute raccoglie i dati demografici, sanitari, sociali, ambientali disponibili a livello di zona; per realizzarlo è necessario raccogliere sistematicamente i dati e riportarli su apposite tabelle sinottiche. Sono un nuovo modello di governance e, per ciò stesso, si è ritenuto di operare inizialmente su un piccolo campione per verificare il modello scelto.

Nel 2016 è stato sperimentato su cinque comuni del Distretto A della ASL di Viterbo. I risultati ottenuti sul campione hanno evidenziato che l'offerta (in particolare le ore di assistenza specialistica ambulatoriale) non era calibrata in rapporto agli indici demografici ed epidemiologici. Si è proceduto pertanto a mettere in atto politiche di riequilibrio dell'offerta.

Nell'anno 2017, sulla base della sperimentazione già realizzata sui cinque comuni del Distretto A, l'indagine è proseguita sull'intero ambito territoriale. Da tale analisi è emerso un quadro socio demografico, socio-economico, epidemiologico che rappresenta la base per impostare la strategia nel 2018 che ha come obiettivo fondamentale la verifica della congruenza tra i bisogni analizzati, e quindi emersi, e la risposta organizzativa della rete dell'offerta.

Entro la fine del 2017 il documento "Profili di salute della ASL di Viterbo" verrà approvato e deliberato dalla Direzione Strategica. Il documento sarà inoltre consegnato alle amministrazioni comunali della Provincia affinché si possa trasferire una conoscenza statistico-epidemiologica della salute delle comunità cittadine in modo di orientare in maniera più organica i Piani di Zona ed i Piani Integrati di Salute. Di seguito si riporta il flusso delle informazioni per la costruzione dei profili di salute.



Nell'ambito della strategia già delineata nel documento "Profili di salute" e nel contesto del Piano Strategico, si è provveduto inoltre a redigere il "Manuale della Qualità" e la relativa Carta dei Servizi dell'assistenza domiciliare integrata. I documenti citati serviranno alla ASL di Viterbo a verificare non solo la congruenza tra la domanda e l'offerta dei servizi ma anche la qualità degli stessi, indipendentemente dalla gestione diretta di tale infrastruttura che, potrà anche essere esternalizzata.

Il modello adottato dalla Regione Lazio e riferito ai criteri di accreditamento ha rappresentato la base necessaria per lo sviluppo del Manuale della Qualità dell'ADI della ASL di Viterbo.

Gli strumenti della qualità rappresentano un'ulteriore garanzia della trasparenza aziendale ma anche una garanzia per i cittadini che avranno la sicurezza di ricevere servizi monitorati costantemente sotto il profilo della qualità degli stessi.

2.2 L'assistenza territoriale e le Case della Salute

L'organizzazione dei servizi nelle tre Case della Salute previste a Soriano nel Cimino, Bagnoregio e Ronciglione (attivazione prevista nel primo trimestre 2018), prevede un ruolo sinergico della Medicina generale e della Pediatria di Libera Scelta attraverso la promozione e la valorizzazione delle forme associative nello sviluppo della medicina di iniziativa e di prossimità.

Le **Case della Salute** rappresentano una modalità operativa innovativa del sistema delle cure primarie che consente una presa in carico multiprofessionale del paziente cronico, con l'obiettivo di raggiungere l'ottimizzazione dei risultati, in termini di salute e con utilizzo sempre più oculato delle risorse disponibili .

L'offerta dei servizi territoriali, centrati sui bisogni dei cittadini, e con una particolare attenzione alla ottimizzazione dei processi di cura, portano al superamento delle tradizionali barriere tra diversi operatori della sanità e a una gestione multidisciplinare ed integrata del paziente.

Le parole d'ordine nella gestione del paziente cronico devono essere 'interoperabilità' e 'interdisciplinarietà' Il paziente cronico è una persona, un cittadino che ha bisogno di essere seguito in maniera proattiva da differenti attori del SSR. Solo una gestione globale del paziente e un reale controllo degli stili di vita, condurrà ad un miglioramento delle patologie e della qualità di vita.

In questa ottica la Casa della Salute si configura come spazio per l'integrazione tra le attività sanitarie e quelle di tipo sociale. Le cure primarie e la medicina del territorio vedono nelle Case della Salute il punto di incontro tra domanda di salute dei cittadini e offerta di cure, benessere e nuova socialità che comprende ricomprende quella serie di servizi, ora solo parzialmente integrati che sono finalizzati a dare risposte territoriali ai problemi di salute e di cura dei cittadini, ed in particolare a quei cittadini affetti da patologie croniche o a tutti quei cittadini che vengono definiti "Fragili".

Il nuovo modello organizzativo territoriale è incentrato sull' infermiere *Case Manager* che, a partire dalla presa in carico, condivide con il MMG e/o lo specialista il percorso clinico assistenziale ottimale e pone in essere la pianificazione e la gestione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche previste dal relativo piano assistenziale, aggiornando la documentazione e, secondo i protocolli previsti, rimanda al MMG/specialista in caso di scostamento dei parametri clinici. La presa in carico può avvenire:

- 1) a seguito di valutazione da parte della Unità Valutativa Multidimensionale (alla quale l'assistito può essere inviato tramite Medico di Medicina Generale (MMG) o specialista di riferimento, tramite Casa della Salute o servizio ADI e inserimento nel programma di automonitoraggio e teleassistenza/telesorveglianza domiciliare;
 - 2) il paziente accede spontaneamente ai Punti Unici Aziendali e, decodificato il bisogno, viene arruolato nei PDTA o inserito in ADI/PAI;
 - 3) il paziente viene inviato all'ambulatorio infermieristico territoriale dal MMG e/o specialista per l'inserimento nel programma di automonitoraggio, telemonitoraggio e telesorveglianza domiciliare.
- l'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

Ovviamente il modello è strettamente connesso alla dotazione tecnologica di prossima attivazione, che prevede un insieme integrato di prodotti e servizi a sostegno dell'innovazione in sanità.

A tale finalità, nelle Case della Salute verranno introdotti modelli di governance e strumenti operativi quali:

- lo sviluppo dei sistemi informativi ed informatici con il progetto Siat della Regione Lazio;
- l'utilizzo di tecnologie di tele assistenza per l'erogazione a distanza di forme assistenziali;
- la riorganizzazione dei PUA per un reale orientamento del cittadino nell'offerta assistenziale e anche nella sua reale presa in carico;
- l'organizzazione delle attività specialistiche integrate per una facilitazione agli accessi alle cure;
- l'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

Le Case della Salute rappresentano un nodo della Rete sociosanitaria territoriale; al fine di realizzare a livello territoriale un'efficace presa in carico delle persone affette da patologia cronica e organizzare una risposta rapida e puntuale ai bisogni assistenziali della popolazione, si è preso a riferimento il Chronic Care Model secondo il modello di seguito sintetizzato:

- servizi di assistenza primaria per i quali, attraverso i singoli percorsi di cura, si deve sviluppare l'integrazione tra le unità di cure primarie, i poliambulatori medici specialistici e le Case delle Salute;
- servizi per la salute della donna, della coppia e del bambino per i quali devono integrarsi le diverse funzioni tra i consultori, la UOC di Ostetricia e Ginecologia, i MMG, i PDLT ed il Dipartimento di Prevenzione per le attività di screening, di prevenzione, per l'attuazione del percorso nascita e per tutti gli altri percorsi indispensabili a rispondere ai bisogni di salute del territorio;
- potenziamento ed efficientamento dell'assistenza domiciliare ai non autosufficienti attraverso la programmazione integrata dell'assistenza domiciliare tutelare e sanitaria, lo sviluppo di programmi di teleassistenza e la regolamentazione e incentivazione dei sistemi di assistenza indiretta (assistenza ai familiari);

Gli strumenti che il nuovo modello territoriale intende mettere in atto in questo triennio si basano su:

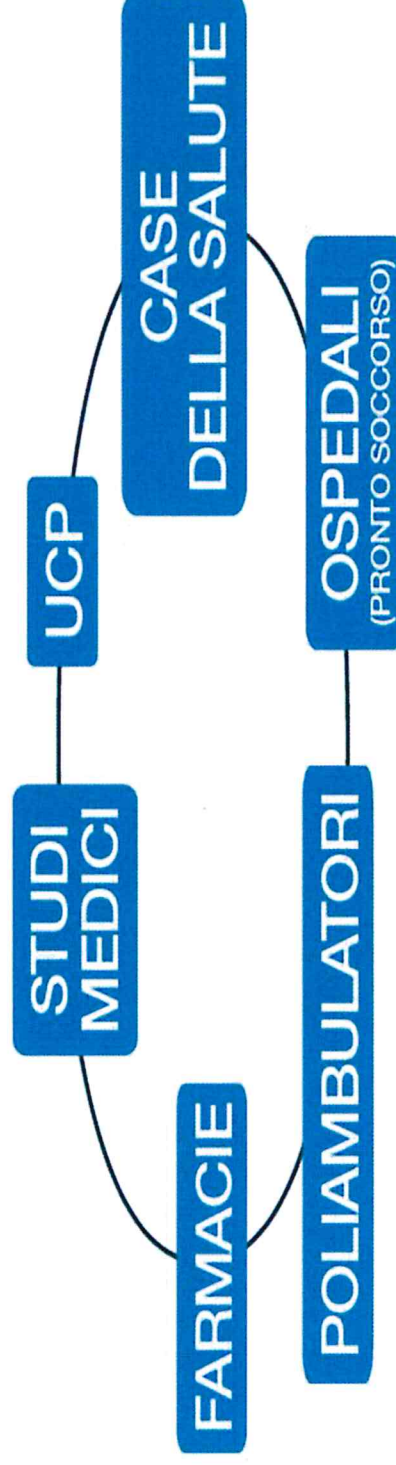
- potenziamento delle attività di valutazione multidimensionale integrando RITHA, che è in tecnologia mobile, alla strumento S.Va.M al fine di omogeneizzare i linguaggi di percorso;
- completamento della costruzione della rete sociosanitaria con l'apertura delle Case della Salute previste a Bagnoregio e Ronciglione;
- l'attivazione del percorso nascita su tutto il territorio provinciale e l'attivazione della parto analgesia;
- il potenziamento delle attività di prevenzione per la salute della donna, della coppia e del bambino;
- l'adozione della Suite InterRai integrato per la componente sociale (PUA);
- implementazione all'interno del SIAT del sistema informativo per l'area della disabilità.

In questa vasta complessità assistenziale il Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario (PUA) rappresenta la funzione di orientamento e di prima presa in carico ed è la ragione per la quale è necessario sviluppare modelli di comunicazione ai cittadini realmente orientati alla maggiore comprensione di questa vasta articolazione che troppo spesso gli operatori dimenticano.

Il modello integrato di presa in carico del paziente prevede la condivisione del percorso tra professionisti ed operatori sanitari sulla base delle prove scientifiche di efficacia, la sperimentazione dell'utilizzo di nuovi strumenti e tecnologie (telemedicina e telemonitoraggio domiciliare). Nello sviluppo del modello fondamentale è il ruolo del Distretto che ha il compito di valutare il bisogno di salute dei cittadini, programmare i servizi e controllare che la qualità e la quantità dei servizi erogati siano rispondenti ai bisogni manifestati. Per attuare questo modello i Distretti della ASL di Viterbo, alla fine del 2015, hanno elaborato un complesso sistema di indicatori che valutano in termini di efficacia e di costo-efficacia il bisogno e domanda di salute che in sintesi si basa su:

- identificazione della popolazione anziana con specifica patologia cronica oppure con pluri-patologie;
- stratificazione della popolazione sulla base del rischio clinico e del bisogno assistenziale;
- definizione e la condivisione delle caratteristiche del percorso di gestione integrata del paziente complesso (multicronicità);
- identificazione di un set di indicatori idonei a valutare l'efficacia del PDTA nelle diverse fasi;
- valutazione dell'efficacia e del rapporto costo/efficacia del PDTA.

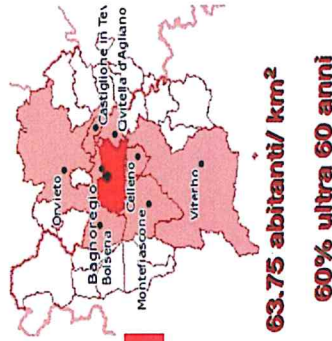
Modello integrato "Casa della Salute" nella Regione Lazio



Casa della Salute di Bagnoregio



ASL VITERBO
CASA DELLA SALUTE BAGNOREGIO



La Casa della Salute di Bagnoregio nata il 1 marzo 2017 è inserita in un territorio definito Alta Tuscia Viterbese o Teverina composto da sei comuni Bagnoregio, sede della CdS, Lubriano, Castiglione in Teverina, Graffignano, Civitella D'Agliano e Celleno, per una estensione di 195,27 km² ed una popolazione secondo gli ultimi dati istat di 12448, di cui il 70% risulta essere ultra sessantacinquenne, la popolazione più anziana della ASL Viterbo. Alta è l'incidenza di patologie croniche e di disabilità.

Come da direttive è stato applicato il Chronic Care Model, che basato sull'individuazione precoce dei segni e sintomi di aggravamento della malattia, coinvolge e responsabilizza il paziente e i suoi familiari nella gestione della malattia indicando gli spostamenti verso i servizi territoriali.

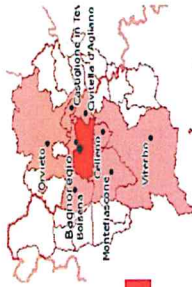
È stata posta attenzione ai bisogni di salute della comunità, anche rispetto ai determinanti della salute, compresi quelli cosiddetti "distali", ovvero quelli socioeconomici, che sono alla base delle crescenti disuguaglianze nella salute.

È stata implementata una sanità d'iniziativa con la presenza di un team multi-professionale (medici di famiglia, infermieri, specialisti ecc.), in grado di svolgere un lavoro collaborativo e integrato in funzione dei bisogni del paziente, supportato dalla diagnostica ematochimica ed ecografica.

Di rilievo è il ruolo dell'infermiere case manager, indispensabile nelle odierne aziende ospedaliere, a cui viene delegato il compito di collegare e fare interagire le diverse figure dell'équipe multiprofessionale e che definisce la valutazione del piano assistenziale per ogni singolo caso, con particolare responsabilità circa la consapevolezza dei bisogni dell'assistito e delle risorse disponibili.

Il case manager è il referente del caso, garantisce la presa in carico dell'utente e della sua famiglia favorendo la partecipazione attiva dell'utente, il coordinamento e la continuità tra i servizi ospedalieri e territoriali.

Casa della Salute di Bagnoregio



Il Territorio
Bagnoregio
Luibriano
Castiglione in Teverina
Girafignano
Civitella di Agliano
Celleno
195,27 km²
12448 abitanti

63.75 abitanti/ km²
60% ultra 60 anni

Sul territorio la cura del paziente si sviluppa attraverso l'umanizzazione delle dinamiche relazionali valorizzando l'individualità e la comunicazione all'interno dell'ambito sanitario, attraverso strumenti e strategie che consentono di incentivare e migliorare le relazioni fra molti e differenti attori: medici, pazienti, familiari, personale infermieristico.

Il modello che l'Azienda ha applicato prevede l'integrazione e la collaborazione tra le istituzioni, ASL, Comuni, Terzo Settore, società scientifiche, SIMFER, SIMEN ed Università.

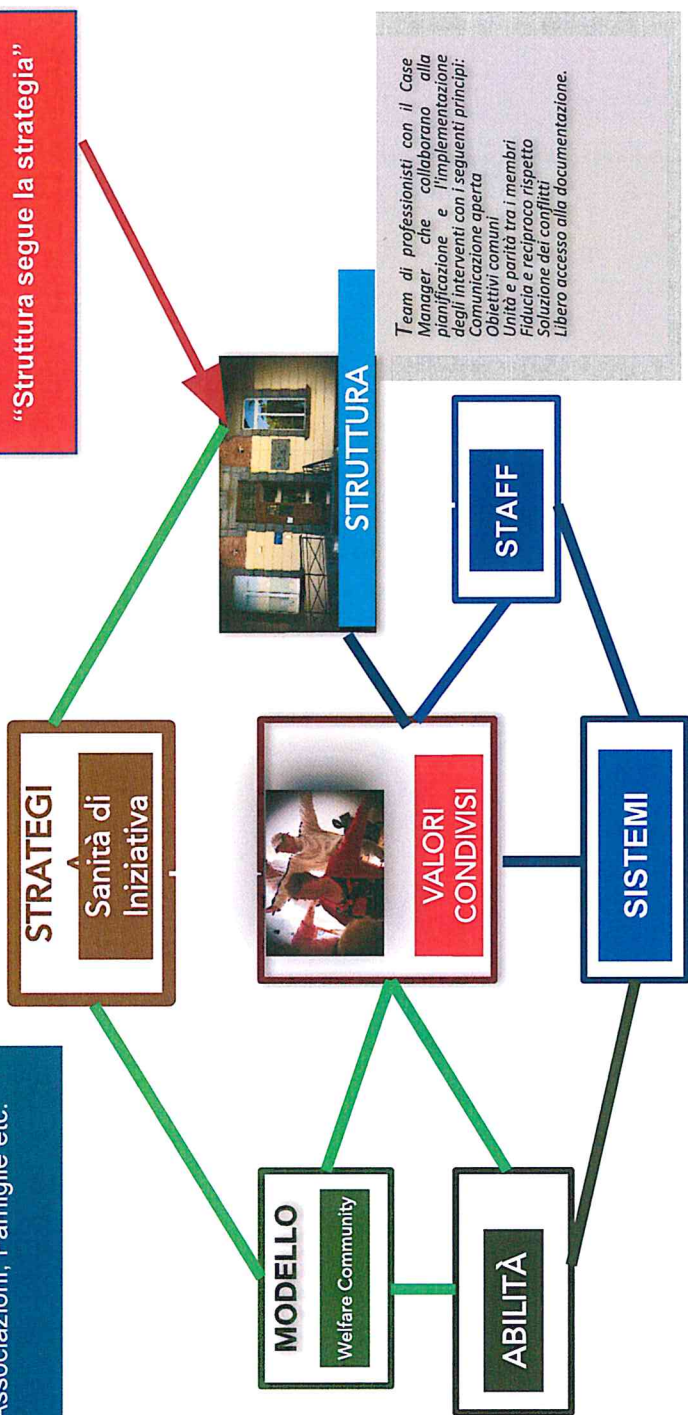


Il progetto di Community Care della CdS di Bagnoregio

La Casa della Salute erogherà un'assistenza integrata; saranno impegnati i diversi attori della comunità: ASL, MM/MG, Comuni, Associazioni, Famiglie etc.

WELFARE COMMUNITY

Sistema socio-politico economico in cui la promozione della sicurezza e del benessere sono espressione di una pluralità di attori e strumenti in cui 3° settore, famiglie, reti informali sono soggetti attivi che producono e restituiscono un Welfare riconosciuto e autonomo



con una forte partecipazione da parte dei cittadini attraverso la loro responsabilizzazione (Empowerment) ed engagement

Casa della Salute di Soriano nel Cimino

La Casa della Salute di Soriano nel Cimino, già inaugurata il 31 agosto del 2016, come da direttive, ha applicato il Chronic Care Model che oltre ad individuare in maniera precoce i segni o i sintomi della malattia o di un suo aggravamento permette di responsabilizzare il paziente e inserire la famiglia nella cura e gestione dello stesso in un sistema di rete virtuosa.

Favorire la vicinanza al cittadino è uno degli obiettivi che l'Azienda ha perseguito, mettendo in atto continue azioni per rispondere in maniera sempre più efficace ai bisogni di salute. A Soriano sono stati attivati poliambulatori specialistici, Punti Prelievo, attività di terapia riabilitativa TSRMEE e di terapia fisica adattata, il consultorio familiare, il Centro di salute mentale, Il CUP, lo sportello di presidi per l'incontinenza, lo sportello di accoglienza per la violenza di genere, il servizio di continuità assistenziale, ma ad oggi ulteriore fiore all'occhiello sono sia il PUA, che ha evidenziato anch'esso importanti volumi di attività, che l'ambulatorio infermieristico in teleassistenza.

La Casa della Salute di Soriano è stata scelta, infatti, a livello regionale come struttura pilota per quanto riguarda i servizi di telemedicina e, nello specifico, di telediagnosi, telemonitoraggio e teleconsultazione domiciliare, grazie al supporto determinante dei medici di medicina generale.

Seguendo quanto indicato dalla Regione Lazio è obiettivo aziendale implementare ulteriormente un sistema sanitario sempre più articolato e vicino al bisogno di salute del cittadino; sono state poste, in clima sinergico, le giuste basi creando con le Case della Salute una vera e propria unità fisica e funzionale che offre la giusta risposta alla richiesta di prestazione, non costringendo l'utente a rivolgersi alle cure ospedaliere laddove non ce ne sia un reale bisogno.

L'efficacia e l'efficienza del sistema è testimoniato anche dai volumi di attività della Casa della salute di Soriano nel Cimino che a giugno del 2017 è stata anche sottoposta ad una verifica per l'accreditamento istituzionale, in riferimento alla DGR Lazio n. 636 del 3/08/2007 e all'allegato 2 del DCA n. U0090 del 10/11/2010 (assistenza specialistica ambulatoriale - ASA) e al DCA Lazio n.8/2011, con esito positivo. Si specifica che ad oggi si continua a lavorare sul sistema di gestione della qualità per il mantenimento dei requisiti.

A2.3 Le Centrali Operative per la Cronicità

All'interno delle Case della Salute di Soriano nel Cimino, Bagnoregio e Ronciglione troveranno la naturale logistica le Centrali Operative delle Cronicità.

La **Centrale Operativa delle Cronicità (C.O.C.)** territoriale, in linea con quanto previsto dal "Chronic Care Model" riguardante il modello di assistenza per le patologie croniche, rappresenta un passaggio culturale dalla *struttura alla funzione*, da una articolazione per *aree-problemi* verso il modello per *complessità assistenziale* e per *percorsi integrati di cura* (*PIC Diabete, BPCO, TAO e Scopenso Cardiaco*) che centrati sui pazienti sono la garanzia di una effettiva presa in carico dei bisogni globali e di costruzione di una *relazione empatica* tra il team assistenziale, la persona con "cronicità" e il *care giver* di riferimento. I PIC hanno come obiettivo specifico di eliminare la discontinuità tra i 3 classici livelli assistenziali (degenza ospedaliera, specialistica territoriale e assistenza primaria), dando origine ad un **continuum clinico-diagnostico-assistenziale**, in rapporto all'obiettivo di salute prefissato. La C.O.C. diventa il "*luogo regolarmente frequentato*" dai Responsabili e attori dei percorsi integrati di cura.

I Percorsi Integrati di Cura, sono uno strumento efficace per una visione complessiva del problema: dalla prevenzione, alla diagnosi, alla cura, alla riabilitazione, alla verifica e monitoraggio dei risultati, per affrontare la cronicità, governare la domanda e ottimizzare l'uso delle risorse. I sistemi di cura posti in essere dentro le **C.O.C** sono quelli di mantenere il più possibile la persona affetta da patologie croniche al proprio domicilio e impedire o/è ridurre i rischi di istituzionalizzazione, coinvolgendo con ruoli diversi, operatori con diverse professionalità e provenienze (multidisciplinarietà) primi fra tutti i MMG, garantendo la presa in carico ove necessario anche del servizio ADI, con il supporto innovativo delle nuove tecnologie di tele-assistenza, tele-consulto e tele-monitoraggio.

Obiettivi generali del progetto sono:

- la costituzione delle 3 centrali operative territoriali presso le Case della Salute, che progressivamente dovranno integrare tutti i percorsi assistenziali;
- l'organizzazione per percorsi (PIC) e livello di complessità, che dovrà comportare la valutazione, il monitoraggio e la verifica degli stessi.

La presa in carico dei "malati complessi" da parte delle C.O.C avviene attraverso l'individuazione e stratificazione dei pazienti con la valutazione di:

- pazienti dimessi, ospedalizzati per riacutizzazione della patologia cronica;
- pazienti cronici individuati e inviati dai MMG alle UU.VV.MM.DD distrettuali per valutazione e presa in carico

L'iter di presa in carico dei pazienti prevede il seguente percorso:

- accoglienza dell'istanza dell'utente (segnalata Medico Ospedale, MMG , Assistente sociale, operatori nella rete dei servizi);
- valutazione multidimensionale del caso, (ottimizzando tempi e modalità);
- definizione del Progetto Assistenziale Individuale;
- affidamento appropriato nella rete dei servizi di presa in carico, attualmente disponibili;
- follow-up attivo con sistemi di RECALL

I principali "snodi" di integrazione Ospedale / Territorio per la presa in carico dei pazienti cronici, sono identificati come di seguito in elenco :

Dimissioni Protette: con la funzione di realizzare la continuità assistenziale del paziente fragile conosciuto e non conosciuto, ricoverato nelle UUOO ospedaliere di area Medica, Chirurgica e PPSS, tramite l'individuazione di eventuali piani assistenziali individuali (PAI), in relazione ai bisogni clinico socio-assistenziali , definiti con l'equipe del reparto ospedaliero, le UU.VV.MM.DD , coinvolgendo il Medico di Medicina Generale;

Domiciliarità sanitaria: con la funzione di presa in carico e monitoraggio dell'utente fragile dal punto di vista clinico- assistenziale, in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale e le equipe di assistenza domiciliari dell 'ADI;

Residenzialità: con la funzione di presa in carico di tutta la eventuale domanda di residenzialità sia essa definitiva e/o temporanea e della semi-residenzialità;

Domiciliarità sociale: con la funzione di monitoraggio e presa in carico delle situazioni domiciliari fragili dal punto di vista sociale, promuovendo la collaborazione e la sinergia fra Azienda ASL e i 60 Comuni del territorio.

Le Centrali Operative della Cronicità dovranno coordinare:

- 1) la dimissione dei pazienti ricoverati in Ospedale verso l'ambito residenziale temporaneo/definitivo o domiciliare protetto;
- 2) la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- 3) la transizione (ammissione/dimissione) e organizzazione del monitoraggio della presa in carico dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie e sulla presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale.

Punto di forza delle C.O.C. è la totale integrazione con tutte le realtà professionali e specialistiche necessarie alla corretta gestione del paziente. Per tutte le patologie croniche gestite dall' ambulatorio infermieristico sarà infatti possibile interagire con lo specialista a seconda delle necessità del paziente. I dati saranno fruibili da tutti gli attori coinvolti, con differenti accessi e modalità di interazione. Sarà pertanto implementata una piattaforma informatica per consentire la completa interoperabilità di tutte le figure coinvolte nel percorso terapeutico del paziente, con l'obiettivo di creare una gestione multidisciplinare del paziente e far convergere in uno stesso spazio fisico più specialità collegandole con servizi di telemedicina. Ciò consentirà di stabilire in tempo reale rapporti di consulenza e collaborazione con i centri diagnostici di alta qualificazione all'interno delle reti per patologie croniche. Tutti gli ambulatori del territorio saranno integrati fra di loro ed in collegamento con i reparti specialistici.

Nel corso del 2018 la ASL di Viterbo implementerà un sistema completo ed integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina basata su un portale web, accessibile via internet in modalità cloud, una gamma completa di dispositivi medici innovativi in grado di acquisire tutti i parametri necessari al corretto monitoraggio dell'andamento della patologie ed un pacchetto di servizi di supporto e assistenza per garantire il funzionamento ottimale e a supporto delle attività assistenziali svolte nei seguenti ambiti:

- ambulatori medici e ambulatori infermieristici delle Case della Salute;
- assistenza domiciliare svolta in mobilità attiva dal personale del servizio ADI;
- automonitoraggio domiciliare dei pazienti.

A2.4 I Percorsi Consultoriali

Il consultorio familiare è il luogo della prevenzione e della cura del disagio legato al ciclo di vita personale e di coppia ed ha tra i compiti istituzionali primari, il sostegno alla donna ed alla famiglia ed in particolare alla genitorialità.

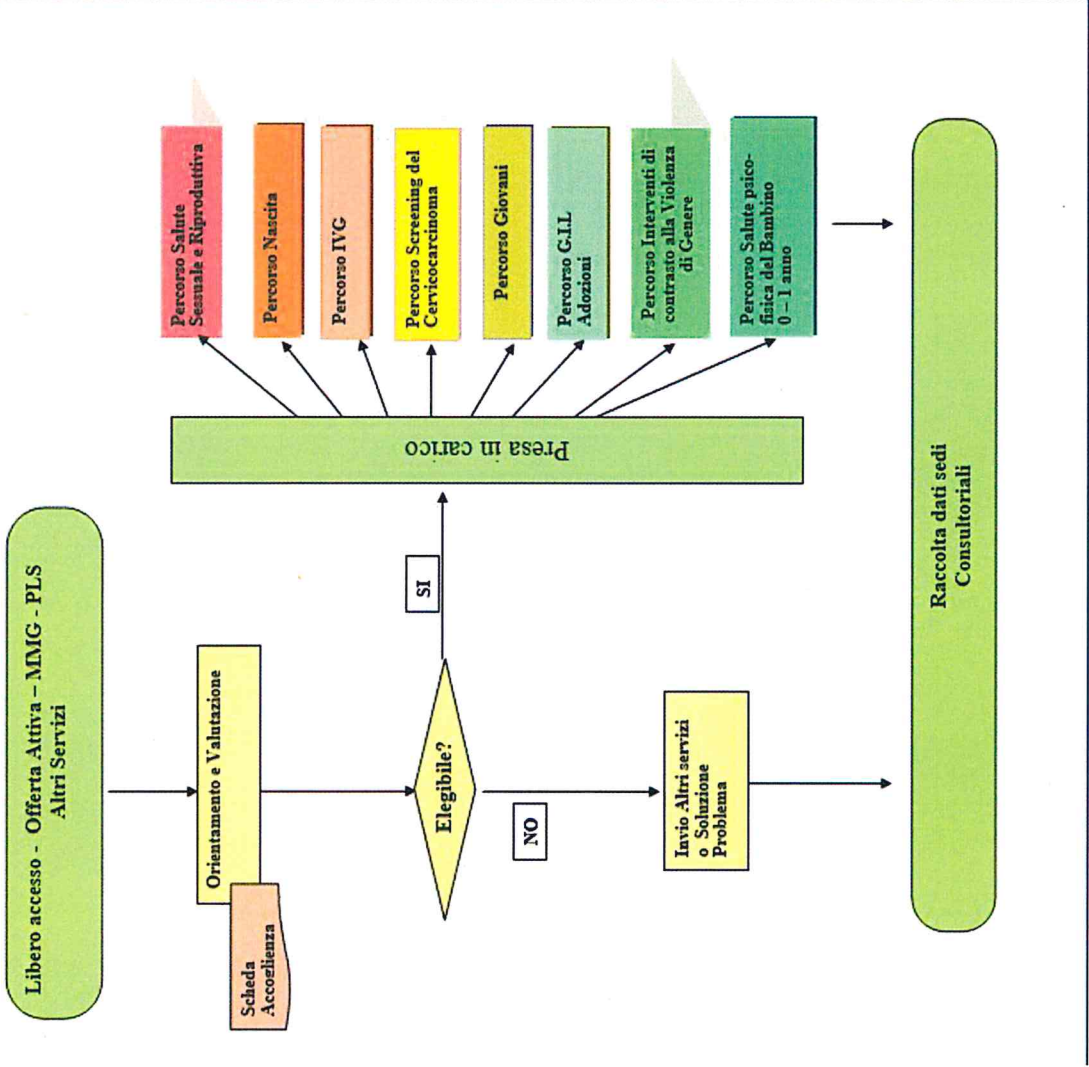
I consultori familiari rappresentano un patrimonio prezioso sia per l'esperienza accumulata sia per le ragioni di fondo della loro esistenza: non sono residui del passato, ma le fondamenta sulle quali costruire i sistemi sanitari del futuro, volti a tutelare e promuovere la salute pubblica.

Specificità del consultorio sono: la prevenzione, l'accoglienza e la tipologia della prestazione di integrazione tra sociale e sanitario garantita attraverso il lavoro multidisciplinare; è importante che ogni prestazione venga fornita da diverse figure professionali nelle loro specificità, offrendo servizi appropriati per rispondere alle richieste degli utenti in tempi adeguati.

Nelle sedi consultoriali aziendali sono attivi, a partire dal 2017, i seguenti percorsi elaborati in ottemperanza al DCA 152 del 12/5/2014:

1. Salute sessuale e riproduttiva;
2. Nascita;
3. Assistenza per la donna che richiede IVG;
4. Screening oncologico del cervico-carcinoma;
5. Interventi di contrasto alla Violenza di Genere;
6. Giovani;
7. Salute psico - fisica del bambino 0-1 anno;
8. G.I.L. adozione

Il grafico che segue delinea le modalità di presa in carico presso le strutture consultoriali per i diversi percorsi; dal 2017 l'attività di monitoraggio e di rilevazione dei dati statistici consente la verifica di qualità e la capacità di intervenire sui processi migliorandoli.



Nell'ambito del percorso nascita riveste particolare interesse l'implementazione dei servizi di telemedicina applicati alla presa in carico delle donne in gravidanza attraverso lo sviluppo della piattaforma Home Mam. E' un servizio innovativo che si pone l'obiettivo di rendere fruibile e continua la comunicazione tra i diversi professionisti all'interno dell'Azienda, orientando i cittadini verso un utilizzo appropriato delle risorse.

La telemedicina, applicata al Percorso Nascita, coniuga l'approccio fisiologico alla tecnologia, come nuova modalità di erogazione dei servizi sanitari.

La **Piattaforma Home Mam**, che sarà disponibile a partire dai primi mesi del 2018, ha l'obiettivo di migliorare l'integrazione ospedale territorio attraverso l'informatizzazione dei dati della gestante, contenuti nell'*Agenda di gravidanza*, distribuita in tutte le sedi consultoriali della ASL di Viterbo, e la calendarizzazione, attraverso la prenotazione delle indagini e dei servizi offerti dalla ASL in gravidanza. Inoltre, la disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offre la possibilità di misurare e valutare le attività del percorso. La Centrale Operativa Home Mam ha infatti la funzione di monitorare e rilevare le attività dell'intero percorso.

A3 Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico assistenziali

A3.1 Le Reti e i Percorsi

La complessità e la frammentazione dell'attuale offerta di servizi per il paziente complesso necessita di un intervento di ricomposizione e di un orientamento verso forme di gestione proattiva delle patologie croniche e dei bisogni assistenziali delle persone.

A partire dal 2015 e con maggiore spinta nel corso del 2016 e del 2017, in coerenza con la programmazione regionale ed in attuazione agli specifici Decreti Commissariali, sono stati definiti i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), integrati tra ospedale e territorio, per le principali patologie cronico degenerative e per le condizioni ad elevato impatto sociale, rispettando la programmazione indicata nel precedente Piano Strategico 2016-2018.

I buoni risultati, sia in termini di risposta di salute che di utilizzo delle risorse, hanno dimostrato che il modello attuato garantisce sia l'efficacia delle cure che l'ottimizzazione delle risorse umane e strumentali. Per questa ragione l'Asl di Viterbo ha previsto nella strategia aziendale lo sviluppo e attuazione di altri percorsi integrati. I percorsi nascono dall'analisi della mobilità passiva, dei dati epidemiologici e dalle proposte fatte dai diversi professionisti dell'azienda che sono parte attiva in questo processo di rilancio.

Nell'ambito di questi percorsi sono stati definiti i ruoli dei professionisti per i diversi livelli di gravità e intensità assistenziale dei pazienti presi in carico.

Di seguito è rappresentato un quadro prospettico dei PDTA attivi o in fase di attuazione a partire dai prossimi mesi, descrivendo l'interconnessione tra i servizi ed i Dipartimenti aziendali coinvolti.

Le reti assistenziali - Quadro prospettico delle Reti e dei Percorsi Aziendali nella ASL di Viterbo

DIPARTIMENTI E/O SOGGETTI COINVOLTI												
	CHIRURGIA	EMERGENZA E P.NASCITA	ONCOEMCO E SERVIZI	SCIENZE MEDICHE E RIABILITATIVE	GOVERNO DELL'OFFERTA E CURE PRIMARIE	PREVENZIONE	DSM	PROFESSIONI SANITARIE	DIREZIONI SANITARIE	DISTRETTI	ALTRI SOGGETTI (ass.ni, istituzioni)	ATTUATA
reti chirurgica												dalla 23/1/2016
U.P.A.C. (unità di programmazione dell'attività chirurgica) e percorsi di presa in carico												dalla 1/10/2016
protocollo bed management												dalla 3/2/2016
Percorso ectrozi multipli												dalla 1/3/2016
la rete riabilitativa aziendale												dalla 14/2 del 22/10/2017
procedura violenza sui minori												dalla 8/6/2016
reti dei laboratori di genetica medica												dalla 1/1/2016
reti cardiologica												dalla 4/5/2016
Percorso autocontrollo assistenzia protetica												dalla 3/30/2016
percorso per l'appropriatezza diagnostica endoscopica												dalla 3/31/2016
Procedura assistenza vittime violenza di genere "Non verra paura"												dalla 3/33/2016
Percorso per l'appropriatezza diagnostica di immunità												dalla 2/1/2016
AMB.FEST (apertura ambulatori festivi)												attivato
rete icter e trombolisi												dalla 3/05/2015
rete scompenso cardiaco												dalla 3/31/2014
rete diabete												dalla 3/26/2013
rete carcinoma della mammella - breast unit												dalla 10/15/2013
rete bronco												dalla 6/31/2014
percorso nascita per la gravidanza fibrilistica												dalla 6/1/2015
rete radiologica aziendale												dalla 6/02/2014

DIPARTIMENTI E/O SOGGETTI COINVOLTI												
	CHIRURGIA	EMERGENZA E P.NASCITA	ONCOEMCO E SERVIZI	SCIENZE MEDICHE E RIABILITATIVE	GOVERNO DELL'OFFERTA E CURE PRIMARIE	PREVENZIONE	DSM	PROFESSIONI SANITARIE	DIREZIONI SANITARIE	DISTRETTI	ALTRI SOGGETTI (ass.ni istituzioni)	ATTUATA
percorsi fast track al P.S. Biscione												del. n. 938/2016
percorso nascita - riorganizzazione della rete consultoriale della ASL di VT												del. n. CS 6/1/2015
rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (IMAD)												del. n. D.G. n. 1009 del 4/8/2016
Attivazione dei programmi attività Territoriali (PAT)												del. n. 644/2016
Modello condiviso per la valutazione dei bisogni territoriali												del. n. 90 del 18/1/2016
percorsi di presa in carico minori e giovani adulti con problemi Psichiatrici, dipendenze e sottoposti a procedimento penale												del. n. 639/2016
Istituzione G.O.M (gruppi multidisciplinari oncologici ASL VT)												del. n. 655/2017
PIC COLON RETTO												del. n. 655 del 26/4/2017
percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il tumore del polmone												del. n. 29 del 18/1/2017
rete assistenziale del tumore del polmone											I FO Roma	del. n. 81/2015
Piano di Prevenzione Aziendale												del. n. 1865 del 23/12/2016
appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali												del. n. 525 del 18/4/2016; del. n. 1008 del 1/1/2016
assistenza migrant friendly												del. n. 1524 del 25/11/2016
procedura per la gestione emergenza migranti												del. n. 1141 del 20/9/2016
rete terapia del dolore e cure palliative												del. n. 367 del 20/3/2017
rete Odontoiatrica												del. n. 1626 del 18/9/2017
rete traumatologica - procedura trauma migliore												del. n. 1639 del 21/10/2017

DIPARTIMENTI E/O SOGGETTI COINVOLTI												
	CHIRURGIA	EMERGENZA E P.NASCITA	ONCOEM. CO E SERVIZI	SCIENZE MEDICHE E RIABILITATIVE	GOVERNO DELL'OFFERTA E CURE PRIMARIE	PREVENZIONE	DSM	PROFESSIONI SANITARIE	DIREZIONI SANITARIE	DISTRETTI	ALTRI SOGGETTI (ass.ni, istituzioni)	ATTUATA
Piano Aziendale Miglioramento screening mx e colon retto.												del. n. D.G. 1867 del 23/12/2016
tavolo del volontariato												del. n. 1148 del 20/3/2016
Centro Provinciale disturbi Spetto Autistico												del. n. 1016 del 22/6/2017
Centro di Riferimento per le Paralisi Cerebrali Infantili												del. n. 1081 del 5/7/2017
NON AVER PAURA Hospdsale												del. n. 333 del 7/3/2016
NON AVER PAURA Territorio												del. n. 1018 del 22/6/2017
PERCORSO PARTO A DOMICILIO												del. n. 1020 del 22/6/2017
POOL INFERMIERISTICO vascolare e radiologico.interventistico												del. n. 355 del 20/6/2017
PERCORSO PERIPARTUM												del. n. 1601 del 11/3/2017

Ogni rete è stata messa in atto seguendo 4 criteri:

- 1) applicazione delle linee di indirizzo dei decreti regionali;
- 2) valutazione del bisogno di salute sul territorio;
- 3) riorganizzazione dei percorsi e processi sanitari per ottimizzare e garantire i livelli di assistenza;
- 4) garantire un sistema di orientamento e presa in carico del cittadino.

La Rete Radiologica

La Rete Radiologica, attiva già dal 2014 è finalizzata a garantire un servizio omogeneo ai pazienti sul territorio, che consenta degli standard qualitativi adeguati, attraverso una riorganizzazione che, superando la frammentazione ed il localismo, permetta l'uso appropriato delle risorse umane e strumentali. L'obiettivo è la ricerca costante della omogeneizzazione delle procedure e delle prestazioni erogate, anche attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Elemento centrale del progetto è lo sviluppo di metodi di valutazione per l'appropriatezza prescrittiva. A tal proposito nel 2016 è stato definito un PERCORSO PER L'APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA DI IMMAGINI ed istituita la Commissione per l'Appropriatezza che, in coerenza con quanto indicato nella determina della Regione Lazio G18397/2014, con il DCA 437 del 28/10/2013 e con il Decreto del Ministro della Salute "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 15 del 20/1/2016, è impegnata nelle azioni di miglioramento, attraverso l'introduzione delle Agende Priorità e sensibilizzando i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali all'attribuzione della classe di Priorità clinica sulla prestazione di diagnostica per immagini.

L'organizzazione della Rete Radiologica è stata articolata per livelli di complessità:

- livello base: Ronciglione, Montefiascone ed Orte che provvedono alla erogazione di prestazioni radiologiche ed ecografiche prevalentemente in ambito ambulatoriale H6;
- livello intermedio: Acquapendente, Civita Castellana e Tarquinia che provvedono alla erogazione di prestazioni radiologiche, ecografiche, TC e RM a pazienti ricoverati, ambulatoriali e provenienti da P.S. H12;
- livello elevato: Belcolle, che provvede ad erogare prestazioni di alta complessità tecnologica e clinica, comprese le prestazioni di radiologia vascolare ed interventistica prevalentemente a pazienti ricoverati, provenienti dal DEA e appartenenti a categorie fragili (a supporto dei PDTA aziendali) H24.

La continuità assistenziale sarà garantita su tutto il territorio provinciale attraverso l'attivazione del teleconsulto Radiologico in Teleradiologia, compatibilmente con le normative vigenti e con le linee guida ISTISAN. La radiologia di Belcolle compatibilmente con l'implementazione delle connettività, e attraverso l'attivazione dei percorsi di teleconsulto, l'attività diagnostica in urgenza presso i presidi di Acquapendente, Civita Castellana, Tarquinia e Montefiascone nelle ore notturne e nei festivi.

La rete radiologica ha anche lo scopo di favorire l'interscambio culturale e professionale tra i componenti l'equipe radiologica, anche attraverso lo spostamento tra le varie sedi operative e la formazione degli operatori.

A medio termine saranno attivati percorsi di radiologia tradizionale domiciliare che consentiranno di erogare prestazioni radiologiche per pazienti in assistenza domiciliare nel rispetto della normativa vigente. Allo stesso modo saranno implementate le Unità Mobili per lo screening mammografico nel sistema RIS PACS aziendale. La ASL di Viterbo è stata individuata dalla Regione Lazio quale capofila per il progetto RIS PACS regionale che consiste nell'integrazione dei RIS PACS di tutte le Aziende del Lazio nonché nella strutturazione del sistema centralizzato di conservazione legale del Documento Digitale e del Disaster Recovery.

Il Percorso della Sclerosi Multipla

Il Percorso è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 796 del 1/6/2016, in attuazione del DCA Regione Lazio n. 386/2014. Obiettivo principale è quello di fornire indicazioni univoche per i comportamenti da adottare nell'ambito della gestione clinica della Sclerosi Multipla per i casi gestiti dal Centro Sclerosi Multipla di Belcolle. Il percorso identifica le varie fasi della presa in carico, dall'accertamento diagnostico della patologia, alla diagnosi alla individuazione della terapia da somministrare. Nel percorso sono stati identificati gli indicatori di risultato tra i quali:

- prevalenza della sclerosi multipla;
- n. risonanze magnetiche eseguite nei pazienti con sclerosi multipla/totale pazienti con sclerosi multipla;
- percentuale di pazienti in trattamento con farmaci di seconda linea nell'anno di riferimento;
- numero medio di visite neurologiche eseguite nei pazienti con sclerosi multipla nell'anno di riferimento;
- tasso di ospedalizzazione

Rete Riabilitativa Aziendale

La Rete è stata approvata con deliberazione del Direttore Generale n. 1422 del 22/08/2017, in attuazione del DCA 159 del 13/5/2016. L'obiettivo è quello di riorganizzare il processo assistenziale riabilitativo integrando, in un sistema di Hub e Spoke della rete, i servizi territoriali e ospedalieri, garantendo l'equità dell'accesso e l'efficacia dell'intervento. Nel 2017 sarà individuato il Coordinamento Professionale della rete integrata della riabilitazione e attivato un sistema interno di qualità conforme ai requisiti di accreditamento previsti dalla Regione Lazio. Il progetto identifica:

- Modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accreditamento;
- Obiettivi da raggiungere a breve e medio termine;
- Modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste;
- Misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi;
- Tempi di verifica e di conclusione.

Sono inoltre individuate le strutture presso le quali il paziente può trovare la giusta risposta al proprio bisogno di salute.

Procedura per il Bed Management nel Polo Ospedaliero della ASL di Viterbo

La procedura è stata approvata con deliberazione del Direttore Generale n. 952 del 25/7/2016 in attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 821 del 3/11/2009. L'obiettivo è quello di gestire il sovrafflusso e lo stazionamento prolungato dei pazienti in attesa di ricovero presso il Pronto Soccorso di Belcolle (centro Hub del Polo Ospedaliero) ottimizzando il *turn over* dei pazienti su posto letto, individuando inoltre i referenti del Bed Manager nei presidi periferici di Civita Castellana, Tarquinia ed Acquapendente. Il Bed Manager è il facilitatore dei processi di ricovero e dimissione, individuato dalla Direzione Aziendale in capo alla Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri, con il compito di garantire la corretta gestione dei posti letto. La procedura operativa individua le azioni che quotidianamente devono essere rispettate, secondo la sequenza indicata, per garantire l'appropriatezza dei percorsi.

Procedura violenza sui minori

La procedura è stata approvata con deliberazione del Direttore Generale n. 806 del 10/6/2016, nel rispetto dell'art. 1, comma 790 e 791 della L. n. 208 del 28/12/2015. Lo scopo è quello di sviluppare un sistema di protezione del paziente pediatrico vittima di violenza, adeguando ed uniformando agli standard nazionali nei diversi presidi della ASL di Viterbo il trattamento e garantendo adeguata accoglienza e presa in carico dei piccoli pazienti. E' un percorso integrato tra ospedale e territorio, prevedendo l'interazione con le Unità Valutative Distrettuali. Nel corso del 2016, purtroppo, il percorso è stato attivato per 6 minori presso il P.O. di Belcolle (v. anche pag. 215 del Piano Strategico). La procedura è parte integrante del Progetto "Non avere Paura" che comprende il percorso alle donne vittime di violenza e che, a partire dal 2017, prevede la realizzazione di un percorso dedicato ai minori vittime di bullismo e di omofobia.

Rete dei laboratori di genetica medica

Con deliberazione n. 717 del 17/5/2016 la ASL di Viterbo ha preso atto del DCA 549 del 18/11/2015 di istituzione della Rete Regionale dei laboratori di genetica medica, all'interno della quale rientra l'attività del laboratorio di Viterbo. E' stato pertanto delineato il percorso attuativo degli obiettivi regionali, adeguando le strutture aziendali a quanto disposto nel Decreto (standard di riferimento per esami e prestazioni).

Rete Cardiologica

La Rete Cardiologica aziendale è stata approvata con deliberazione del Direttore Generale n. 485 del 4 aprile 2016, in coerenza con quanto disposto dal DCA 74/2010. L'obiettivo alla base della istituzione della rete è senz'altro quello di coniugare la facilitazione dell'accesso ai percorsi di cura con la sicurezza, prevedendo un percorso di integrazione tra i servizi ospedalieri e quelle territoriali in una logica di continuità assistenziale. Obiettivi specifici della Rete sono:

integrare la rete cardiologica ospedaliera con la rete cardiologica territoriale in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e di continuità dei percorsi di diagnosi e cura;

collocarsi all'interno della rete regionale perseguendo gli obiettivi posti;

definire protocolli di intervento per la cardiologia pediatrica;

incidere sulle liste di attesa per alcune prestazioni critiche ambulatoriali (ecocardio, ECG da sforzo, cardiologia pediatrica);

ottimizzare il rapporto tra attività ambulatoriale cardiologica in regime libero professionale;

implementare protocolli e PDTA per il governo clinico della rete;

adottare in ambito ospedaliero il modello organizzativo di area omogenea e di intensità di cura;

aderire agli indicatori regionali adeguandosi agli standard previsti.

La Rete si prefigge anche l'obiettivo di incidere positivamente sulla riduzione delle liste d'attesa. Il documento approvato definisce:

- A) le funzioni e le attività per sede di produzione ospedaliera e territoriale;
 - B) la dotazione tecnologica per centro di produzione;
 - C) il cronoprogramma delle azioni (GANTT della RETE)
- Gli indicatori specifici della RETE sono:
- 1) STEMI: proporzione di pz trattati con PTCA entro 90 m (struttura di ricovero);
 - 2) proporzione di ricoveri per IMA per destinazione;
 - 3) volumi di IMA;
 - 4) volumi di interventi di PTCA

Percorso autorizzativo assistenza protesica

E' stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 390 del 15/3/2016, in coerenza con il DCA n. 384 del 4/8/2015. La finalità è quella di omogeneizzare ed informatizzare i percorsi per la richiesta e la concessione degli ausili protesici, anche attraverso l'istituzione della Commissione Multidisciplinare aziendale. Si tratta di superare la logica particolaristica per abbracciare comportamenti che garantiscano al cittadino uguale possibilità di accesso ai servizi su tutto il territorio provinciale.

Percorso per l'appropriatezza diagnostica endoscopica

Il percorso è stato approvato con deliberazione n. 351 del 13/3/2016, nel rispetto di quanto contenuto nel DCA 437 del 28/10/2013 e D.M. del 12/2015. L'obiettivo è quello di omogeneizzare metodologie e comportamenti in diagnostica endoscopica all'interno dell'Azienda, promuovendo l'appropriatezza diagnostica attraverso l'applicazione di procedure standardizzate. A tal fine è stato istituito un Tavolo tecnico che ha il compito di monitorare l'applicazione del percorso e misurarne i risultati anche attraverso lo strumento dell'audit clinico. Le prestazioni interessate al percorso di appropriatezza sono l'esofago-gastroduodenoscopia e la colonscopia diagnostica. Il percorso prevede la condivisione tra i Medici di Medicina Generale, gli endoscopisti, i medici di direzione sanitaria e quelli dell'emergenza urgenza.

Percorso assistenza intraospedaliera vittime di violenza di genere "Non Avere Paura"

Il percorso, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 333 del 7/3/2016, è parte del percorso consultoriale "Interventi di contrasto alla violenza di genere". E' stato redatto in coerenza con la L. 4/2014 "Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere..." e con il DCA 152/2014. E' un percorso di assistenza e di aiuto alle donne vittime di violenza e di maltrattamento, attivato all'interno della rete locale d'intervento costituita dalle principali istituzioni del viterbese (v. anche pag. 215 del Piano Strategico)

Percorso per l'appropriatezza diagnostica di immagini

Il percorso, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 271 del 19/2/2016, è redatto in coerenza del DCA 437 del 28/10/2013 -I Piano Regionale per il Governo delle Liste d'attesa - e con la Determina G18397 del 19 dicembre 2014 "Prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prestazioni specialistiche di primo accesso per classe di priorità. Indicazioni regionali".

L'obiettivo è appunto il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni radiologiche ambulatoriali attraverso l'assegnazione delle classi di priorità clinica alle richieste e il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Il percorso prevede:

- Chiara espressione nella richiesta compilata dal Medico richiedente della tipologia del contatto con la struttura, la classe di priorità ed il quesito diagnostico;
- Riorganizzazione del CUP che dovrà essere adeguato ad accettare le richieste secondo criteri di priorità e a rioffrire agli utenti gli slot eventualmente non utilizzati.
- Correlazione tra le classi di priorità clinica e le condizioni cliniche / patologie che, seppur diverse tra loro, hanno in comune il limite di attesa utilizzando una classificazione definita R.A.O. (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).

Percorso di presa in carico dei minori e giovani adulti con problemi psichiatrici, dipendenze sottoposti a procedimento penale

Il percorso, approvato con delibera del Direttore Generale n. 699 del 12/5/2016, è stato redatto in coerenza con il DCA 383 del 4/8/2015. L'obiettivo è quello di migliorare la presa in carico dei minori e dei giovani adulti attraverso l'individuazione di tre percorsi dedicati: minorenni (di pertinenza della UOC TSMREE), maggiorenni (di pertinenza del DSM), soggetti con problemi di dipendenza (di pertinenza della UOC Dipendenze), attraverso la definizione di Piani di Trattamento individuali che rispondano a procedure omogenee e definite.

Rete Clinica per le malattie dell'apparato digerente

La Rete è stata approvata con deliberazione del Direttore Generale n. 1009 del 4 agosto 2016, in coerenza con le Linee Guida Regionali e con la letteratura scientifica internazionale. L'obiettivo è quello di riorganizzare le attività gastroenterologiche per livello di complessità, individuando le procedure alle quali attenersi per le principali patologie riportate:

- 1) patologia bilio-pancreatica;
- 2) patologia neoplastica del tubo digerente;
- 3) emergenze-urgenze in endoscopia digestiva;
- 4) malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)

al fine di assicurare i livelli standard di qualità delle prestazioni specialistiche

Per ciascuna delle patologie è indicato il percorso assistenziale e la struttura della Rete presso la quale è possibile trovare la giusta risposta al bisogno di salute.

Rete assistenziale del tumore del polmone

Con deliberazione del Direttore Generale n. 81 del 10/12/2015 è stato approvato il Piano Operativo Aziendale sulla Rete del Tumore del polmone che, in coerenza con quanto disposto dal DCA 419 del 4/9/2015, offre al paziente con sospetto di neoplasia polmonare un percorso diagnostico terapeutico rapido ed efficace, riducendo la mobilità passiva e la migrazione di pazienti verso altre regioni. All'interno del P.O. di Belcolle sono presenti tutte le strutture diagnostiche e terapeutiche coinvolte nella diagnosi e cura del tumore del polmone, mentre è attiva da anni la collaborazione con la Chirurgia Toracica dell'IFO per la consulenza chirurgica. E' stato istituito il gruppo multidisciplinare (Lung Unit) con il compito di discutere settimanalmente i casi dei pazienti, alcuni dei quali saranno poi sottoposti all'attenzione del Centro di Riferimento Regionale.

Nel corso del 2017, con deliberazione del Direttore Generale n. 20 del 18/1/2017 è stato approvato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale della ASL di Viterbo relativo ai pazienti con tumore del polmone attraverso l'approccio multidisciplinare garantito dalla capacità della Lung Unit di interfacciarsi con il Centro di Riferimento Regionale costituito dall'IFO di Roma.

Percorso terapeutico dei pazienti candidati a trattamento con Xofigo

Il percorso, già attivo a partire dal mese di agosto presso la Medicina Nucleare dell'Ospedale di Belcolle, prevede la somministrazione del radiofarmaco Xofigo, a base di Radium-223 Cloruro, per la terapia del carcinoma prostatico, quando questa malattia risulti resistente alla castrazione e siano progressivamente interessate le ossa. Il radiofarmaco autorizzato utilizza per la prima volta nel complesso ospedaliero viterbese le particelle alfa che, rispetto al trattamento chemioterapico, si sono dimostrate assai efficaci nel combattere la malattia, quando diviene più aggressiva, in quanto riducono il dolore accusato dai pazienti e il rischio di fratture spontanee, garantendo quindi una qualità di vita altrimenti non realizzabile per i pazienti candidati alla somministrazione del radiofarmaco. Sono selezionati dal gruppo interdisciplinare di Uro-oncologia. I singoli casi clinici vengono discussi ogni lunedì a Belcolle presso l'unità di Radioterapia, con la partecipazione di oncologi, urologi, radioterapisti, patologi e medici nucleari.

Appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali

Con deliberazione n. 525 del 18/4/2016 è stata approvata la procedura sulla gestione delle componenti monoclonali (C.M.) che permette di:

- ridurre l'inappropriatezza prescrittiva degli esami di approfondimento (in difetto o in eccesso) da parte dei MMG al momento della scoperta occasionale di componenti monoclonali nel tracciato elettroforetico;
- costituire una rete di raccordo ospedale/territorio nella gestione dei pazienti con C.M.;
- fornire le istruzioni operative per la gestione presso il CUP delle richieste di indagine diagnostica e di follow up per C.M.

Rete Terapia del dolore e cure palliative

Negli ultimi mesi del 2016 sono stati elaborati il progetto ed i percorsi dedicati relativi all'attivazione della Terapia del dolore e delle Cure palliative della ASL di Viterbo. I documenti, redatti in coerenza con il DCA 568 del 27 novembre 2015, sono stati revisionati per garantire l'adesione anche a quanto disposto con il DCA 320 del 24/10/2016 "Assistenza territoriale per le cure palliative. Ridefinizione del fabbisogno regionale di post in regime residenziale" e con il DCA 360 del 16/11/2016 "Indirizzi per l'implementazione della Rete Locale di Cure Palliative". Con deliberazione del Direttore Generale n. 367 del 20/3/2017 è stata attivata la Rete aziendale, con lo scopo di superare la frammentazione tra i Dipartimenti di Anestesia e Rianimazione, il Dipartimento Oncoematologico (e la Rete Oncologica), il Dipartimento di Chirurgia ed il Dipartimento di Cure Primarie, garantendo continuità e trasversalità assistenziale, accompagnando il paziente nel decorso della malattia in ogni aspetto: dal sostegno psicologico al malato e alla famiglia, alla cura del dolore inutile, percepito come ingiusto ed evitabile, al sostegno al paziente nei processi di cura nel fine vita. Sono descritte le procedure operative dei percorsi: Area Territoriale Ambulatoriale, Area residenziale delle strutture accreditate (Hospice), Area Ospedaliera.

Percorso del colon retto

Il percorso è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 655 del 26/4/2017. Consente di offrire al paziente con sospetto di neoplasia un percorso diagnostico terapeutico chiaro, rapido, efficace e multidisciplinare. Il percorso permette di garantire al paziente una rete di chirurgie aziendali che assicurino il rispetto di standard di qualità e sicurezza elevati, contribuendo a ridurre, nel contempo, la mobilità passiva e la migrazione in altra regione.

Centro provinciale per i disturbi dello spettro autistico

Il Centro di Riferimento Provinciale per i Disturbi dello Spettro Autistico è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1018 del 22/6/2017; è dedicato elettivamente alla diagnostica dei disturbi dello spettro autistico, al supporto agli operatori della ASL ed alle strutture riabilitative presenti nel territorio, allo sviluppo di piani terapeutici individualizzati, al coordinamento di azioni di parent (family) training, favorendo l'omogeneità nei trattamenti, anche attraverso un'adeguata attività di formazione, l'attivazione e l'implementazione di percorsi e servizi dedicati, in collaborazione con le equipe territoriali e l'attivazione di un osservatorio epidemiologico provinciale per ASD;

Centro di riferimento per le paralisi cerebrali infantili

La ASL di Viterbo ha conservato negli anni il ruolo di polo di riferimento per il territorio per le Paralisi Cerebrali Infantili e nucleo di valutazione per le richieste di profesi ed ausili, partecipando ai gruppi di ricerca europei. Grazie all'esperienza maturata nel tempo, in ottemperanza al DCA U00159 del 13/5/2016 "Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale" che definisce le modalità di presa in carico dei pazienti con patologie complesse, anche in età evolutiva e richiama le linee guida per la riabilitazione dei bambini affetti da PCI della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile e della società italiana di fisiatria del 2013, con deliberazione del Direttore Generale n. 1081 del 5/7/2017 è stato istituito il Centro Aziendale, ubicato presso il TSRM della Cittadella della Salute.

Percorso peripartum

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1601 dell'11/9/2017 è stato approvato il percorso utile a fornire indicazioni agli operatori della rete costituita dall'area consultoriale, dalla UOC Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Belcolle, dalla UOC di Pediatria del P.O. di Belcolle, dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta al fine di intercettare le donne affette da depressione, per la gestione clinica della depressione nel peripartum che, ricordiamo, riguarda il 15-20% delle donne nel periodo post partum.

Rete Odontoiatrica

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1626 del 18/9/2017 è stata approvata la riorganizzazione della Rete Aziendale Odontoiatrica, in coerenza con il DCA 586 del 16/12/2015 che definisce i destinatari e le tipologie delle prestazioni e dei servizi da garantire ai cittadini della Regione Lazio, nonché le forme e le modalità di partecipazione alla spesa al fine di assicurare, in modo uniforme ed omogeneo, le cure odontoiatriche, nell'ambito dei livelli di assistenza attraverso:

- l'identificazione delle condizioni di vulnerabilità dei pazienti;
- l'individuazione delle prestazioni LEA che dovranno essere erogate in tutte le Aziende della Regione nel rispetto dei tempi di attesa;
- l'individuazione delle prestazioni erogabili a favore di destinatari extra LEA;
- l'individuazione delle forme e delle modalità di partecipazione alla spesa da parte degli utenti, il nuovo tariffario e le condizioni di erogabilità;
- l'organizzazione della rete dei servizi per le cure odontoiatriche;

La Rete Aziendale è strutturata in Livelli:

- 1) primo livello: ambulatori distrettuali, presso il Distretto A, B e C;
- 2) secondo livello: UOSD Chirurgia Maxillo facciale presso il Presidio di Belcolle;
- 3) Centro di Coordinamento della Rete Odontoiatrica Regionale, presso il Presidio Ospedaliero G. Eastmann di Roma

La procedura identifica le prestazioni erogabili ad ogni livello della Rete ed i percorsi di accesso.

Tavolo del Volontariato "Partecipare in Sanità"

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1148 del 20 settembre 2016 è stato istituito il Tavolo Permanente del Volontariato "Partecipare in Sanità", in coerenza con la Determina dirigenziale della Regione Lazio n. B8920 del 12/11/2011 "La partecipazione civica nelle Aziende Sanitarie Locali, Ospedali, IRCCS e Policlinici Universitari del Lazio: linee Guida per l'istituzione del tavolo misto permanente". Il Tavolo è uno strumento di partecipazione civica attiva alle politiche delle aziende sanitarie e si connota come "spazio permanente" di proposizione da parte delle rappresentanze civiche e di rendicontazione da parte delle Aziende sugli aspetti delle politiche sanitarie che assumono una particolare rilevanza per i cittadini. L'obiettivo è quello di garantire nel territorio provinciale attività complementari e non sostitutive dei servizi di competenza della ASL attraverso accordi con le associazioni di volontariato riconosciute che partecipano al Tavolo.

La Rete dei Disturbi del Comportamento Alimentare

L'Azienda si impegna ad implementare le azioni a sostegno della rete regionale integrata dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in coerenza con il DCA 80/2016 che ha ridisegnato e potenziato la rete dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare che operano nella Regione Lazio in tutti i livelli assistenziali (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, ospedaliero - DH e posti letto).

Le linee Guida Internazionali (APA, 2005; NICE, 2004; RANZCP, 2014), le indicazioni del Ministero della Salute (QMdS, 2013) e la Consensus Conference dell'ISS (Rapporti ISTISAN, 13/6, 2013) sottolineano tutte come l'intervento ambulatoriale multidisciplinare integrato costituisca il pilastro della rete dei servizi dedicati al trattamento dei DCA garantendo il 70% di risposta di cura. Il DCA 80/2016 prevede l'attivazione di ulteriori posti letto in strutture residenziali, di cui almeno una nell'area Nord del territorio regionale (ASL Viterbo e ASL Rieti).

La Rete delle malattie rare

L'Azienda nel 2017, in attuazione del DCA 387/2015, con cui la Regione Lazio ha recepito il "Piano nazionale per le Malattie Rare" approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 16/10/2014 e definito un primo aggiornamento della Rete dei Centri di Riferimento, uniforma la propria organizzazione a quanto disposto nel Decreto Regionale. In particolare, la Commissione per le Malattie Rare valuta i casi sottoposti all'attenzione.

Rete dei laboratori pubblici e privati

Nel corso del 2014, la Regione ha approvato il DCA 219/14 con il quale sono stati riorganizzati i servizi della medicina di laboratorio nel settore pubblico secondo un modello di rete che prevede la concentrazione delle attività complesse in laboratori di riferimento (Laboratori Elevata Complessità- Specialistico LEC-S) a cui spetta anche la funzione di coordinamento delle risorse di personale e tecnologiche delle strutture periferiche (Laboratorio Base e di Urgenza) ad essi collegati, nonché la definizione dei fabbisogni a livello di rete in un'ottica di centralizzazione delle gare per sistemi macchina-reagenti. In tutti gli ospedali che erogano cure per acuti è garantita una attività diagnostica di base o solo di urgenza. Attualmente i laboratori LEC-S della Regione sono otto, di cui cinque collocati nel territorio di Roma Capitale (Ospedali: S. Pertini, S. Eugenio, S. Camillo-Forlanini, S. Giovanni Addolorata e S. Filippo Neri) e tre collocati nelle Province (Ospedali: Belcolle di Viterbo, Santa Maria Goretti di Latina e F. Spaziani di Frosinone). I laboratori periferici con funzioni di base o di urgenza sono 29. A seguito dell'approvazione della legge regionale 31 dicembre 2015, n. 17 art. 6, nel corso del triennio sarà necessario procedere ad una parziale revisione dell'assetto attuale coerentemente con i nuovi accorpamenti aziendali previsti dalla legge. Nel 2017 sarà definitivamente messa a punto la riorganizzazione dei laboratori di diagnostica clinica della ASL di Viterbo per adeguarla a quanto disposto con DCA 219/2014. Analogamente, in attesa del nuovo atto in sostituzione del DCA 270/2015 finalizzato alla revisione e riorganizzazione della medicina di laboratorio e di base nel settore privato, si procederà alla verifica anche per le strutture private.

A3.2 La riorganizzazione dei percorsi di Salute Mentale

Nella rete dei servizi territoriali è di particolare rilievo il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che raccoglie tutte le strutture e tutti i servizi il cui compito è quello di promuovere e tutelare la salute mentale della popolazione, svolgendo attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sia del disagio psichico che dei disturbi e delle disabilità psichiatriche, in base a quanto previsto dal DPR 10/11/1999 e dalla DGR Lazio 8/02/2000 n. 236.

Il modello organizzativo della ASL individua il DSM come struttura autonoma, profondamente incardinata nel territorio anche attraverso sinergie strutturate con il Distretto, con il Terzo Settore, la Neuropsichiatria Infantile, la Geriatria, la Riabilitazione ed il Disabile Adulto.

Gli obiettivi di programmazione per il prossimo triennio vertono sullo sviluppo di metodi omogenei di presa in carico dei pazienti e lo sviluppo dell'integrazione dei diversi aspetti (sociale, educativo, scolastico). Il concetto di cure integrate determina la necessità di creare vere e proprie reti che permettano al cittadino di intraprendere e un percorso di salute, creando le condizioni utili per migliorare gli esiti delle azioni messe in atto in seno al DSM, anche grazie all'attività di raccordo con i MMG per fornire consulenze psichiatriche e per condurre, insieme, progetti terapeutici e attività formative.

In particolare le azioni che verranno messe in campo per superare le attuali criticità possono essere sintetizzate in:

- controllo del funzionamento della rete di servizi al fine di fornire un intervento integrato, con particolare riguardo alla riabilitazione e alla gestione degli stati di crisi;
- sviluppo di modelli operativi con l'individuazione di una precisa responsabilità tecnica e gestionale in grado di garantire il funzionamento integrato e continuativo dei servizi stessi;
- sviluppo di progetti formativi per l'omogeneizzazione delle procedure operative relative ai percorsi diagnostici terapeutici e riabilitativi e per l'aumento delle competenze professionali degli operatori per far fronte a tutte le patologie psichiatriche, con particolare riguardo a quelle più gravi, attraverso interventi diversificati che prevedono la partecipazione di più soggetti, ivi compresi i familiari;
- sviluppo di valutazioni sistematiche in ordine all'efficienza delle risorse impiegate ed all'efficacia degli interventi attuati e all'attuazione del monitoraggio della spesa per ogni ambito territoriale e linee di attività;
- attivazione di azioni di prevenzione integrate con il Serd e il Dipartimento di Prevenzione per le attività di promozione alla salute per patologie correlate all'utilizzo di sostanze d'abuso ed alla salute mentale, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;
- prevenzione dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle popolazioni a rischio, attraverso l'individuazione precoce della psicosi giovanile, delle situazioni di disagio e l'attivazione di idonei interventi terapeutico-preventivi;
- valutazione della riorganizzazione della rete dei servizi per le dipendenze;
- prevenzione per la riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza.

Già nel 2016 venne stipulata una convenzione con la cattedra di Psichiatria dell'Università Sant'Andrea, che risulta essere strategica per una revisione del modello organizzativo del DSM.

Nella psichiatria contemporanea assistiamo ad una metamorfosi delle forme patologiche a cui si deve far fronte con un aggiornamento continuo e un interscambio con i centri di ricerca più evoluti al fine di revisionare e aggiornare le linee di intervento.

In particolare:

1. è iniziata una formazione specifica di una unità operativa del DH per l'**assistenza** della donna nel delicato periodo **del peripartum** alla quale sta seguendo un'assistenza adeguata;
2. è stato avviato, sempre nel DH, un servizio innovativo di **Depot-Clinic** finalizzato alla prevenzione delle ricadute delle crisi psicotiche. Questo Servizio è fondamentale per il superamento della scarsa compliance dei pazienti psichiatrici e consente di diminuire il rischio di cronicità e limitare i danni della psicosi;
3. sono stati presi contatti con le scuole per iniziare una campagna di **prevenzione sull'abuso delle sostanze tossiche** che, attualmente, costituiscono la **causa principale degli esordi psicotici precoci**. I disturbi psichiatrici indotti da sostanze sono, nei giovani, i più frequenti e i più gravi. Il progetto prevede un triplice intervento diretto ai giovani studenti, agli insegnanti e ai genitori;

I processi di riorganizzazione necessitano della progettazione e dello sviluppo di un nuovo Sistema Informativo per la Salute Mentale, che superando i limiti e le criticità dell'attuale SIPC, possa permettere il rilevamento sistematico dei dati di attività prestate dai servizi e dalle strutture interessate, creando così le condizioni per una più accurata stima del fabbisogno e valutazione delle prestazioni. Esso inoltre potrà interfacciare la Suite InterRai integrata in SIAT, per la valutazione e il monitoraggio dei piani assistenziali.

Il nuovo sistema prevede la produzione di una interfaccia per la raccolta e la trasmissione dei dati SISM ad NSIS. in analogia di quanto già implementato per il sistema SIAT nel Nuovo Sistema Informativo di Assistenza Domiciliare.

Nel 2017 la riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale ha favorito:

- l'incremento delle azioni di prevenzione e di presa in carico nel territorio di pazienti con patologie psichiatriche, riducendo l'ospedalizzazione e garantendo al malato una rete capillare e integrata di servizi sul territorio;
- la collaborazione in ambito riabilitativo, unitamente al Tavolo Tecnico della Regione Lazio, per un giusto ed appropriato supporto ad "abitare autonomo" del paziente psichiatrico grave: ad oggi sono stati attivati 45 appartamenti assistiti dal DSM nell'ottica della "restituzione territoriale" come terminale del percorso nella filiera assistenziale;
- l'intervento sull'esordio precoce della psicosi giovanile, l'assistenza della donna in gravidanza, la prevenzione e il trattamento in doppia diagnosi (psicosi e tossicodipendenza).

A4 Azioni di promozione della salute

Nel 2017 il Piano Aziendale della Prevenzione (PAP), nel quale, oltre ai programmi del PRP, hanno trovato collocazione progetti aziendali già in parte sperimentati o di nuova proposizione, ha trovato il suo momento di consolidamento. Ne è derivato che, con il Piano Aziendale della Prevenzione, la ASL di Viterbo si è dotata di uno strumento completo che ha iniziato il suo percorso nel tentativo di fornire risposte esaurienti alle esigenze della prevenzione e del mantenimento della salute provenienti dall'utenza e dal territorio. Le azioni continueranno ad essere sviluppate nel prossimo biennio, corrispondendo ai singoli programmi del Piano che di seguito si riportano:

1. Promozione di stili di vita salutari nella popolazione generale per guadagnare salute nel Lazio.

È questo il programma più articolato e disomogeneo di tutto il PAP. Troviamo progetti che vanno dal sostegno dell'allattamento al seno, alla lotta al consumo di alcool, di tabacco, alle dipendenze fino alla promozione di stili di vita salutari con la promozione dell'attività fisica, di una corretta alimentazione e di corretti comportamenti sui luoghi di lavoro; ritroviamo anche interventi a favore dell'occupazione di soggetti disabili e di prevenzione delle autolesioni e del suicidio in ambiente carcerario. In questo ambito si è inserito il progetto **"È salute"**, che rappresenta il contenitore comunicativo della ASL di Viterbo. Raccoglie ormai tutte le iniziative di prevenzione messe in campo dall'Azienda e si propone di intervenire nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute sulle principali aree tematiche relative a patologie derivanti da stili di vita non salutari. Il progetto, oltre ad assolvere la sua mission nei confronti del cittadino, va inteso anche nell'ottica del potenziamento dell'immagine dell'Azienda. **"È salute"** prevede delle azioni mirate di comunicazione e formazione per target specifici di popolazione. Per ogni azione, al fine di ottenere il risultato auspicato, vengono stabiliti dei rapporti forti di collaborazione con alcuni dei principali stakeholders dell'Azienda: enti pubblici, associazioni di volontariato, istituti scolastici, centri anziani, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Nel 2017 la collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale per il Lazio, nell'ambito del progetto **"Scuola-Movimento-Sport-Salute"**, che riunisce con due accordi di rete la quasi totalità degli istituti secondari di I e II grado della Provincia di Viterbo è proseguita in modo proficuo. Sempre con l'Ufficio scolastico regionale e con la collaborazione sinergica di Coldiretti Viterbo, è stato replicato il progetto **"Mangia sano, prendici gusto"** che si pone l'obiettivo di sensibilizzare gli studenti della Tuscia in merito agli stili di vita e alla corretta alimentazione da adottare al fine di prevenire l'insorgere delle più comuni patologie croniche e dei disturbi alimentari.

2. Prevenzione e controllo delle MCNT (malattie CV, tumori, diabete e conseguenze di disturbi neurosensoriali congeniti)

In questo programma sono inclusi gli Screening (Mammella, Cervicocarcinoma e tumori del Colon-Retto), ma trova spazio anche il progetto "Salute Donna", un percorso da sviluppato in ambito consultoriale destinato ad adolescenti in età fertile e a donne in menopausa. Troviamo qui anche una iniziativa di prevenzione già sperimentata in passato con successo, la "Giornata della Prevenzione", organizzata dagli Enti Locali in collaborazione con Associazioni di Volontariato nell'ambito del programma "E' Salute". A partire dal 2018 la Regione Lazio ha programmato l'avvio di un altro screening, quello del Papillomavirus (HPV).

3. Promozione della salute e del benessere nelle Scuole

Con questo intervento, che integra i progetti regionali su stili di vita e corretta alimentazione, si tenta di agire sulla popolazione scolastica con azioni mirate e comunicazione efficace per favorire conoscenze utili alla creazione di stili di vita e di alimentazione sani per la prevenzione dell'insorgenza di forme patologiche come anoressia e obesità in adolescenza. Si propongono inoltre screening su problemi andrologici da approfondire in ambiente ospedaliero, specie in adolescenti che praticano attività sportiva agonistica e non agonistica. È stato anche elaborato un Catalogo di tutti gli interventi progettati finora da Servizi ed Unità Operative della ASL ed offerti alle varie Scuole della provincia. Il catalogo verrà pubblicato sul sito web dell'Azienda. Nell'ambito del programma di interventi, continuerà il progetto Unplugged finalizzato alla lotta delle dipendenze da alcol, fumo e droga che si fonda sulle "Life Skill" (competenze di vita individuate dall'OMS) e su un modello di influenza sociale globale. È un programma didattico che include un'equilibrata miscela di nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali e corregge le percezioni erranee riguardanti la diffusione e l'accettabilità dell'uso di sostanze psicotrope. È rivolto agli studenti del secondo e terzo anno della scuola secondaria di 1° grado, nel corso del normale orario scolastico.

4. Prevenzione degli incidenti domestici e stradali

In questo programma sono state progettate e realizzate azioni finalizzate alla prevenzione degli incidenti che possono verificarsi in ambito domestico o alla guida di veicoli, specie a seguito di consumo di sostanze come alcool e droghe o a causa di comportamenti non adeguati da parte di persone anziane o con qualche grado di disabilità.

5. Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali

É questo un programma dedicato completamente alla competenza ed alle funzioni del Servizio PRESAL, e riguarda la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali con un occhio particolarmente attento al mondo dell'agricoltura e a quello dell'edilizia e ai relativi piani regionali. Troviamo anche la necessaria attenzione allo stress da lavoro ed al benessere organizzativo nelle aziende.

6. Ambiente e salute

In questo ambito di attività troviamo importanti azioni di indagine ambientale tendenti a combattere ogni tipo di inquinamento. É qui che sono collocati i controlli REACH e CLP per la ricerca di sostanze non consentite in oggetti di uso comune e materiali. Qui troviamo anche il Registro Tumori, una attività epidemiologica di notevole importanza, attraverso la quale si possono costruire mappe di incidenza delle varie forme neoplastiche cercando di collegare le stesse ad eventuali cause di natura ambientale. Il Registro Tumori della ASL di Viterbo ha ottenuto nel 2016 la certificazione AIRTUM, importante riconoscimento che dovrà essere mantenuta anche per il futuro, anche in accordo con le regole e la struttura del Registro Tumori Regionale.

Ma è qui che troviamo anche alcuni protocolli condivisi con gli Enti Locali e le Comunità per la gestione di situazioni di rischio, come ad es. il "Protocollo del Lago di Vico", elaborato in collaborazione con i Comuni di Ronciglione e Caprarola per la gestione del rischio legato alla presenza nelle acque del lago della c.d. Alga Rossa che può dar luogo a produzione di Microcistine, sostanze potenzialmente cancerogene.

7. Prevenzione e controllo delle malattie infettive

Due delle più importanti attività di prevenzione sono in questo programma: le vaccinazioni, per le quali il 2017 sarà ricordato come l'anno del ritorno alle vaccinazioni obbligatorie per frequentare la Scuola dell'obbligo (legge 119 del 31 luglio 2017), e la sorveglianza delle malattie infettive, che si chiede di implementare. In questi ambiti esistono però notevoli criticità. Per le vaccinazioni ci si deve confrontare con i problemi organizzativi dell'attività, anche quelli degli Istituti Scolastici. Per superare le difficoltà operative e di comunicazione è stato istituito un presidio denominato COSV (Centro Operativo Servizi Vaccinali) destinato a dare informazioni corrette ed orientare l'Utenza in maniera adeguata. I risultati fin qui ottenuti sono incoraggianti e la risposta avuta e le coperture vaccinali realizzate sembrano confermare la bontà delle iniziative intraprese. Per quanto riguarda la sorveglianza delle malattie infettive si deve riferire che la diminuita copertura vaccinale rispetto a malattie storiche (es. Difterite) rischia di far nuovamente comparire forme infettive che si ritenevano scomparse o almeno sotto controllo; poi con l'emergenza Migranti si assiste all'introduzione di infezioni che nel nostro territorio nazionale non si vedevano più da anni (come la Tbc), anche perché spesso queste persone vengono accolte in strutture dove ci sono sovraffollamento e servizi igienici inadeguati. Troviamo poi in questo programma attività di controllo delle infezioni ospedaliere e dell'uso corretto degli antibiotici.

8. Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica Veterinaria

La Sicurezza Alimentare ha in questo programma diverse linee di attività che tendono ad assicurare la salubrità e la sicura tracciabilità degli alimenti di origine animale: il completamento dei sistemi anagrafici, il consolidamento delle tecniche del controllo ufficiale (pacchetto Igiene), la farmaco sorveglianza per un uso corretto di sostanze chimiche, in particolare di antibiotici, l'aumento e la razionalizzazione dei controlli nella ristorazione pubblica e collettiva sono tutti strumenti che danno alla Sanità Veterinaria la possibilità di incidere positivamente nella filiera degli alimenti di origine animale e dare al consumatore finale le necessarie garanzie di salubrità e genuinità degli alimenti. A questo proposito è continuato il lavoro del Nucleo Ispettivo e di Vigilanza sulle strutture sanitarie presenti nel territorio (Ospedali, Case di Cura, RSA, Case di Riposo, Mense Scolastiche, etc.). Per quello che riguarda il benessere e la salute degli animali d'affezione sono state replicate alcune importanti azioni, tra le quali il "Microchip day" ed è stato riproposto alle Istituzioni il programma di sterilizzazione gratuita di cani di proprietà a rischio di riproduzione incontrollata, che, su proposta della ASL di Viterbo, la Regione sta rendendo modalità ordinarie di intervento nell'ambito della lotta al randagismo.

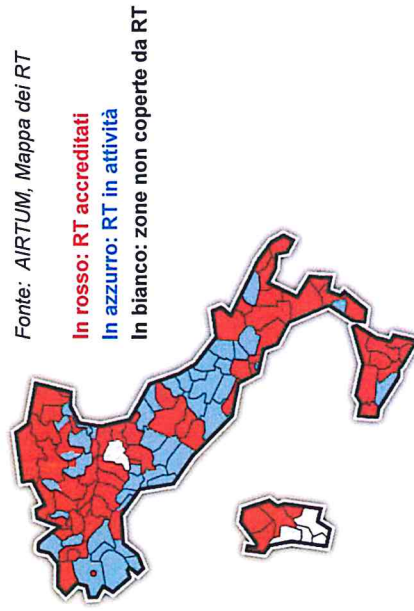
Al di fuori dei Piani di Prevenzione si stanno dedicando risorse sempre più adeguate alla problematica della Autorizzazione e Accredimento delle Strutture Sanitarie, ed alla standardizzazione di procedure dipartimentali che possano interessare, almeno a livello di metodo, tutte le Unità Operative presenti.

A4.1 Il Registro tumori della ASI di Viterbo: pianificazione attività

Al fine di raggiungere il macro-obiettivo del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) 2014-2018 di rafforzare la sorveglianza epidemiologica ambiente -salute del territorio, la ASL di Viterbo ha realizzato la prima fotografia dei tumori nella popolazione residente nella Toscana, dal 2006 al 2010, con la pubblicazione, nel novembre 2016, del primo rapporto. Il Registro Tumori (RT) è infatti una struttura organizzativa dedicata alla raccolta accurata, continuativa e sistematica di tutte le informazioni disponibili sulle nuove diagnosi di tumore, avvenute nei residenti di una determinata area, dalla sede, al tipo di cancro diagnostico, al tipo di trattamento ricevuto, fino al monitoraggio nel tempo del decorso della malattia: diversamente, tutte queste informazioni rimarrebbero infatti isolate negli archivi delle diverse strutture sanitarie, che hanno preso in carico nel tempo il paziente oncologico. Di conseguenza, i RT ricercano attivamente tutte queste le informazioni, le archiviano e le rendono disponibili per studi e ricerche e rappresentano lo strumento conoscitivo ideale per la sorveglianza del territorio, la ricerca delle cause e la programmazione sanitaria. I dati sui tumori sono raccolti da un team di operatori seguendo standard stringenti. I RT infatti, per essere formalmente riconosciuti devono operare secondo modelli rigorosi, definiti in ambito internazionale da IARC (International Agency for Research on Cancer), IACR (International Association of Cancer Registries) e ENCR (European Network of Cancer Registries) e, a livello nazionale, da AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori). In particolare, AIRTUM ha istituito una banca dati nazionale che raccoglie i contributi dei RT accreditati, che coprono attualmente il 62% del territorio nazionale, di cui fa parte anche il RT della ASL di Viterbo dal mese di aprile 2016.

Nel 2015, è cambiato anche il contesto regionale: con l'approvazione della Legge Regionale n. 7 del 12/06/2015, è stato istituito il "Il Registro Tumori della popolazione della Regione Lazio", presso il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale (DEP Lazio), con individuazione di 6 unità funzionali, presso le Aziende Sanitarie Locali Regionali, l'Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" (IRCCS-IFO) ed un'unità dei tumori infantili, presso il DEP Lazio. Dopo parere favorevole del Garante, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 719 del 07/11/2017 è stato approvato il "Regolamento di attuazione ed integrazione della L.R. n. 7/2015 di Istituzione del registro tumori di popolazione della Regione Lazio", di cui il RT della ASL di Viterbo è un'unità funzionale. Tale cambiamento consentirà di avere una maggiore tempestività dei dati raccolti, grazie all'implementazione della fruibilità dei vari sistemi informativi regionali, dalle anagrafi comunali ai referti dei servizi di Anatomia Patologica, sui quali si basa l'80% delle diagnosi di tumore. Il 16 novembre 2017 sono state presentate, presso IL DEP Lazio, le stime di incidenza e di mortalità dei casi di tumori nella regione Lazio, dal 2010 al 2015, con numero medio di casi incidenti per anno pari a 37.309, di cui 19.238 casi negli uomini e 18.071 nelle donne.

Fonte: AIRTUM, Mappa dei RT



Il Registro Tumori della ASL di Viterbo prosegue l'attività di codifica dei casi incidenti nel 2011-2013 (attualmente codificato il 70% dei casi, previa analisi nel 2017 di oltre 700 cartelle sanitarie extra-provinciali) e contemporaneamente opera a supporto del RT Regionale, per elaborare dati più tempestivi, oltre che accurati, mantenendo i requisiti di accreditamento nazionale AIRTUM. Allo scopo, continua è la formazione degli operatori sia con la partecipazione ai convegni nazionali AIRTUM ed al piano formativo regionale, sia con l'organizzazione on site di un corso aziendale di formazione sul campo. Parallelamente, prosegue l'attività di ricerca, con il coinvolgimento del RT in alcuni studi epidemiologici, nazionali ed internazionali, in collaborazione con AIRTUM e con l'Università degli Studi di Tor Vergata (Istituto di Igiene e Medicina Preventiva). In tale ottica, è importante che il RT possa continuare ad operare, allo scopo di avere dati sempre più aggiornati e consolidati, mediante sinergie con il RT regionale, con AIRTUM, con le competenze specialistiche aziendali e con gli altri enti competenti in materia ambientale, allo scopo di fornire uno strumento per il territorio di studio delle cause, di mappe del rischio e di programmazione sanitaria.

A4.2 La Sanità Penitenziaria

La Medicina Profetta - Malattia Infettive della ASL di Viterbo è uno dei pochi reparti a livello nazionale destinati al ricovero di persone detenute in Italia, che da lungo tempo offre spazi extramurari di ricovero e cura per le persone recluse, garantendo un'ampia e qualificata assistenza ospedaliera ai pazienti inviati sia dall'Istituto penitenziario di Viterbo che da tutti i penitenziari del Lazio e/o di altre Regioni.

La ASL di Viterbo, in coerenza con i criteri previsti dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 "Livelli Essenziali di Assistenza - LEA", ha riorganizzato la propria offerta sanitaria ai detenuti con le finalità di superare le criticità mettendo in atto le seguenti azioni:

- introduzione della cartella clinica informatizzata regionale;
- utilizzo della telemedicina;
- informatizzazione del nuovo ambulatorio radiologico presso la Casa Circondariale di Mammagliaia;
- avvio progetto di implementazione della salute mentale e della prevenzione del suicidio;
- implementazione dei servizi specialistici presso la UOS di Medicina penitenziaria territoriale;

Tra le attività consolidate nel 2017:

- l'ambulatorio infettivologico di riferimento regionale per la diagnosi, terapia e monitoraggio delle infezioni virali croniche;
- partecipazione ai progetti CCM del Ministero della Salute sulla Prevenzione delle malattie infettive, sul disagio psichico e l'approccio alla terapia del dolore;
- applicazione convenzione tra la ASL di Viterbo e la RM 4 per garantire l'assistenza infettivologica alla popolazione detenuta presente presso la Casa Circondariale di Civitavecchia attraverso specialisti della nostra Azienda;
- collaborazione con le Società Scientifiche (SIMIT e SISPE) e le associazioni di pazienti (NPS e EPAC) per la realizzazione di progetti nazionali ed europei a tutela della salute della popolazione detenuta

Sarà nel corso del 2018 che l'Azienda, in linea con quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 27 luglio 2017 pubblicato sulla G.U. n. 189 del 14 agosto 2017 " Accordo ai sensi dell'articolo 9 del D. Lgs. 281/97 sul documento recante *Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicide nel sistema penitenziario per adulti*", pur consolidando gli obiettivi raggiunti, implementerà la propria azione con le seguenti attività:

- istituzione di un Tavolo Permanente per la salute mentale in carcere;
- piano di formazione " specifico" per il personale inserito nelle attività della sanità penitenziaria;
- implementazione dei servizi intramoenia di psichiatria, dipendenze patologiche, psicologia.

Un impegno della ASL di Viterbo sarà inoltre la partecipazione al tavolo istituito presso la Regione Lazio "Una Regione senza la C" con la finalità di contrastare, attraverso interventi di informazione prevenzione diagnosi e cura, la diffusione dell'epatite da HCV negli istituti Penitenziari di Viterbo e del Lazio.

A4.3 Le Dipendenze

Nella ASL di Viterbo, in analogia a quanto accade nelle altre Aziende della Regione Lazio, storicamente, molti dei servizi previsti dall'Atto di Intesa Stato Regioni del 1999 e pertanto rientranti nei vigenti LEA - come i centri diurni, notturni, i centri di prima accoglienza, le unità di strada e i centri di consulenza specialistica - sono stati realizzati attraverso progetti specifici, in attesa del perfezionamento del processo di accreditamento.

Con il DCA n. 13/2015 e successivamente con il DCA 214/2015 è stata riorganizzata l'intera rete dei servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei soggetti con disturbo da uso di sostanze illegali e legali e/o con comportamenti di addiction con l'obiettivo di implementare i processi per favorire idonee azioni in merito alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione degli utenti e/o della popolazione a rischio.

Nell'ambito del programma di interventi specifici realizzati dall'Azienda, continuerà il progetto Unplugged finalizzato alla lotta delle dipendenze da alcol, fumo e droga che si fonda sulle "Life Skill" (competenze di vita individuate dall'OMS) e su un modello di influenza sociale globale. E' un programma didattico che include un'equilibrata miscela di nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali e corregge le percezioni erranee riguardanti la diffusione e l'accettabilità dell'uso di sostanze psicotrope. Il programma si rivolge agli studenti del secondo e terzo anno della scuola secondaria di 1° grado, nel corso del normale orario scolastico.

A4.4 Attività Vaccinale

La ASL di Viterbo ha organizzato la propria attività di Sanità Pubblica ottemperando in maniera efficace a quanto disciplinato anche in materia di vaccinazioni.

Investire sulla prevenzione consente di limitare i casi di patologie, complicanze, ospedalizzazioni, morti sia direttamente che indirettamente grazie al fenomeno peculiare della "protezione di comunità" definita come "immunità di gregge", che si instaura quando si raggiungono elevate coperture vaccinali e che permette di evitare la malattia anche in soggetti fragili con controindicazioni alla vaccinazione.

La programmazione strategica della ASL è in linea sia con il piano Nazionale Vaccini 2017-2019, inserito nei LEA e recepito dalla Regione Lazio con DCA n. U0089/2017 che con la Legge 119 del 31 luglio 2017, la quale reintroduce l'obbligo vaccinale per i soggetti da zero a 16 anni, che frequentano i servizi dell'infanzia o la scuola dell'obbligo ed estende il numero delle vaccinazioni includendo tra le stesse l'anti pertosse, l'anti haemophilus influenzale di tipo B, l'antimeningococcica B, l'anti meningococcica C, l'antimorbillo, l'anti rosolia, l'anti parotite, l'anti varicella, in ragione della loro elevata contagiosità.

L'Azienda ha quindi prontamente implementato la propria attività nella prevenzione, nella verifica dell'adempimento dell'obbligo vaccinale e nel realizzare un percorso idoneo che a seguito di tale verifica desse la possibilità di rilasciare l'idonea documentazione per l'iscrizione a scuola dei bambini /ragazzi.

E' stato approvato il Progetto Aziendale di Prevenzione Vaccinale ed è stata istituita la Centrale Operativa Servizi Vaccinali (COSV) in modalità back - office dove opera un pool (assistente amministrativo, operatore sanitario e un pediatra di libera scelta), che ha il compito di rilasciare la certificazione richiesta dalle famiglie nei tempi e nelle modalità previste dalla normativa vigente. Il COSV ha altresì il compito di interfacciarsi con le sedi consultoriali (punto di prenotazione ed erogazione delle vaccinazioni), con i CUP aziendali (punto di raccolta delle richieste), con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio - ambito territoriale di Viterbo e con tutte le Scuole presenti nel territorio di competenza della ASL. Il Progetto proseguirà anche nel 2018 e tutti i nuovi vaccini sono stati introdotti già a partire dal 2017 nel calendario vaccinale della ASL di Viterbo.

A5 Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative: il ruolo della formazione e la collaborazione con le Università

La Asl di Viterbo, ottemperando alla normativa vigente e volendo sviluppare in maniera più che eccellente il capitale umano che ha disposizione pone un'attenzione particolare alla Formazione che deve riuscire nel compito di realizzare il continuo avanzamento verso standard sempre più elevati, sia di appropriatezza che di efficienza, coniugando la crescita professionale dei singoli individui con il progresso del sistema nel suo complesso. La collaborazione con gli Enti e con le Università è costante e attiva.

La ASL di Viterbo nel programmare la sua attività ha scelto da tempo di perseguire la strategia europea, che mira ad una crescita intelligente, sostenibile ed inclusiva, adottando modelli di riorganizzazione dei servizi che conciliano innovazione, sostenibilità e accessibilità alle cure. A tale scopo era già stato istituito nel 2014 un ufficio dedicato "OPEN" per la giusta rendicontazione dei progetti aziendali e di fondi regionali, nazionali ed europei che risultano essere un fondamentale veicolo di supporto ai processi di cambiamento e miglioramento dei servizi e delle attività aziendali.

E' in questo contesto che si inseriscono le Convenzioni stipulate dalla ASL ad esempio con il Consiglio Nazionale delle Ricerche oppure con l'Università della Sapienza finalizzate a sviluppare forme di cooperazione nell'ambito delle attività di ricerca, sviluppo tecnologico, innovazione, attività didattica e di formazione. Nel 2018 l'Azienda, in continuità con il passato, continua ad aderire ad ANCI-Federsanità, Network per l'innovazione in Sanità al fine di promuovere e coordinare progetti che mettano in rete le risorse professionali ed economiche presenti nelle aziende del SSN ed individuare e coordinare progetti nazionali ed europei nell'innovazione organizzativa, nella ricerca clinica e nell'adozione di buone pratiche.

L'Azienda inoltre è fortemente orientata allo sviluppo professionale del personale, inteso come incremento delle conoscenze, delle capacità, della consapevolezza e della disponibilità ad assumere responsabilità.

Particolare attenzione viene posta all'addestramento, all'aggiornamento e alla formazione del personale, non solo perseguendo l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità, ma al fine di evitare che le capacità professionali possano diventare obsolete rispetto ai processi accelerati di evoluzione tecnologica e scientifica. Scopo dell'Azienda è di costruire un percorso continuo di sviluppo delle risorse umane, realizzando programmi formativi sistematici e diffusi, che abbiano come riferimento gli obiettivi produttivi, i processi gestionali e clinico-assistenziali e le relative esigenze di crescita professionale del personale ed il sistema complesso di relazioni richiesto e necessario per raggiungere i risultati annessi agli obiettivi.

L'Azienda promuove lo sviluppo di specifici strumenti come il *lifelong learning*: infatti l'attività di aggiornamento e formazione non si esaurisce in una sequenza, anche organizzata, di momenti puntuali di acquisizione di conoscenze o competenze, ma è un programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intero arco della carriera lavorativa.

Nell'ottica dello sviluppo continuo delle competenze e delle professionalità, l'Azienda si dota anche nel 2018 di uno specifico Piano Formativo Aziendale (95 proposte) coerente con il Piano Formativo Regionale 2016-2018, che è costituito:

- dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali e della rilevanza di fabbisogni formativi trasversali e strategici;
- da iniziative promosse dall'Azienda sulla base della rilevanza di fabbisogni formativi ulteriori.

Lo sviluppo della formazione in funzione del governo clinico e della qualità avviene attraverso una strategia tesa a favorire:

- il decentramento dell'ideazione e della proposizione delle attività formative;
- lo sviluppo di iniziative formative basate sull'auto-apprendimento organizzativo;
- l'accreditamento in ECM delle ordinarie attività di reparto (riunioni e meeting di reparto, revisione della casistica, elaborazione e verifica di progetti, percorsi assistenziali, linee guida, piani assistenziali, etc.);
- il coordinamento con altre aziende per l'adozione di iniziative rivolte alle così dette "professionalità rare" scarsamente rappresentate nelle singole aziende;
- la diffusione tempestiva e capillare delle informazioni sulle iniziative formative in programma.

In coerenza con le Linee Guida della Regione Lazio, l'Azienda ha adottato il modello della Rete dei Referenti per la Formazione aziendale composta dai rappresentanti di ogni struttura sanitaria; i referenti sono stati individuati dal responsabile della struttura di riferimento.

Sono stati adottati strumenti quali quantitativi per l'analisi dei fabbisogni formativi che sono stati presi in considerazione per la costruzione del Piano Formativo Aziendale, tenendo inoltre presenti gli obiettivi regionali e gli obiettivi aziendali nella linea sanitaria e tecnico amministrativa. Le aree e gli ambiti aziendali prioritari sui quali progettare gli eventi formativi coincidono pienamente con i contenuti del Piano formativo Regionale 2016-2018:

- Area Sviluppo dei processi di umanizzazione;
- Area Assistenza Primaria e Assistenza Distrettuale;
- Area Cure Palliative e terapia del dolore;
- Area Prevenzione;
- Area Cronicità e fragilità;
- Area Reti e modelli assistenziali;
- Area Soggetti Deboli;

- Area Integrazione socio-sanitaria;
- Area Qualità, Sicurezza e Rischio;
- Area Valutazione e Programmazione.

Nel 2017 sono stati favoriti i percorsi di formazione interaziendale con la ASL RM4 per la tematica " Protocollo operativo sui prelievi e accertamenti necessari nei casi di omicidio e lesioni personali stradali".

Nel 2018 in considerazione del supporto metodologico offerto nell'anno 2017 dal servizio Formazione ai gruppi di lavoro aziendali per la revisione dei 4 Percorsi Integrati di Cura (BPCO - Scompenso Cardiaco - TAO e Diabete), l'attività formativa si concentrerà sulla tipologia Formazione sul Campo per l'applicazione e il monitoraggio dei PIC. Sarà d'aiuto il progetto sulla "Biblioteca Medica on line Alessandro Liberati del SSR del Lazio" gestito dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR Lazio al quale partecipa la ASL di Viterbo.

La Biblioteca Alessandro Liberati è il punto di accesso regionale a UpToDate, il sistema di supporto decisionale in campo clinico basato sulle prove di efficacia. Nel 2018 verrà svolta un'attività formativa mirata alla conoscenza dello strumento e al suo utilizzo on site e mobile.

Inoltre per l'anno 2018 si intende procedere con la sperimentazione della tipologia formativa in E-Learning con volontà di gestire nell'anno 2019 la tipologia di formazione blended.

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

B1 Azioni per la garanzia dell'equità delle cure e la loro personalizzazione

Al fine di garantire l'equità delle cure, intesa come qualità accessibile a tutti gli utenti, l'Azienda ha individuato gli obiettivi specifici che definiscono la loro gestione e la personalizzazione delle stesse in funzione dei bisogni della popolazione. Obiettivi strategici sono:

- l'abbattimento delle liste di attesa;
- l'adozione dei Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I.);
- l'assistenza protesica;
- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- il controllo ed il monitoraggio dell'attività Libero Professionale Intramoenia (A.L.P.I.).

B1.1 Abbattimento liste di attesa

In riferimento all'abbattimento delle liste di attesa l'Azienda nel 2017 ha attivato i progetti straordinari per l'abbattimento delle liste d'attesa di cui al DCA 110/2017. In particolare, sono stati approvati dalla Regione Lazio e pertanto sono stati realizzati nel territorio della ASL di Viterbo i due progetti speciali:

- n. 1 per l'abbattimento delle liste d'attesa degli esami ecografici (all. 2 a – DCA 110/2017);**
- n. 2 per l'abbattimento delle liste d'attesa delle visite specialistiche (all.to 2 b – DCA 110/2017)**

E' stata pertanto implementata l'offerta relativamente alle prestazioni che presentavano maggiori criticità, quali gli esami ecografici e le visite cardiologiche, oculistiche, dermatologiche, gastroenterologiche, ORL, ortopediche, urologiche e pneumologiche. I due progetti speciali sono stati affiancati dal progetto pilota di "Prenotazione Diretta" presso le UCP degli esami strumentali e delle visite specialistiche.

Il progetto, precedentemente condiviso con i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale, con il Referente Aziendale del Governo delle Liste d'Attesa e con il Direttore del Dipartimento di Cure Primarie, ha visto l'attivazione presso le tre UCP individuate in ciascuno dei tre Distretti, di postazioni dotate di programma ReCUP per consentire ai pazienti di prenotare direttamente dal proprio medico curante gli esami strumentali e le visite specialistiche.

Il progetto, inizialmente si è sviluppato nell'arco temporale di sei mesi, nel corso dei quali i medici aderenti sono stati adeguatamente formati in merito al sistema ReCUP (primi due mesi) e quindi, dotati di login e password d'accesso, hanno potuto individuare e prenotare rapidamente la soluzione assistenziale più appropriata ai propri assistiti, sia in termini di priorità che di programmazione dei controlli successivi.

Nel corso del 2017, in particolare sono state poste in essere le seguenti azioni:

- prosecuzione del progetto straordinario regionale, che ha contribuito a mantenere i tempi di attesa entro un range allineato agli standard regionali di riferimento;
- incontri regolari, opportunamente calendarizzati, con tutti i Responsabili dei Dipartimenti di Medicina, Chirurgia, Oncematologia, Cure Primarie e altre componenti aziendali (oltre 50 professionisti) al fine di riconfigurare tutte le agende ambulatoriali mettendo in evidenza eventuali criticità;
- adozione Catalogo Unico Regionale;
- programmazione ciclica (ogni 15 giorni) di incontri con gruppi di lavoro, la cui composizione comprende i Responsabili dei Distretti e Cure Primarie, i Medici di Medicina Generale e Specialisti Ambulatoriali e i Responsabili front office, al fine di garantire un comune livello di informazione sulle attività messe in campo e uniformare le stesse in maniera univoca su tutto il territorio di competenza aziendale;
- ratifica dell'Osservatorio Aziendale sulle liste di attesa con la partecipazione delle Associazioni di Volontariato presenti sul territorio, i rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, i MMG i componenti aziendali (Direttori di Distretto, Cure Primarie, Referente aziendale RECUP, Operatori CUP, Responsabile comunicazione aziendale);
- accoglienza agli utenti per risolvere problematiche emerse in merito alle prenotazioni sia su ricetta dematerializzata che su ricetta tradizionale;
- confronto con le Cure Primarie, i MMG e gli Specialisti Ambulatoriali in merito all'appropriatezza prescrittiva;
- monitoraggio dell'attività di prenotazione, in particolare per le prestazioni critiche riguardanti gli esami ecografici e le visite specialistiche ex DCA 110/2017, al fine di verificare i flussi e il loro andamento;
- attuazione, grazie alla concertazione con i referenti territoriali, di procedure straordinarie per le situazioni di attesa eccedenti i tempi previsti, anche con sedute temporanee aggiuntive o soluzioni organizzative;
- monitoraggio delle disdette delle prenotazioni con la reintroduzione della possibilità di riassegnazione della disponibilità di erogazione in funzione dell'abbattimento dei tempi di attesa mediante re-call che è stato messo in atto anche da alcune unità operative aziendali;
- attivazione di un percorso utile a verificare gli utenti "non presentati" al fine di monitorare il fenomeno e concordare con i settori coinvolti le giuste attività correttive;
- inserimento al CUP delle nuove attivazioni dell'attività ALPI intramoenia ed extramoenia sulla base del nuovo regolamento aziendale in vigore;
- verifica e confronto delle prestazioni erogate e non, nei tempi previsti anche in riferimento a report regionali al fine di individuare ed adottare le azioni correttive del caso;
- potenziamento di percorsi aziendali quali il percorso nascita, i programmi di screening, il centro diabetologico aziendale con apertura/ inserimento di nuovi PDTA e PAC;
- prosecuzione della mappatura degli ambulatori aziendali sia territoriali che ospedalieri al fine di aggiornarne sedi, orari e prestazioni;

- continuità nel confronto fra il front-office dell'Azienda, gli operatori CUP, URP aziendale e Responsabile della comunicazione per fornire adeguata informazione all'utenza al fine di prevenire e/o gestire le criticità;
- proseguimento nel monitoraggio attività ALPI e confronto con quella istituzionale ai fini della compatibilità delle prestazioni effettuate con la normativa vigente.

E' giusto sottolineare che:

1. nel mese di maggio 2017 (con deliberazione 5/2017) è stato approvato il regolamento CUP aziendale che definisce le linee guida per la razionalizzazione/implementazione del sistema ambulatoriale di prenotazione/erogazione delle prestazioni all'utenza, ai fini di regolamentare e monitorare l'andamento dell'attività prodotta e fornita sia in ambito ospedaliero che territoriale.
2. a partire dal 01 gennaio 2018 il 90% dei Responsabili dei Dipartimenti di Medicina, di Chirurgia, Oncoematologia e Cure Primarie si faranno garanti della prenotazione di tutti i controlli /follow up direttamente, come indicato nella normativa in essere.

B1.2 I Piani Assistenziali Individualizzati

L'Azienda nella programmazione strategica, al fine di assicurare un'ideale personalizzazione delle cure, costruisce e garantisce ai cittadini che si trovano in condizioni di "fragilità" socio-sanitaria l'accesso a Piani Assistenziali Individualizzati, costruiti cioè sui bisogni di salute nei pazienti interessati.

Lo strumento utilizzato per la definizione del P.A.I. è l'Unità Valutativa Multidimensionale "core" o integrata che è costituita da un'equipe multiprofessionale e multidisciplinare di tipo funzionale che permette:

- di superare alcune criticità che riguardano principalmente la presa in carico del paziente e la possibile duplicazione degli interventi;
- di effettuare un collegamento virtuoso tra i diversi soggetti erogatori dell'assistenza, superando la non equità nell'accedere e nel fruire dei servizi socio-sanitari da parte dei soggetti fragili;
- bilanciare l'utilizzo delle diverse tipologie di risorse (residenziali, domiciliari, pubblici o privati accreditati);
- prevenire gli accessi inappropriati di istituzionalizzazione;
- costruire in maniera idonea i P.A.I.

I Piani Assistenziali Individualizzati permettono di governare, quindi, l'intero percorso assistenziale consentendo di integrare tipologie di attività e servizi erogati in contesti fisici diversi (ospedale, domicilio, strutture residenziali) in momenti diversi e con finalità differenti. I P.A.I., che possono essere anch'essi erogati con compagni sociali in possesso dei requisiti per l'accreditamento, tendono a:

- collegare i Punti Unici di Accesso con le Unità Valutative Multidimensionali;
- governare la frammentazione delle attività inserendole in un unico progetto;
- ricercare un crescente livello di empowerment dell'individuo/famiglia con il coinvolgimento della comunità (Chronic Care Model);
- integrare i servizi modulando i suoi bisogni del paziente;
- promuovere un percorso condiviso con i vari operatori, che consenta ai singoli pazienti di acquisire o recuperare competenze in autonomia personale abitativa, sociale, relazionale, anche mediante l'eventuale acquisizione dei requisiti lavorativi, all'interno di un quadro di integrazione socio-ambientale;
- proporre scelte terapeutiche idonee in relazione ai bisogni e all'abilitazione di ciascun paziente, anche grazie alla cogestione e coprogettazione, che dovrà essere organizzata nel rispetto della globalità della persona presa in carico e delle diverse necessità terapeutiche, con particolare riferimento ad autonomia personale, abitativa, sociale, apprendimento, comunicazione, affettività e socialità.

La personalizzazione delle cure, che l'Azienda mira ad ottimizzare, implica una verifica periodica dei piani di trattamento, sulla base dell'evoluzione dei parametri clinici, con il duplice vantaggio di ottimizzare la spesa farmaceutica e di controllare l'evoluzione della malattia cronica.

L'Azienda nella sua azione strategica individua nel P.A.I. un vero e proprio strumento sia per realizzare un'assistenza individualizzata e ben organizzata sia per permettere una giusta comunicazione tra tutti coloro che, a vario titolo, si occupano del paziente "fragile".

B1.3 Controllo e monitoraggio dell'attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.)

La salvaguardia del diritto alla salute, costituzionalmente riconosciuta, trova la sua espressione qualificante nella libera scelta del medico da parte del cittadino nel rispetto dei bisogni assistenziali di cui è portavoce e del rapporto di fiducia caratteristico e proprio del rapporto medico-paziente.

La piena attuazione e la garanzia dell'esercizio della libera professione intramuraria consentono di tutelare e valorizzare la centralità della libera scelta dell'utente, contribuendo, altresì, al processo riorganizzativo dei servizi offerti, mettendo a disposizione il patrimonio di conoscenze, esperienze, capacità e risorse organizzative, tecniche e strutturali dell'Ente, nell'ambito di un sistema sanitario complessivamente inteso.

Questa Azienda, al fine rispondere compiutamente alle richieste dell'utenza che intenda far ricorso a tale istituto e, nello stesso tempo, salvaguardare la qualità ed il livello dei servizi forniti istituzionalmente, ha adottato, in conformità alle direttive di cui al DCA U00440 del 18 dicembre 2014, contenente le linee guida della libero professione intramuraria, e nel rispetto delle previsioni dei CC.CC.NN.LL. e delle vigenti disposizioni di legge, il Nuovo Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria (deliberazione Direttore Generale n. 586 del 28 aprile 2016). L'Azienda ha inteso assicurare che l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria non si svolga in contrasto con le finalità e le attività istituzionali, organizzando lo svolgimento della stessa in maniera tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e di assicurare la piena funzionalità dei servizi.

Attraverso l'adozione del Nuovo Regolamento si è cercato, in particolare, di affrontare e risolvere le seguenti criticità:

- garantire il diritto dell'esercizio della libera professione e valorizzare il ruolo e le opportunità professionali della dirigenza, medica, veterinaria e sanitaria;
- monitorare il rapporto tra volumi e tempi di attesa dell'ALPI e volumi e tempi di attesa dell'attività istituzionale in riferimento al Piano regionale per l'abbattimento delle liste d'attesa;
- assicurare che il ricorso all'A.L.P.I. sia conseguenza di una libera scelta del cittadino e non derivi da carenze di offerta sanitaria o dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;
- garantire il corretto equilibrio tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, prevenendo l'instaurarsi di conflitti d'interessi tra attività istituzionale e attività libero-professionale;

- garantire, nel rispetto dell'autonomia aziendale e della contrattazione integrativa, nelle Aziende ed Enti del servizio sanitario regionale, uniformità di applicazione della vigente disciplina normativa in materia di attività libero professionale intramuraria;
- garantire il completo ristoro dei costi diretti ed indiretti sostenuti dall'azienda per l'erogazione dell'A.L.P.I., predisponendo una contabilità separata che individui i corretti criteri di imputazione dei costi indiretti e definendo le corrette modalità di tenuta della contabilità analitica aziendale utili alla definizione dei costi indiretti collegati all'attività ALPI;
- rafforzare la capacità competitiva della ASL di Viterbo non soltanto sul mercato dei servizi garantiti e finanziati dal SSN in concorrenza con le strutture private, ma anche sul mercato più generale dei servizi sanitari.

B2 Azioni per un'Azienda orientata al cittadino

B2.1 Azioni per un'Azienda sanitaria *migrant friendly* e culturalmente competente

Nell'ultimo periodo il numero della popolazione immigrata è andato aumentando nel tempo e ci si aspetta che tale trend prosegua nei prossimi tempi. Dal 2014 gli immigrati presenti in Italia superano i 5 milioni e l'Istat ha previsto, tra il 2011 e il 2016, 18 milioni di nuovi ingressi; un possibile scenario in cui gli stranieri arriveranno ad incidere per un terzo sulla popolazione totale (attualmente l'incidenza è dell' 8,3%). Nella provincia di Viterbo la popolazione straniera residente rappresenta il 9,4% della popolazione, di cui per il 54,4% sono donne. Il nostro territorio è inoltre interessato fortemente dai movimenti migratori riguardanti le persone che fuggono da guerre, persecuzioni e disastri ambientali. Questi ultimi, pur costituendo un numero ridotto rispetto alla totalità delle persone immigrate presenti, necessitano di particolare attenzione ed inserimento in percorsi specifici di valutazione sanitaria.

La relazione tra migrazione e salute è considerata particolarmente complessa, poiché risulta condizionata dall'interazione di diversi determinanti, tra cui l'accessibilità ai servizi; è per questo che è fondamentale conoscere i fattori ostacolanti il raggiungimento delle cure e degli interventi di prevenzione, per rimuoverli, offrendo particolare attenzione alla tutela dei diritti dei gruppi maggiormente vulnerabili. Al contempo è necessario assumere un atteggiamento che consenta di far fronte ai bisogni immediati ed emergenti, ma anche di assumere un atteggiamento attivo di promozione della salute; a tal proposito la ASL di Viterbo ha aderito alla rete internazionale HPH, International Network of Health Promoting Hospital & Health Services, condividendone gli obiettivi e gli strumenti.

Nel 2016 è stato attivato il progetto aziendale " Sfida ed opportunità per un'Azienda Sanitaria migrant friendly e culturalmente competente" con cui, proseguendo il lavoro già avviato in favore dei cittadini migranti a partire dal 2004, l'Azienda si pone l'obiettivo migliorativo di agire in un'ottica di sistema, per un cambiamento che persegua l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari di tutta la popolazione, in maniera omogenea su tutto il territorio aziendale sostenendo, in particolare, le fasce più deboli e vulnerabili, tra cui i migranti. Tale progetto ha visto la sua continuità nel 2017 e prevede azioni, per il perseguimento dei medesimi obiettivi, da sviluppare nel 2018.

Il progetto si articola nelle 5 aree di intervento sotto riportate:

Area del cambiamento organizzativo	Area del cambiamento culturale	Area del diritto e dell'empowerment	Area dell'epidemiologia e stato di salute	Area dell'accoglienza migranti forzati
<p>La Ad di Viterbo nella rete: WHO - HPH <i>Migrant friendly and Culturally Competent Health care</i></p>	<p>Costruzione di PUA Culturalmente competenti e ospedali amico dei migranti</p>	<p>Il Diritto, verso l'empowerment e l'engagement del cittadino immigrato</p>	<p>Analisi di stili di vita, fattori epidemiologici, rischi e determinanti di salute della popolazione immigrata</p>	<p><i>Affievolimento del sistema di accoglienza alle persone migranti forzate</i></p>

- 1) Area del cambiamento organizzativo nella quale si individuano e si sviluppano le strategie aziendali di promozione della salute a favore dei cittadini migranti e delle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili in un'ottica di equità; si prende come riferimento il modello *World Health Organization - Health Promotion Hospital*; la ASL di Viterbo è oggi membro ufficiale della rete internazionale HPH, International Network of Health Promoting Hospital & Health Services e ne condivide gli strumenti e gli indicatori per la valutazione della qualità. E' previsto nel 2018 un percorso specifico di valutazione in ambito materno infantile;
- 2) Area del cambiamento culturale nella quale si colloca la nuova organizzazione del servizio aziendale di Mediazione Linguistica e Culturale sviluppando al contempo la mediazione in un'ottica di sistema; è quindi previsto di dare continuità alla revisione della cartellonistica di accesso ai servizi e della modulistica in uso in chiave multiculturale; i percorsi di formazione e laboratori volti allo sviluppo delle competenze culturali degli operatori; il miglioramento degli strumenti di ausilio alla comunicazione, in particolare nei punti di primo accesso per i servizi di emergenza/urgenza e per quelli territoriali (PUA, Consultorio, Pronto Soccorso/Primo Soccorso, Case della Salute). E' inoltre in corso una specifica progettualità riguardante il miglioramento dell'accoglienza delle differenze e specificità culturali e religiose di ogni cittadino;
- 3) Area del diritto e dell'empowerment del cittadino immigrato e della comunità nella quale si affrontano le tematiche relative all'accesso ai servizi sanitari e le strategie per rendere il cittadino immigrato maggiormente consapevole dei diritti e delle possibilità circa l'utilizzo dei servizi; ciò in particolare nell'area materno infantile;
- 4) Area dell'epidemiologia e della valutazione dello stato di salute, nella quale si descrive, con strumenti sempre più raffinati, anche attraverso un percorso di formazione, lo stato di salute della popolazione immigrata e di specifici target; ciò consentirà di avere strumenti e chiavi di lettura per orientare le politiche e gli interventi mirati di promozione e tutela della salute di persone, famiglie e comunità immigrate;
- 5) Area dell'accoglienza alle persone rifugiate e richiedenti asilo presenti nel territorio, nella quale si individuano le modalità e gli strumenti per il miglioramento dell'accoglienza e l'effettuazione delle visite sanitarie a rifugiati e richiedenti asilo e gli strumenti di individuazione precoce dei disturbi post traumatici da stress.

B2.2 Azioni di implementazione della partecipazione

La ASL di Viterbo persegue l'obiettivo di sviluppare una cultura di attenzione e orientamento al cittadino attraverso una rete di comunicazione e di integrazione con i professionisti della sanità utile per far convergere le reali esigenze dell'utente con i servizi offerti.

Nel 2017 sono stati attivati strumenti importanti che hanno facilitato l'accesso ai servizi, in particolare alle fasce più deboli. E' stato realizzato un servizio di mediatore culturale, con postazioni stabili in tutti i Distretti e all'Ospedale di Belcolle, e "a chiamata", attivano il mediatore culturale in presenza in modo programmato, in qualsiasi servizio della ASL, sia territoriale che ospedaliero. E' inoltre attivo un servizio di interpretariato telefonico immediato, che consente un dialogo tra l'operatore sanitario, il paziente immigrato, l'interprete in oltre 100 lingue, 365 giorni l'anno, 24h/24 in ogni punto ASL.

E' iniziato un processo globale volto al miglioramento dell'orientamento del cittadino, rivedendo e traducendo la cartellonistica presente nei servizi, la modulistica e alcune informazioni previste nel portale aziendale. Un processo a cui sarà necessario dare continuità anche nell'anno 2018

Le azioni programmate per l'anno 2018 mirano quindi a:

- ridurre i possibili disagi nell'accesso ai servizi riconducibili a diversità culturali, linguistiche, economiche e alla presenza di disabilità;
- accogliere ed orientare il cittadino nell'accesso ai servizi socio-sanitari favorendo la sua partecipazione attiva nella ricerca delle risposte ai bisogni individuali, familiari e del contesto comunitario in cui vive in una logica di cittadinanza consapevole ed attiva;
- garantire una risposta unitaria e coordinata in tutti i servizi aziendali, territoriali e ospedalieri;
- fornire risposte mirate sulle prestazioni offerte, sui percorsi necessari per accedervi e sulla documentazione richiesta;
- rendere il più agevole possibile l'accesso ai servizi attraverso la realizzazione di percorsi efficienti, l'utilizzo di un linguaggio chiaro e comprensibile e la continua formazione del personale aziendale;
- realizzare un ospedale e un territorio culturalmente competenti, rivedendo in quest'ottica alcuni percorsi aziendali esistenti di continuità assistenziale

L'Azienda ha aderito al progetto di ricerca "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" promosso da AGENAS . La ricerca è stata effettuata nell'anno 2017, nelle strutture ospedaliere di Belcolle, Civita castellana e Tarquinia; l'osservazione ha riguardato 144 item , hanno partecipato attivamente le associazioni di volontariato in continuità con i tavoli "Partecipare in sanità" .

Con la ricerca ci si è voluti addentrare nel tema dell'umanizzazione delle cure all'interno del più generale tema della qualità dell'assistenza sanitaria, analizzando, in base ai punti esplorati, le criticità. Ciò ha consentito di mettere in atto le azioni migliorative sopra descritte riguardanti l'accessibilità, l'orientamento , l'accoglienza, la relazione con il cittadino.

Il tema dell'umanizzazione delle cure era già inserito nel Patto della Salute 2014-2016; il Patto impegna le Regioni e le Province Autonome ad attuare interventi di umanizzazione delle cure che comprendano, tra l'altro, un progetto di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo. L'umanizzazione è stata individuata come un obiettivo del SSN nel PSN 2006-2008 e obiettivo di carattere prioritario e di rilievo nazionale dallo Stato e le Regioni (Accordo Conferenza Stato Regioni, Rep. Atti n. 259/CSR del 20/12/2012).

Nella ricerca il processo di umanizzazione è ricondotto a 4 dimensioni:

- processi assistenziali ed organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona nella sua interezza;
- accessibilità fisica, vivibilità e comfort;
- accesso alle informazioni, semplificazione, trasparenza;
- qualità della relazione con il paziente cittadino.

La restituzione ufficiale, da parte di Agenas, dell'osservazione effettuata consentirà di adottare un piano di miglioramento complessivo; i risultati della ricerca e le azioni di miglioramento su cui l'Azienda si impegna con i cittadini saranno resi pubblici attraverso la Conferenza dei Servizi .

Tavolo del Volontariato, “Partecipare in sanità”

Partecipare in sanità, Tavolo permanente del volontariato è una realtà ormai consolidata grazie alla quale la ASL di Viterbo incontra molte associazioni di volontariato che hanno espresso la volontà di collaborare in maniera organica e attiva con la Direzione strategica, ottemperando a quanto previsto nel progetto “Audit Civico: Linee Guida per l’istituzione del Tavolo Misto Permanente” approvato con determinazione regionale B8920 del 23 novembre 2011.

Al Tavolo aderiscono circa 100 associazioni di volontariato che operano in ambito sanitario, articolate in nove tavoli tematici che sono stati istituiti al fine di consentire una efficace integrazione tra gli attori sociali e sanitari nelle scelte, nella definizione delle priorità, nel miglioramento e nell’orientamento dei servizi erogati alla popolazione.

E’ stato sottoscritto un Protocollo d’Intesa tra la ASL di Viterbo e cinque Associazioni di Volontariato che ha permesso l’apertura dello Sportello delle Associazioni presso la Cittadella della salute di Viterbo, collaborando nelle azioni di facilitazione dell’accesso ai servizi e creando un canale preferenziale e di comunicazione diretta tra gli utenti e i Punti unici di accesso.

Insieme alle Associazioni sono stati realizzati corsi di formazione ECM inseriti nel Piano Formativo Aziendale con l’obiettivo di sensibilizzare i professionisti della sanità, attraverso il confronto con alcuni degli esperti a livello nazionale provenienti dai centri specializzati per ogni singola patologia. E’ stata attivata la collaborazione con l’Associazione di Volontariato per la Sclerosi Multipla nel monitoraggio della gestione del PDTA del paziente con S.M., redatto in coerenza con il DCA 386/2014.

Nel 2018 sarà on line il sito web “Partecipare in Sanità” con lo scopo di promuovere le associazioni di volontariato e di creare sinergie anche con le strutture che operano al di fuori del territorio provinciale.

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

Alla luce della disciplina in materia della ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e di trasparenza l'Azienda, in linea con la politica regionale, nel prossimo triennio promuoverà tutte le giuste azioni per lo sviluppo dell'*empowerment* e dell'*accountability* come già indicato nel Piano Strategico 2017- 2019.

E' necessario rendicontare, anche alla luce delle strategie di *empowerment* per la salute tracciate nel documento dell'OMS Salute 2020 e nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014- 2018, ai diversi portatori di interesse, quali e quante risorse siano state utilizzate dall'Azienda nel suo operato e fornire informazioni chiare ai Cittadini sulle azioni intraprese.

In linea con gli obiettivi l'Azienda, accanto al Bilancio di Esercizio, generato dalla contabilità economico-patrimoniale (che conserva il compito di illustrare come l'Azienda ha saputo rapportarsi col rispetto dei vincoli economico finanziari), redigerà sia il bilancio di Missione che il bilancio Sociale permettendo agli *stakeholders* istituzionali e non, di valutare le performance dei servizi sanitari. Le azioni che l'Azienda intende intraprendere sono:

- costruzione di informazioni trasparenti e complete sui servizi e sulle procedure;
- realizzazione annuale del Bilancio di Missione dal quale si evince la comparazione dei dati di spesa con i dati di performance;
- redazione annuale del Bilancio Sociale con il quale l'Azienda risponderà in maniera opportuna al bisogno di trasparenza.

Con la realizzazione di documenti programmatici sintetici, ma efficaci, l'Azienda potrà rendere facilmente comprensibile sia la propria *Mission* che la propria *Vision* rendendo più chiaro il senso dell'azione strategica e promuovendo nel contempo un senso di consapevolezza. La Direzione strategica, rendendo espliciti i risultati della propria attività annualmente, permetterà a tutti di verificare i risultati prodotti e programmare eventuali azioni correttive.

L'azienda intende rispondere al concetto di *accountability*, di trasparenza e di compliance attraverso:

- accesso alle informazioni;
- predisposizione e implementazione degli strumenti di comunicazione volti a rendere visibili decisioni, attività e risultati;
- rispetto delle norme seguendo gli standard stabiliti da leggi, regolamenti, linee guida etiche o codici di condotta;
- informazione al cittadino / paziente.

C1 Azioni per la rendicontabilità dell'attività clinica

Un'area cruciale del piano strategico 2018-2020 è quella che in inglese viene chiamata "accountability", cioè la rendicontazione che sarà, nel caso della ASL di Viterbo, sia interna che esterna. Nel corso del 2017 sono stati elaborati mensilmente i "Report essenziali" del Direttore Generale, con cruscotti di monitoraggio dell'attività clinica, e non clinica, di tutte le Unità Operative con lo scopo di rendicontare, nei diversi ambiti, le performance in esse sviluppate. L'adozione dei cruscotti è utile sia per uso interno aziendale che per un utilizzo esterno in quanto permettono di meglio rendicontare l'attività al cittadino. I cruscotti sono uno strumento indispensabile per verificare l'allineamento delle Unità Operative agli obiettivi di *budget* assegnati, permettendo di misurare sia eventuali effetti benefici dei cambiamenti pianificati che le azioni correttive da apportate nel tempo.

Le misurazioni sono di tipo mensile e in alcuni casi trimestrale; questo tipo di attività, portata avanti dai Sistemi Informativi e dal Controllo di Gestione, permetterà anche ai capi dipartimento e ai responsabili delle diverse Unità Operative di monitorare il proprio andamento ed essere informati in merito ai miglioramenti o peggioramenti quasi in tempo reale.

I cruscotti sono anche uno strumento di trasparenza aziendale per il cittadino che può essere informato sulle reali attività e performance delle varie Unità Operative che costituiscono l'Azienda.

I *report*, basati sia su indicatori di esito che di processo, sono ripresi, costruiti *ex-novo* o riadattati, laddove non è stato possibile accedere ai database originali, grazie all'utilizzo delle fonti regionali, nazionali ed internazionali.

Tra le fonti utilizzate si possono trovare i manuali di accreditamento nazionali, come "La proposta di modello per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere" dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e manuali di accreditamento internazionali, come il "Manuale di accreditamento *Joint Commission International*" oppure il "Manuale di accreditamento dell'*Australian Council on Healthcare Standard*"; sono stati utilizzati inoltre le seguenti fonti: gli indicatori presenti nel Piano Nazionale Esiti (PNE) nel Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari P.Re.VAL.E, gli indicatori considerati critici per la nostra Azienda nel *network* delle Regioni nel Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali strutturato dal Laboratorio MES - Istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna, le direttive o fonti normative tra i quali tutti i Decreti Commissario ad Acta, in particolare i Programmi operativi di cui al DCA U0052/2017 e sue modifiche e integrazioni.

Si sottolinea come l'attività della rendicontazione clinica non possa esimersi dalla comparazione al dato di consumo dei beni sanitari e di conseguenza ai costi sostenuti. Per realizzare una giusta pianificazione e allocazione delle risorse la Direzione strategica ha messo in atto specifiche azioni che mirano a monitorare in maniera capillare tutti i consumi effettuati sia nei regimi di ricovero che di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Per permettere la giusta rendicontabilità sono stati assegnati obiettivi di budget finalizzate alla corretta codifica e scarico delle merci con la dovuta tempestività, sia nelle sale operatorie che nei reparti.

La disponibilità di dati reali e prontamente aggiornati è condizione indispensabile per rendicontare i costi rapportandoli alle attività cliniche e ai consumi appropriati; azioni esemplificative sono ad esempio l'ottimizzazione della registrazione del numero di repertorio dei dispositivi medici tra le specifiche tecniche della fatturazione elettronica.

L'impegno aziendale di pubblicazione e la rendicontabilità dei dati clinici tramite i cruscotti è un aspetto che punta senza ombra di dubbio ad aumentare la fiducia del cittadino nella Azienda aiutandolo nel suo empowerment.

C2 Azioni per il contrasto ai fenomeni corruttivi e per la trasparenza

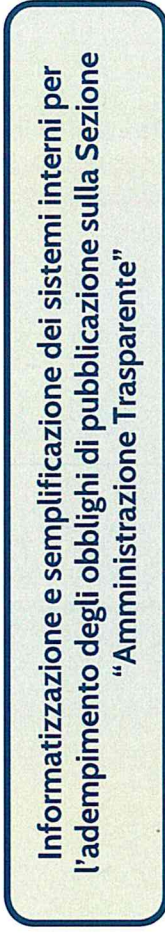
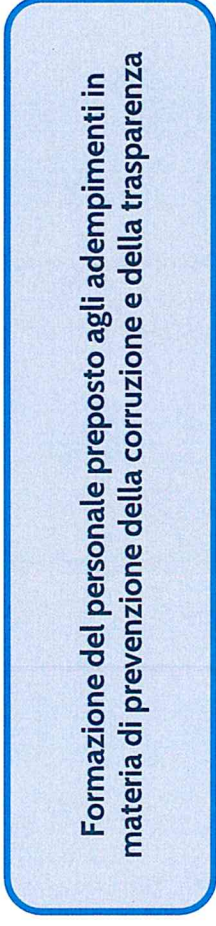
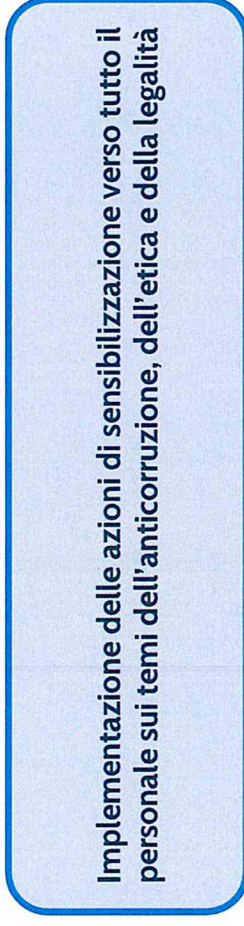
L'adeguamento alla disciplina in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza amministrativa rappresenta non un semplice obbligo ma una metodologia di lavoro, costante e continuativa, che l'Azienda mette in atto per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi clinico-assistenziali ed amministrativi.

In continuità con le azioni finora intraprese, l'Azienda intende concentrare l'attenzione su:

- **“formazione, informazione, sensibilizzazione e trasparenza”** quali principali azioni direttrici per il contrasto ai fenomeni corruttivi o di *maladministration*;
- ottimizzare la **gestione del rischio** nell'ambito delle rispettive fasi di (1) analisi del contesto e mappatura dei processi aziendali, (2) identificazione, analisi e ponderazione dei rischi e (3) trattamento dei rischi, tenendo conto delle più recenti indicazioni dell'A.N.AC. in ambito sanitario (Delibera n. 831/2017 – PNA 2016)
- rafforzare e responsabilizzare la **rete di supporto del RPCT**, trasferendo strumenti operativi e competenze verso tutto il personale incaricato dell'adempimento dei vigenti obblighi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, anche attraverso incontri periodici, flussi informativi strutturati, scambio di esperienze e sessi formative di *training on the job* (formazione tecnico-operativa);
- sensibilizzare tutto il personale sui temi dell'**etica** e della **legalità**, con particolare riferimento ai contenuti del **Codice di comportamento aziendale**;
- adozione di procedure operative per una gestione - oculata ed efficace - del **whistleblowing**, anche in vista delle recenti novità normative recentemente intervenute in materia e della fiducia riposta in tale strumento a livello nazionale e internazionale;
- **accessibilità** ai documenti, ai dati e alle informazioni dell'Azienda, nell'ottica di dare piena attuazione ai principi del cd. **FOIA** (Freedom of Information Act), come declinati nell'ambito dell'ordinamento italiano ad opera del D.Lgs. 97/2016.

Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

In relazione a quanto prima osservato, ai sensi dell'art. 1, co. 8, della l. 190/2012, l'Azienda indica quali obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza quelli di seguito rappresentati:



Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

In relazione a quanto prima osservato, ai sensi dell'art. 1, co. 8, della l. 190/2012, l'Azienda indica quali obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza quelli di seguito rappresentati:

Obiettivi in materia di prevenzione della corruzione

Implementazione delle azioni di sensibilizzazione verso tutto il personale sui temi dell'anticorruzione, dell'etica e della legalità

Formazione del personale preposto agli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

1. AGGIORNAMENTO DEL CODICE DI COMPORTAMENTO ALLE LINEE GUIDA A.N.AC. IN MATERIA DI CODICE DI COMPORTAMENTO NEGLI ENTI DEL SSN (DETERMINAZIONE ANAC N. 358/2017)

2. IMPLEMENTAZIONE DI UNA PROCEDURA INTERNA VOLTA A FAVORIRE LE SEGNALAZIONI DI ILLECITO DA PARTE DI DIPENDENTI, COLLABORATORI E FORNITORI DELL'ASL, ANCHE ALLA LUCE DELLE RECENTI NOVITA' NORMATIVE (WHISTLEBLOWING EX ART. 54-BIS, D.LGS. 165/2001)

3. FORMAZIONE OBBLIGATORIA DI LIVELLO GENERALE SUI TEMI DELL'ETICA E DELLA LEGALITA' ESTESA A TUTTO IL PERSONALE MEDIANTE FAD (E-LEARNING)

4. FORMAZIONE DI LIVELLO SPECIFICO VERSO IL RPCT E I REFERENTI

Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

In relazione a quanto prima osservato, ai sensi dell'art. 1, co. 8, della l. 190/2012, l'Azienda indica quali obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza quelli di seguito rappresentati:

1. INFORMATIZZAZIONE DEL PROCESSO DI PUBBLICAZIONE DI DATI, DOCUMENTI E INFORMAZIONI SULLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" DEL SITO WEB ISTITUZIONALE

2. DEFINIZIONE DI UN REGOLAMENTO UNICO IN MATERIA DI ACCESSO (ACCESSO DOCUMENTALE + ACCESSO CIVICO SEMPLICE + ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO) COME DA DET. ANAC 1309/2016

3. INDIVIDUAZIONE DI "DATI ULTERIORI" RISPETTO A QUELLI OGGETTO DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DEL D.LGS. 33/2013

4. FORMAZIONE MIRATA VERSO IL RPCT E I REFERENTI ADDETTI ALLA CURA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Obiettivi in materia di trasparenza

Informatizzazione e semplificazione dei sistemi interni per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sulla Sezione "Amministrazione Trasparente"

Promozione della cultura della trasparenza verso l'interno dell'ASL e verso i cittadini e stakeholders

Promozione di maggiori livelli di trasparenza

C3 Azioni per la rendicontabilità dell'attività economica e delle risorse umane

All'interno delle politiche di empowerment e accountability si inseriscono a pieno titolo le azioni rivolte alla rendicontabilità sia dell'attività economica che delle risorse umane al fine del miglioramento e dell'efficientamento dei servizi. A tale proposito è stata condotta un'azione decisiva nei confronti dei controlli sui contratti in essere, attribuendo alla figura del Direttore Esecutivo del Contratto (DEC), già prevista dalla normativa sui contratti, il duplice ruolo di attività di controllo e verifica e misurazione dell'efficienza del servizio.

E' già attiva, intorno al DEC aziendale, la rete dei referenti dei contratti che, localmente, hanno il compito di verificare e segnalare gli elementi di criticità riscontrati al fine di rendere il servizio appaltato conforme alle esigenze aziendali.

Il monitoraggio dell'efficacia e nel contempo dell'efficienza nella gestione dell'attività economica è reso possibile dall'utilizzo dei seguenti strumenti di valutazione:

- analisi dei flussi informativi per le alte tecnologie per le strutture pubbliche e private accreditate, al fine di rendicontare l'utilizzo delle risorse;
- reportistica sugli interessi passivi richiesti addebitabili al ritardo nella certificazione del debito;
- verifica, in riferimento alla spesa del personale, sull'utilizzo dei fondi contrattuali rispetto alla capienza deliberata (DCA 148/2016);
- analisi dell'andamento della spesa farmaceutica;
- implementazione sistemi di accountability, condividendo i valori rendicontabili con il Tavolo Permanente del Volontariato, Partecipare in Sanità.

E' utile ricordare che alla fine del 2016 questa Azienda ha aderito alla gara regionale per adeguare le procedure amministrative contabili rendendole conformi ai requisiti necessari all'ottenimento della certificabilità di Bilancio; Questo percorso condiviso da tutte le Aziende sanitarie della Regione Lazio consentirà di disporre di dati contabili confrontabili, elaborati secondo criteri uniformi.

In ottemperanza al DCA U000311 dell'11/10/2016, l'ASL di Viterbo con deliberazione del DG n. 1307 del 24/10/2016 ha approvato l'aggiornamento del percorso attuativo PAC con la revisione del cronoprogramma. Sono pertanto state approvate nel corso del 2017 le seguenti procedure:

- Procedura amministrativo contabile disponibilità liquide;
- Procedura amministrativo contabile ciclo del personale;
- Prima revisione della revisione della procedura amministrativo contabile del ciclo passivo;
- Procedura amministrativo contabile rimanenze (in anticipo rispetto ai tempi stabiliti dal cronoprogramma);
- Integrazione alla procedura amministrativo contabile del ciclo passivo;
- Procedura amministrativo contabile del patrimonio netto.

L'Azienda ha ottenuto il massimo del riconoscimento da parte della Regione Lazio, ottenendo la lettera "A" in quanto le procedure adottate rispettano un valore ottimale di qualità.

Nei primi mesi del 2018 l'Azienda provvederà all'approvazione della procedura amministrativa contabile delle immobilizzazioni.

Già dal 2016 la ASL di Viterbo ha avviato l'attività di ricognizione e verifica dell'esigibilità dei crediti e debiti iscritti a Bilancio. In particolare è stata analizzata la documentazione a supporto del credito iscritto nei bilanci, classificando gli importi come "sussistenti" o "insussistenti" in relazione a quanto appurato a seguito delle verifiche richieste. Inoltre, è stato verificato l'ammontare degli importi richiesti in relazione al soggetto debitore e l'esigibilità degli stessi, con evidenza di richieste di note di credito da ricevere oggetto di contenzioso.

Nel 2018 le attività indicate verranno perseguite in maniera tale da ottemperare a quanto indicato al punto 2.8 dei "Programmi Operativi 2016- 2018", attraverso una puntuale e costante analisi degli esiti della circolarizzazione dei debiti e dei crediti, al fine di verificarne l'esigibilità e la sussistenza.

Al fine di assicurare la corrispondenza economica tra bilancio preventivo, budget economico e autorizzazioni di spesa, per ciascun centro di spesa sono stati individuati i conti e i sottoconti aziendali che andranno alimentati nel corso dell'anno con i relativi importi stimati; a garanzia del vincolo di budget, infatti, i flussi di spesa vengono costantemente aggiornati e, nel caso di riscontro di scostamenti tra importo previsto in budget e proiezione annuale delle spese consolidate, il Centro di Responsabilità coinvolto è tenuto a fornire motivazioni ed integrazioni in merito.

Durante l'esercizio di riferimento, si potrebbe manifestare una differenza tra risultati attesi ed effettivi, dovuta a cause esterne e non governabili dai singoli responsabili dei CdR e/o dall'Azienda. In questa ipotesi si renderà necessario attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La revisione degli obiettivi potrà avvenire in alternativa con le seguenti modalità:

- su iniziativa della Direzione Strategica qualora nel corso dell'esercizio dovessero rilevarsi differenze significative tra obiettivi e risultati effettivi o vengano emanati provvedimenti o direttive regionali che modificano gli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria aziendali già assegnati dalla Regione;
- su proposta motivata del CdR interessato, con comunicazione al Comitato di Budget per il tramite della UOS Controllo di Gestione entro 10 giorni dal ricevimento (o dalla pubblicazione sul sito internet aziendale) dei report dei risultati infra-annuali conseguiti. Se il Comitato di Budget dovesse rilevare che sussistono effettive importanti criticità derivanti da fattori straordinari che rendono impossibile il raggiungimento degli obiettivi, o in caso di variazioni significative delle risorse strutturali assegnate inizialmente (es. personale, attrezzature, software), si procede alla revisione dell'obiettivo;

- il permanere di cause esterne e non governabili dai singoli responsabili dei CdR e/o dall'Azienda che incidono sul raggiungimento dei risultati attesi sarà oggetto di specifico contraddittorio nella fase di istruttoria di prima istanza tra i responsabili dei CdR e la UOS Controllo di Gestione. Le motivazioni, che eventualmente dovessero emergere in tale fase, costituiranno integrazione della documentazione sottoposta all'OIV per le decisioni di competenza con parziale o totale annullamento dell'obiettivo.

Qualora, per cause esterne e non direttamente imputabili a una cattiva gestione della struttura, non fosse possibile, in sede di valutazione potrà chiedere l'annullamento dell'obiettivo assegnato. Il peso relativo agli obiettivi annullati viene nuovamente distribuito sugli altri obiettivi in proporzione al peso di ciascuno.

Il rafforzamento delle politiche dei controlli si attua anche attraverso:

- estensione della copertura degli acquisti centralizzati;
- l'utilizzo di piattaforme telematiche per gli acquisti, che garantisce un alto livello di trasparenza e sicurezza;
- l'attivazione sull'albo telematico dei fornitori aperto nell'abilitazione;
- regolamentazione delle varie fasi delle procedure di gara, anche attraverso lo strumento telematico;
- regolamentazione delle modalità di nomina e di attività delle commissioni giudicatrici;
- redazione delle procedure di controllo che coinvolgono l'Azienda nei vari settori;
- pianificazione degli acquisti, analisi e quantificazione degli effettivi fabbisogni in coerenza con la programmazione regionale;
- verifica del modello organizzativo introdotto con DCA 369/2015 e modificato con DCA 287/2017;
- rinegoziazione dei contratti in essere ai sensi dell'art. 9 ter del DL 78/2015, convertito con Legge 125/2015;
- monitoraggio della spesa e valutazione dei contratti in corso.

L'Azienda sta procedendo nella redazione del Piano delle assunzioni triennale, in linea con quanto disposto nel DCA Regione Lazio n. U00156/2016 "Assunzione di personale per le Aziende e gli Enti del SSR- approvazione delle nuove modalità del sistema di autorizzazione e controllo" che individua nella definizione dell'attribuzione del *budget* assunzionale aziendale il nuovo sistema di reclutamento del personale, assicurando il rispetto delle disposizioni normative vigenti, tra cui in particolare l'art.2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i. che prevede il vincolo dell'1,4% del costo 2004, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al 2004. La ASL di Viterbo sta inoltre procedendo nel processo di stabilizzazione del personale "precario", ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06 marzo 2015, in coerenza con la struttura organizzativa aziendale, nel rispetto della rete assistenziale e degli obiettivi del piano di rientro, tenendo conto della nuova modalità di definizione del *budget* assunzionale prevista dal DCA n. U00156 del 12 maggio 2016.

L'obiettivo è quello di superare la logica "emergenziale" nella gestione delle carenze di organico intraprendendo una programmazione triennale del fabbisogno di personale del SSR, regolamentando e superando le criticità legate al fenomeno della stabilizzazione indiretta del personale a tempo determinato già in servizio nel SSR.

I Piani Assunzionali Triennali terranno anche conto delle eventuali azioni di risparmio poste in essere dalle aziende per la riduzione dei costi sostenuti per sopperire ad eventuali carenze di personale (Prestazioni Aggiuntive; Consulenze Sanitarie e Consulenze non Sanitarie; Altri Servizi Sanitari e Non Sanitari da privato).

C4 Accountability aziendale: gli stakeholder locali

La ASL nella sua attività di rendicontazione pone un'attenzione particolare alle relazioni locali al fine di programmare in maniera equa ed efficace in un clima di virtuosa collaborazione. L'Azienda ottemperando a quanto indicato dall'OMS sui "determinanti sociali della salute" ha promosso una serie di iniziative che saranno oggetto della Programmazione 2018:

- **Protocollo d'Intesa tra la ASL di Viterbo e il Comune di Nepi**

Questo Protocollo è un vero e proprio progetto pilota con il quale l'Azienda si propone di realizzare, attraverso l'unità Valutativa Multidisciplinare, un'integrazione sociosanitaria, basata su progetti personalizzati sostenuti da un budget di salute, che si costituisce dall'insieme di risorse economiche, professionali ed umane necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito, come indicato nella Legge Regione Lazio 11/2016 e dal Piano Sociale Regionale.

Garantire ai cittadini tutti il diritto all'accesso unitario al sistema territoriale degli interventi e servizi sociali, sanitari e sociosanitari è l'obiettivo della fattiva collaborazione tra l'Azienda e il Comune di Nepi, capofila del Distretto C, per l'implementazione delle attività del Punto Unico di Accesso, che non è più soltanto un luogo fisico bensì diventa

l'interfaccia tra Azienda e l'utenza; è il luogo nel quale viene proposta una nuova modalità di approccio ai bisogni di salute. Il Protocollo assicura la presenza e l'operatività integrata di professionisti sia del Comune che della ASL, i quali assicurano le funzioni di front-office e di back-office, le funzioni di accesso ai servizi sanitari, di accoglienza, di orientamento, pre valutazione integrata con l'attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici opporre con l'avvio di percorsi di presa in carico. L'assistenza ai cittadini si estende così in maniera più capillare arrivando direttamente "nelle case" in un sistema di rete funzionale. Nel momento in cui il progetto pilota verrà validato l'Azienda estenderà il Protocollo anche ad altri comuni capofila per i restanti Distretti.

- **Protocollo d'Intesa con le Organizzazioni Sindacali di Viterbo**

Il Protocollo di Intesa tra la ASL di Viterbo e le Organizzazioni Sindacali di Viterbo è stato già firmato nel settembre 2017 e grazie allo stesso è stato istituito il Tavolo permanente di confronto e partecipazione. Hanno aderito allo stesso le Organizzazioni Confederali CGIL CISL UIL di Viterbo e le rispettive categorie della Funzione Pubblica e dei Pensionati.

Questo "Tavolo" è ulteriore strumento utile alla programmazione e al monitoraggio "partecipato" della Rete dei servizi sanitari e sociosanitari del territorio, per garantire un'azione di supporto sia alla valutazione dei bisogni di salute che alla qualità dei servizi erogati alla collettività.

La valutazione sul raggiungimento degli obiettivi strategici, sui servizi concernenti la qualità del lavoro, sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, sulla centralità del cittadino nel sistema di gestione della salute, la trasparenza nella gestione delle risorse e la puntuale verifica sulla qualità delle prestazioni erogate e sul rispetto dei LEA sono alcuni degli obiettivi del "Tavolo" la cui azione favorirà le giuste politiche di integrazione, innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute in relazione al miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera e delle azioni di innovazione nell'offerta dei servizi territoriali. Il confronto con le organizzazioni sindacali, stakeholder estremamente necessari ed utili, favorirà inoltre una lettura funzionale delle politiche per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura, per l'appropriata gestione delle risorse umane e strumentali in riferimento alla sostenibilità dei servizi sanitari, per l'efficientamento dei sistemi anche in relazione alla azione di condivisione di azioni e procedure di controllo ottemperando in maniera ancora più efficace ai principi trasparenza e anticorruzione.

La ASL intende mettere in atto tutte le azioni utili a costruire un'Azienda orientata al cittadini e questo tavolo è uno degli strumenti di cui dispone e disporrà per raggiungere questo obiettivo.

● **Accordo aziendale con i Medici di Medicina Generale, continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale**

Ottemperando a quanto stabilito nel Piano Regionale della Prevenzione l'Azienda ha pianificato di attivare nel corso del 2018 tutte le procedure utili a raggiungere gli obiettivi che saranno esplicitati nell'accordo tra la ASL e i Medici di Medicina Generale, di continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale, che è attualmente in fase di elaborazione.

obiettivo dell'accordo per il 2018 sarà quello di:

- favorire l'appropriatezza gestionale e organizzativa;
- garantire l'appropriatezza prescrittiva della diagnostica strumentale e farmaceutica con allineamento dei tetti di spesa ai valori medi nazionali e regionali;
- garantire la continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio sviluppando la sanità di iniziativa attraverso il Consensus Multidisciplinare MMG/Medici Ospedalieri/Professioni Sanitarie, con focus sul miglioramento della "continuità assistenziale attraverso gli "strumenti della comunicazione";
- proseguire i programmi di screening per la prevenzione del tumore al seno, del collo dell'utero e del colon retto;
- mettere in atto tutte le giuste azioni per effettuare le vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse e concordate dall'Azienda in modalità concordata;
- e i programmi di prevenzione vaccinale;
- migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'appropriatezza delle prescrizioni, della documentazione sanitaria e dell'avvio di percorsi e di modelli della sanità elettronica.

Questo accordo è strategicamente rilevante poiché permette all'Azienda di comunicare in maniera efficace con la Medicina Generale che ha un ruolo sostanziale nel governo clinico della sanità, sia dal punto della promozione della salute e della prevenzione delle malattie sia dal punto di vista dell'appropriatezza, della continuità e dell'integrazione degli interventi clinico-assistenziali, a garanzia della qualità e della sostenibilità delle attività svolte nell'ambito dell'organizzazione aziendale.

D Politiche per un'appropriata gestione delle risorse

D1 Azioni di ottimizzazione delle performance e di benchmarking

Come previsto nel decreto legislativo 33 del 2013 la ASL di Viterbo procede alla realizzazione del Piano delle Performance.

Attraverso la sua realizzazione l'azienda intende misurare i propri obiettivi al fine di analizzare l'appropriatezza ma anche la qualità e l'efficienza dei propri servizi. Indicare in maniera oggettiva e comprensibile i risultati conseguiti è un'azione di responsabilizzazione e trasparenza nei confronti dei portatori di interesse.

Il piano delle performance deve essere visto in una prospettiva non autoreferenziale ma di *benchmarking*. È dal confronto con realtà analoghe che l'azienda può trovare la strumentazione per migliorare costantemente la propria azione e portarla ad un livello superiore. Attualmente parte sostanziale del monitoraggio della ASL di Viterbo proviene dai dati Pre-Val.E. e dalle linee guida regionali.

Gli strumenti utilizzati nell'attuazione di questo confronto fanno parte soprattutto delle nuove tecnologie dell'informatizzazione e della comunicazione come indicatori, cruscotti, e open data. I dati provenienti da questi sistemi di analisi vengono periodicamente aggiornati al fine di consentire il raggiungimento almeno dell'80 % degli obiettivi contenuti nel piano delle attività. La ASL di Viterbo ha numerose finalità che tendono al miglioramento delle performance; in particolare le azioni sono indirizzate a raggiungere livelli di appropriatezza nel ricorso ai ricoveri, potenziare il ricorso alla *day surgery* e ridurre la mobilità passiva relativa ai DRG con maggiore indice di fuga e per attività di alta specializzazione. Numerosi dipartimenti sono coinvolti nell'aumento della complessità della casistica della struttura ospedaliera per acuti sempre in una prospettiva di miglioramento delle performance. Ulteriore elemento che è emerso nell'ambito di una politica di ottimizzazione delle performance è la valutazione del numero di dimissioni volontarie, il cui ricorso da parte dell'assistito rappresenta una valutazione negativa del servizio. L'obiettivo che la ASL si è posta è di ridurre in maniera sensibile questo dato. L'indice di performance di degenza media consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un minor numero di giorni di ricovero si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. È per questo motivo che l'azienda ritiene opportuno chiedere alle strutture operative di porre in essere le azioni utili alla riduzione dei giorni di ricovero.

D2 Costruzione dei sistemi di monitoraggio e controllo quali-quantitativo nel rapporto tra attività erogata e risorse utilizzate in relazione alla personalizzazione della cura

La ASL di Viterbo sta sviluppando strumenti che consentono 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 costruire un sistema in grado di definire in modo chiaro e condiviso per ogni cittadino preso in carico - con particolare riferimento al paziente cronico - gli obiettivi, il monitoraggio costante dei risultati attesi, le risorse (umane, strumentali, economiche) allocate sulle diverse attività, gli indicatori, il diagramma temporale, il responsabile dell'azione progettuale, gli atti amministrativi e gli eventuali altri livelli di responsabilità da coinvolgere per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

In tale ottica si sta procedendo allo sviluppo di un modello di programmazione delle risorse economiche in relazione ai piani assistenziali individuali e alla costruzione di *budget* in relazione ai bisogni di cure e alla relativa erogazione di servizi. Si sta procedendo altresì all'intensificazione dei controlli effettuati sulle cartelle cliniche per verificare la corretta utilizzazione delle risorse a fronte di una personalizzazione della cura.

Per migliorare la velocità di accesso alle prestazioni diagnostiche che risultano essere tra i più importanti servizi in termini di volumi per un'azienda sanitaria, si sta procedendo alla verifica e monitoraggio del rapporto tra l'attività libero professionale ed istituzionale per singolo professionista affinché vengano rispettati i parametri previsti dalla normativa.

Per un maggiore monitoraggio delle risorse utilizzate a fronte di prestazioni erogate per la personalizzazione della cura, l'unità operativa di Pianificazione e Programmazione sta provvedendo alla contabilizzazione dei costi dei servizi erogati agli utenti sia finali che intermedi al fine di capire se il *budget* assegnato è coerente con il setting assistenziale previsto dal PAI.

D3 Azioni di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse: protocollo informatizzato "carta zero".

Nel corso del 2018 la ASL di Viterbo attuerà un sistema di gestione della "massa documentale" secondo criteri di efficienza e di efficacia nel rispetto della normativa vigente.

Gli obiettivi sono:

- attivare un sistema di gestione della "massa documentale" secondo criteri di efficienza e di efficacia nel rispetto della normativa vigente;
- razionalizzare i flussi documentali favorendo la velocizzazione dei processi di lavorazione;
- implementare l'utilizzo delle nuove tecnologie;
- rispondere in maniera etica e consapevole alle esigenze di tutela ambientale;
- garantire una corretta organizzazione dei documenti seguendo il sistema di classificazione d'archivio;
- consentire il giusto e veloce reperimento di informazioni in merito alle carte in "lavorazione";
- efficientare il sistema di gestione documentale;
- seguire tutte le indicazioni normative in materia di trasparenza.

Tutto il processo sarà gestito in condizioni di sicurezza nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali favorendo nel contempo una corretta organizzazione dei documenti nell'ambito del sistema aziendale di classificazione d'archivio.

All'interno del processo di digitalizzazione della massa documentale, particolare importanza assume il progetto aziendale "Delibere a carta zero" che si pone l'obiettivo di eliminare l'enorme quantità di documenti in formato cartaceo, ridurre i tempi di gestione degli atti deliberativi e tracciare in maniera più trasparente lo stato di avanzamento dei singoli documenti, seguendo il processo di deliberazione degli atti con modalità informatica e con un sistema di firme digitali al fine di rendere trasparente e sicuro l'iter dell'atto deliberativo.

L'applicazione del progetto permetterà di velocizzare le procedure, ridurre gli sprechi e soddisfare un'esigenza di ecosostenibilità e tutela dell'ambiente. Il processo sarà supportato da un sistema informatico dedicato.

E Politiche di efficientamento dei sistemi

L'Azienda è chiamata ad operare in un contesto caratterizzato dalla necessità di ottimizzare ed efficientare i sistemi.

Una politica di contenimento dei costi senza una strategia non può che produrre uno svilimento dei servizi offerti. L'ottimizzazione dei sistemi di controllo consente di monitorare ed analizzare il corretto utilizzo delle risorse al fine di indirizzarle appropriatamente, efficientando complessivamente le attività. L'Azienda è pertanto costantemente impegnata a ricercare e percorrere ogni possibile azione utile a razionalizzare e contenere la spesa, attraverso:

- l'analisi del fabbisogno nella fase relativa alla programmazione della procedura di gara, sia essa svolta in forma aggregata che in forma autonoma;
- la corretta gestione delle scorte di magazzino e l'attenta pianificazione dei fabbisogni;
- l'assegnazione di budget economici agli ordinatori di spesa ed il monitoraggio periodico del rispetto dei budget assegnati;
- l'adesione a procedure di acquisto previste da convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento, ai sensi dell' art. 1 c. 449 L.296/2006.

La revisione delle procedure e dei percorsi finalizzati alla certificabilità di Bilancio (Progetto SANPAC regionale) agevolano il perseguimento delle azioni di efficientamento dei sistemi, attraverso l'analisi delle criticità e la condivisione di percorsi utili al superamento delle stesse.

E1 Efficiamento del sistema attraverso la costruzione di azioni e procedure di controllo

Oltre alle azioni di omogeneizzazione delle procedure di controllo dei processi amministrativo contabili anche ai fini della certificabilità del Bilancio, collegato alla contabilità economico patrimoniale, alla contabilità analitica e ad un sistema di indicatori delle performance, è stata condotta un'azione decisiva nei confronti dei controlli sui contratti in essere, attribuendo alla figura del Direttore Esecutivo del Contratto (DEC), già prevista dalla normativa sui contratti, il duplice ruolo di attività di controllo e verifica e misurazione dell'efficienza del servizio. Con il DCA n. U00308/2015 e successivo DCA U00535/2015 la Regione Lazio ha infatti introdotto una "Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle aziende sanitarie" per tutte le tipologie di fornitori (fornitori di beni e servizi e soggetti erogatori privati) al fine di uniformare le modalità di pagamento. E' stata istituita, intorno al DEC aziendale, la rete dei referenti dei contratti che, localmente hanno il compito di verificare e segnalare gli elementi di criticità riscontrati per rendere l'appalto adeguato all'organizzazione. La rete dei referenti costituisce un'impostazione burocratica, limitata al rispetto dell'obbligo di legge, per raggiungere il risultato di efficientare il sistema, nella convinzione che il recupero di efficienza si traduca in una riduzione dei costi.

L'aggiudicazione del nuovo appalto multiservizio tecnologico regionale, che comprende la gestione del sistema Edificio-Impianto relativo a tutti i Presidi nella disponibilità dell'Azienda (presidi ospedalieri ed extraospedalieri) per la durata di nove anni consente il controllo periodico della manutenzione di tutta la componente impiantistica degli edifici, garantendo il rispetto dei livelli di sicurezza, maggiore efficienza e permettendo la verifica costante della qualità percepita sia dagli operatori che dagli utenti. Il DEC vigila costantemente sulla coerenza ai dettami contrattuali, verificando il corretto svolgimento degli adempimenti, con un impatto positivo sull'organizzazione.

L'ASL di Viterbo intende fondare la propria organizzazione sulla base dei requisiti AGENAS di accreditamento delle strutture ospedaliere, orientando la gestione ai seguenti principi:

1. miglioramento continuo della qualità: i requisiti sono definiti in maniera tale da favorire e incoraggiare le strutture ospedaliere a migliorare la qualità e la performance delle prestazioni erogate;
2. centralità dei pazienti: i requisiti fanno riferimento alla centralità del paziente e alla continuità delle cure;
3. pianificazione e valutazione della performance: i requisiti valutano l'efficienza e l'efficacia della struttura sanitaria;
4. sicurezza: i requisiti includono interventi per migliorare e garantire la sicurezza dei pazienti, dei visitatori e del personale;
5. evidenza scientifica: i requisiti sono frutto del consenso nazionale e dell'analisi della letteratura internazionale.

Con gli erogatori privati devono essere mantenute e controllate le regole di accesso, di remunerazione e di trasparenza condivise con il protocollo RITHA. La UOC Programmazione e Gestione Offerta Accreditati verifica con regolarità la coerenza con i decreti commissariali in tema di requisiti per l'accreditamento e tetti di spesa assegnati, applicando i controlli sulle strutture, sottoscrivendo gli accordi contrattuali, prevedendo il collegamento tra i *budget* assegnati ed i tetti di spesa previsti nei Bilanci Preventivi Economici ed incrociati con i dati provenienti dai flussi informativi clinici ed economici. Viene eseguita la verifica con cadenza trimestrale, della regolarità della fatturazione e della documentazione a supporto della stessa, con obbligo di aggiornamento in tempo reale dei riepiloghi sullo stato delle verifiche e dei pagamenti, al fine di allineare la spesa per gli erogatori privati entro il tetto di remunerazione massima, prevedendo nei tempi agli obblighi informativi di tipo contabile e gestionale. E' stato avviato il monitoraggio del contenziioso in essere attraverso un sistema informativo, individuandone fasi, stati e esiti del giudizio, al fine di indirizzare la conseguente azione di difesa amministrativa.

E2 Azioni di governo dell'appropriatezza

L'appropriatezza è la frontiera attraverso la quale è possibile ridisegnare il modello di sanità sostenibile. L'aumento dei costi sanitari contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali.

È ormai diffusa la cognizione che l'appropriatezza, sia clinica che organizzativa, può essere misurata e costituire quindi la base per compiere le scelte migliori sia per il singolo paziente sia per la collettività.

Il ricorso inappropriato ad alcune prestazioni, spesso indotto dalla cosiddetta Medicina Difensiva, sommato ai differenti livelli di qualità dei servizi sanitari sul territorio nazionale, rappresenta un fattore di criticità da non sottovalutare ai fini della sostenibilità del sistema e della sua equità. Il ruolo dei professionisti che operano sul campo è fondamentale per raggiungere livelli sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa e pertanto va promosso e sviluppato.

Nella ASL di Viterbo sono state introdotte le classi di priorità, criterio utile per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni radiologiche ambulatoriali ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Le Commissioni Distrettuali per l'appropriatezza farmaceutica svolgono un ruolo di controllo sulla spesa farmaceutica territoriale, attivando un rapporto sinergico con i medici di medicina di base per orientare alla cultura dell'appropriatezza. A tal proposito Il Dipartimento del Governo dell'Offerta e delle Cure Primarie ha promosso Eventi ECM a sostegno della appropriatezza prescrittiva con target i MMG della ASL Viterbo. In particolare sono promosse azioni di contenimento dell'uso delle cefalosporine in età pediatrica, per il corretto utilizzo dei sartani per pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare, agli inibitori di pompa protonica, per le stafiline e l'angiotensina a brevetto scaduto.

La UOC Cure Primarie a tal proposito ha posto in essere degli strumenti di confronto con gli MMG e gli Specialisti Ambulatoriali (vedasi eventi formativi e *focus-group* e riunioni) indirizzate soprattutto ai MMG valorizzando il ruolo dei 32 Referenti delle UCP a Sede Unica come momento di condivisione della cultura dell'Appropriatezza Prescrittiva sia farmacologica che diagnostica.

Nel corso del 2018 saranno implementati i controlli sul rispetto degli *standard* di appropriatezza organizzativa su quelle prestazioni erogate in DH che hanno una corrispondente prestazione APA ambulatoriale, sulle prestazioni potenzialmente non appropriate e su tutti i processi organizzativi che incrementano i costi di produzione senza modificare l'efficacia clinica sui pazienti, adeguando l'organizzazione ai Decreti Commissariali in materia di modalità di erogazione delle prestazioni (vedi grafico parte A). Sono stati previsti anche la realizzazione di un programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO come già avviato negli anni precedenti e nel rispetto delle indicazioni regionali, utilizzando strumenti come il PRUO e la riorganizzazione e l'innovazione delle attività sanitarie per la riduzione della mobilità passiva.

In coerenza con il D.M. n. 70/2015 e la necessità di “garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate” specificando che “elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti” e con la circolare della Regione Lazio prot. 80171 del 7/11/2016, l'Azienda ha proceduto alla completa riorganizzazione delle attività al fine di rispettare le soglie minime previste per:

- colecistectomia laparoscopica,
- tumore maligno al polmone;
- infarto miocardico acuto;
- parti cesarei primari.

In ambito territoriale, si intende intervenire da un lato sulla farmaceutica convenzionata, per l'allineamento della spesa media *pro-capite* al valore medio nazionale, dall'altro sulla spesa diretta per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per un maggiore ricorso all'utilizzo di farmaci biosimilari, per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera. Le azioni sono finalizzate ad una maggiore appropriatezza nella somministrazione dei farmaci ad alto costo, anche in previsione dell'introduzione di farmaci altamente innovativi in campo oncologico e delle malattie rare. Relativamente ai dispositivi medici, sono individuate azioni per il contenimento della spesa, favorendo meccanismi di acquisto competitivo, uso appropriato e azioni volte al monitoraggio dei consumi in relazione alla tipologia di prestazioni erogate.

E3 Piano degli investimenti tecnologici ed informatici

E3.1 Il Piano degli investimenti tecnologici

Il Piano degli investimenti tecnologici è il frutto della valutazione condotta dalla Direzione Strategica sulla base dell'analisi del Nucleo Operativo "Health Technology Assessment" della ASL di Viterbo della dotazione tecnologica già esistente in Azienda in rapporto alla programmazione strategica per il triennio, agli indici di produttività ed alle priorità individuate. Il Piano 2018 tiene infatti conto delle scelte aziendali, a partire dalla realizzazione di due sale operatorie ad alta integrazione tecnologica, attrezzate con prodotti di ultima generazione, la cui caratteristica principale sarà l'inserimento di un sistema integrato di gestione e controllo dei segnali audio, video e di alcune attrezzature elettromedicali in una logica di flessibilità d'uso delle tecnologie biomedicali nelle diverse procedure chirurgiche. Il progetto e la relativa richiesta di finanziamento sono stati trasmessi alla Regione Lazio e si è in attesa della valutazione della proposta da parte dei competenti organi regionali.

Complessivamente le sale del Blocco Operatorio di Belcolle saranno dieci, rispetto alle sette attuali. L'aumento dei dispositivi medicali *high-tech*, la crescente evoluzione del *digital imaging* e della tecnologia laparoscopica nella pratica chirurgica hanno negli ultimi anni rivoluzionato la sala operatoria, trasformandola in un ambiente operativo estremamente complesso e digitalizzato con la necessità di garantire il teleconsulto chirurgico, la registrazione dei dati digitali intraoperatori e la video teleconferenza. L'ammmodernamento tecnologico è inoltre funzionale ai PDTA chirurgici e alla riduzione degli errori.

Oltre agli investimenti relativi alla realizzazione delle due nuove sale, nel Piano sono elencate le priorità di acquisto definite ricorrendo ai seguenti parametri valutativi:

- adeguamento tecnologico ai requisiti minimi per l'accreditamento nonché per l'igiene e la sicurezza nei luoghi di lavoro;
- appartenenza del reparto/servizio destinatario di fornitura all'area critica;
- indice di sostituzione elevato della tecnologia attualmente in uso;
- incidenza della tecnologia da acquisire nell'abbattimento delle liste d'attesa;
- acquisto per potenziamento tecnologico.

Il Piano è uno strumento dinamico poiché rappresentativo delle esigenze che emergono all'interno delle Unità Operative, anche in correlazione alle nuove tecnologie.

L'Azienda ASL Viterbo in linea con un cambio di paradigma organizzativo della medicina territoriale, Medicina di Attesa vs Medicina Organizzativa ha avviato, attraverso gli strumenti dei PDTA e telemedicina una nuova modalità di presa in carico del paziente cronico avviando con deliberazione n°986 del 01/08/2016 un progetto che prevede l'utilizzo di una piattaforma di telemedicina presso la Casa della Salute di Soriano nel Cimino, coinvolgendo due MMG in vista della realizzazione di un progetto di telemedicina aziendale che verrà attivato nell'anno 2017.

Il progetto complessivo vuole essere una risposta innovativa e concreta per la gestione sul territorio della cura domiciliare e del monitoraggio remoto dei pazienti cronici. Obiettivi del progetto sono:

- curare ed assistere sul territorio in maniera proattiva i soggetti cronici e fragili attraverso i PDTA;
- permettere a tutti gli operatori sanitari della ASL una gestione globale del paziente ed una nuova forma di interoperabilità;
- promuovere l'empowerment e il miglioramento della qualità della vita dei pazienti, assicurando loro maggiore sicurezza ed autonomia.

Il sistema integrato di telemedicina comprende un insieme completo ed integrato di prodotti e servizi:

1. portale Internet di telemedicina per l'acquisizione e trasmissione di dati e immagini, integrato con i sistemi informativi aziendali e regionali;
2. sistema informativo per la gestione dei pazienti con moduli specifici per ogni patologia (TAO, BPCO, diabete mellito, malattie cardiovascolari, cure palliative, ecc.);
3. apparecchiature diagnostiche e medicali;
4. kit diagnostici e materiali di consumo;
5. servizi di assistenza sanitaria e sociale sul territorio;
6. servizi di installazione e assistenza per le strutture territoriali (case della salute, UCP, etc.) e ai domicili dei pazienti!

I processi di teleconsulto hanno reso possibile per tutte le patologie croniche gestite sul territorio l'interazione con lo specialista. Tutti i dati saranno fruibili con differenti accessi e modalità, con l'obiettivo di creare una gestione di equipe multidisciplinare del paziente.

E3.2 Il Piano degli investimenti informatici

Il Piano degli investimenti informatici nasce dalla ricognizione della dotazione degli strumenti informativi ed informatici presenti nelle diverse realtà aziendali e dalle strategie che la Direzione intende portare a compimento.

In particolare, il piano degli investimenti informatici della ASL di Viterbo, per il prossimo triennio, si articola su tre direttrici principali:

- riqualificazione della spesa in conto corrente secondo le direttive del **Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica amministrazione 2017-2019**, emanato dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), con particolare riferimento dalla massimizzazione dell'utilizzo delle Convenzioni CONSIP;
- investimenti sulla sicurezza dei dati e sulla privacy, con particolare riferimento alla Circolare n. 2/2017 dell'AgID (recante disposizioni minime per la sicurezza ICT per le PA) e agli obblighi derivanti dall'entrata a regime del nuovo Regolamento Europeo sulla Privacy a maggio 2018 (c.d. GDPR);
- investimenti per il completamento delle progettualità aziendali sia in riferimento alla digitalizzazione dei processi amministrativi, sia in riferimento alla digitalizzazione dei processi sanitari (ospedalieri e territoriali), recependo le indicazioni fornite dall'Agenda Digitale Italiana ed Europea, dal suddetto Piano triennale dall'AgID, nonché dalle direttive dall'amministrazione regionale, in stretta sinergia con LAZIOcrea S.p.A.

Relativamente alla riqualificazione della spesa in conto corrente, a partire dal 2017, la ASL di Viterbo ha attivato le seguenti Convenzioni CONSIP per l'assistenza e manutenzione del proprio parco tecnologico:

- DTO2, per l'assistenza e la manutenzione delle postazioni di lavoro aziendali;
- SGM, per l'assistenza e la manutenzione del CED e della LAN;
- SPC2, per la migrazione da SPC1 e l'ampliamento della rete aziendale, con particolare riferimento al dispiegamento della Fibra Ottica a 100 Mbps per le sedi in cui è presente la Radiologia.

Tali Convenzioni si proiettano per durata temporale lungo tutto il triennio 2018-2020, e saranno riviste in funzione delle eventuali nuove esigenze.

Per la sicurezza dei dati, la ASL di Viterbo ha recepito nel corso del 2017 i contenuti della Circolare n.2/2017, realizzando le misure minime previste con il budget già assegnato. Per il triennio 2018-2020 gli investimenti per la sicurezza e la privacy vedranno la ASL impegnata sui seguenti temi:

- Revisione ed implementazione di quanto previsto dal nuovo Regolamento Europeo sulla Privacy, in termini di procedure organizzative a accorgimenti tecnologici;
- Ampliamento delle misure di sicurezza contenute nella Circolare n.2/2017, con particolare riferimento alla sostituzione progressiva del parco macchine ancora dotato di Sistema Operativo Microsoft XP, nonché al potenziamento delle misure organizzative e tecnologiche per la sicurezza extra-perimetrale e intra-perimetrale.

Relativamente al tema della digitalizzazione, la Direzione Strategica ha avviato un progetto denominato "carta zero", che vedrà il completamento delle relative attività entro il 2018.

Detto progetto si basa su due pilastri principali:

- Amministrativo: gestione documentale informatizzata dei processi amministrativi, conformemente alle disposizioni del Codice dell'Amministrazione Digitale e s.m.i., e dei relativi regolamenti attuativi;
- Clinico: continua informatizzazione dei domini sanitari più rilevanti e massimizzazione dell'integrazione dei sottosistemi informatici clinici a livello aziendale, regionale e nazionale (a titolo esemplificativo e non esaustivo cartelle cliniche, fascicolo sanitario elettronico, dossier sanitario elettronico).

Nell'ambito amministrativo, la ASL ha stipulato nel 2017 un protocollo con l'Università di Pisa relativamente all'acquisizione di un nuovo sistema di protocollo e delibere, nonché di gestione documentale, che vedrà l'implementazione nel triennio 2018-2020 la digitalizzazione dei processi amministrativi on relativa minimizzazione dei flussi cartacei. Inoltre, a fine 2017, e con prospettiva sino al 2020, la ASL si accinge a sottoscrivere la Convenzione CONSIP SGI per la manutenzione e la personalizzazione del Sistema Amministrativo-Contabile aziendale.

Nell'ambito clinico ospedaliero, nel corso del 2017 è stato dispiegato il nuovo sistema RIS/PACS aziendale (c.d. Lotto 2), un sistema all'avanguardia per la digitalizzazione delle immagini e l'impiego di workstation di diagnosi e refertazione di ultima generazione. Detto sistema si integra con un'altra importante progettualità aziendale denominata MACS, che consente la digitalizzazione di tutte le sorgenti immagini DICOM. L'integrazione tra questi due sistemi consente di massimizzare l'interscambio dati nell'ambito della diagnostica per immagini. Per il primo semestre 2018, è prevista la conclusione delle attività per il nuovo Sistema Informativo Sanitario Aziendale (c.d. Lotto 1), che prevede la realizzazione del Dossier Sanitario Elettronico, a partire dall'accesso dei cittadini al SSR, seguendo nelle varie fasi della presa in carico nei vari reparti fino alla dimissione del paziente. Questo consentirà di seguire il percorso sanitario di ciascuno, permettendo con estrema rapidità di identificare la storia clinica negli eventuali successivi accessi alle strutture sanitarie aziendali. Relativamente a detto nuovo sistema, nel 2017 è stata completata la prima attività che prevedeva la sostituzione del vecchio sistema informatico per la UOC Anatomia Patologica, con un nuovo sistema in grado di digitalizzare e tracciare tutte le fasi del relativo processo.

Nel 2018 sarà potenziata l'informatizzazione dei servizi territoriali, attraverso l'integrazione con le progettualità regionali (con particolare riferimento a SIAT, Fascicolo Sanitario Elettronico e SISMED) e la realizzazione del progetto "Centrali Operative per la Cronicità" (abbrev. COC), a partire dai modelli organizzativi e dai percorsi attualmente in essere (BPCO, Diabete, Scompenso cardiaco e TAO). Il progetto delle COC consentirà, attraverso l'integrazione con il Dossier Sanitario Elettronico, le cartelle cliniche territoriali, il Fascicolo Sanitario Elettronico e relativa gestione informatizzata dei PDTA, e Sistemi aziendali di Telemedicina, di costruire un sistema di monitoraggio, alert e attivazione di risposte sanitarie proattive, intorno al paziente e condiviso tra MMG, Medici di Struttura, personale infermieristico e personale dedicato alle funzioni di Centrale.

Per quanto riguarda i progetti di livello regionale, nel 2017 sono stati attivati i seguenti servizi:

- Monetazione elettronica, per il pagamento attraverso strumenti elettronici di prestazioni sanitarie;
- Dispiegamento dei Punti Territoriali di Accesso per l'attivazione della TS-CNS e la raccolta del consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Nel triennio 2018-2020 si procederà con l'integrazione già avviata a partire dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario Aziendale con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale per l'alimentazione di tutti i documenti sanitari previsti dalla relativa norma.

Infine, a riguardo della digitalizzazione dei processi di diagnostica per immagini, nel triennio 2018-2020 la ASL di Viterbo, incaricata da Regione Lazio quale capofila, realizzerà i seguenti servizi:

- Ritiro on-line dei referti di radiologia e alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Conservazione a norma e firma digitale dei referti;
- Portale per la Gestione della Dose per esposizione a radiazioni ionizzanti;
- Disaster Recovery.

E4 Il Piano degli investimenti strutturali: azioni di riorganizzazione e reingegnerizzazione degli spazi funzionali aziendali

La Regione Lazio, con DCA 314/2016 ha approvato il Piano Decennale in materia di edilizia sanitaria (ex art. 20 L. 67/88, III fase), individuando gli interventi da finanziare per ciascuna delle ASL regionali, in coerenza con le strategie e le priorità già definite nei Programmi Operativi del Piano di Rientro e del D.M. 70/2015 che prevedono:

- 1) messa a norma funzionale per il riordino delle reti: rafforzamento dei nodi della rete (progetti per il miglioramento degli spazi nel sistema *hub & spoke*, riqualificazione reti tempo dipendenti e aree omogenee per intensità di cure, ottimizzazione dell'offerta di salute, ammodernamento e sviluppo del parco tecnologico);
- 2) messa a norma tecnologica per la sicurezza e la riqualificazione degli spazi sanitari - acuti (adeguamento e messa a norma delle strutture sanitarie e risparmio energetico);
- 3) messa a norma tecnologica per la sicurezza e la riqualificazione degli spazi sanitari - territorio (Case della Salute in ogni Distretto e adeguamento strutturale ed impiantistico delle strutture).

n	titolo	descrizione	obiettivo	importo
1	Ammodernamento tecnologico dei Presidi dell'Azienda	Acquisizione degli arredi e delle attrezzature per	Adeguamento delle tecnologie dei nodi della rete	2.400.000
2	Adeguamento e messa a norma, manutenzione straordinaria P.O. Belcolle	Interventi di manutenzione straordinaria per l'adeguamento e la messa a norma del P.O. di Belcolle	Adeguamento delle funzioni dei nodi di rete	4.185.290
3	Adeguamento e messa a norma, manutenzione straordinaria P.O. Civita Castellana	Interventi di manutenzione straordinaria per l'adeguamento e la messa a norma del P.O. di Civita Castellana	Adeguamento delle funzioni della rete ospedaliera	798.440
4	Adeguamento e messa a norma, manutenzione straordinaria del Presidio di Ronciglione	Interventi di manutenzione straordinaria opere edili e impianti di Ronciglione	Adeguamento delle funzioni della rete territoriale	1.029.930
5	Nuovo assetto della rete perinatale	Interventi di manutenzione straordinaria per l'adeguamento e messa a norma, acquisizione delle attrezzature per ammodernamento tecnologico dei reparti e dei servizi afferenti la rete perinatale	Adeguamento delle funzioni e delle tecnologie della rete perinatale	1.000.000
6	Adeguamento e messa a norma antincendio dei presidi aziendali di proprietà	Interventi di manutenzione straordinaria per l'adeguamento e messa a norma antincendio	Messa a norma dei presidi ospedalieri e territoriali	1.279.570

Il Piano è attualmente all'esame del Ministero della Salute per gli adempimenti propedeutici alla sottoscrizione dell'Accordo di Programma. In coerenza con il DCA 314/2016, l'Azienda ha approvato le modifiche al Programma Triennale delle Opere Pubbliche 2018-2020, inserendo interventi che si sono resi indifferibili per garantire la messa a norma delle strutture sanitarie. Di seguito si riporta il prospetto del Programma dei Lavori per il 2018:

Programma Triennale delle opere pubbliche 2018/2020 della A.U.S.L. VITERBO

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA			Totale
	Primo Anno	Secondo Anno	Terzo Anno	
Costruzione di una R.S.A. e Centro di Salute in Orte (VT)	1.000.000,00	2.566.449,07	-	3.566.449,07
Ristrutt. Adeguamento e Messa a Norma Osp. Civita Castellana- Lavori di realizzazione nuova Morgue	200.000,00	928.880,04	-	1.128.880,04
Lavori di completamento Corpo A3 Ospedale di Belcolle (economie corpo B,A3)	7.000.000,00	2.624.904,46	-	9.624.904,46
Adeguamento strutturale ed impiantistico Ospedale di Acquapendente - Completamento	-	-	7.295.340,00	7.295.340,00
Adeguamento strutturale ed impiantistico Presidio ospedaliero di Belcolle - Viterbo	300.000,00	12.000.000,00	36.447.408,11	48.747.408,11
Adeguamento strutturale ed impiantistico Osp. Civita Castellana - Completamento	150.000,00	650.000,00	13.585.384,00	14.385.384,00
Adeguamento strutturale ed impiantistico Presidio Ospedaliero di Montefiascone - Completamento	-	150.000,00	5.676.496,00	5.826.496,00
Adeguamento strutturale ed impiantistico Presidio Ospedaliero di Ronciglione - Completamento	500.000,00	600.000,00	3.378.019,00	4.478.019,00
Adeguamento strutturale ed impiantistico Ospedale di Tarquinia - Completamento	200.000,00	6.000.000,00	5.197.594,00	11.397.594,00
Centro Salute Orte - Interventi di adeguamento strutturale ed impiantistico ai fini del prevenzione incendi	50.000,00	250.000,00	1.577.904,26	1.877.904,26
CASA DELLA SALUTE Soriano nel Cimino - Interventi di adeguamento strutturale ed impiantistico ai fini del prevenzione incendi	258.809,72	-	-	258.809,72
LAVORI DI REALIZZAZIONE DI UN MONTELETTIGHE E PERCORSI DI COLLEGAMENTO A SERVIZIO DEL NUOVO BLOCCO OPERATORIO DEL P.O. DI BELCOLLE				
SOSTITUZIONE N° 3 ASCENSORI AL PUBBLICO (12 PERSONE E 10 PIANI) P.O. BELCOLLE	294.570,93			294.570,93
LAVORI DI ADEGUAMENTO LOCALI PER LA PREPARAZIONE CHEMIOTERAPICI PRESSO U.O.C. FARMACIA PIANO -2 OSPEDALE BELCOLLE.	180.000,00			180.000,00
LAVORI DI ADEGUAMENTO LOCALI E SISTEMAZIONE VIABILITÀ DI ACCESSO PRONTO SOCCORSO P.O. BELCOLLE(1° stralcio)	190.000,00			190.000,00
LAVORI DI IMPERMEALIZZAZIONE TERRAZZE E SOSTITUZIONE INFISSI REPARTO RADIOLOGIA P.O. BELCOLLE	183.000,00			183.000,00
LAVORI DI ADEGUAMENTO LOCALI PRONTO SOCCORSO P.O. BELCOLLE (2° stralcio)		436.554,53		436.554,53
Lavori di rifacimento impianto auralico Palazzina infettivi P.O. Belcolle	125.000,00	125.000,00		250.000,00
SOSTITUZIONE N° 1 ASCENSORE AL PUBBLICO e N. 3 MONTELETTIGHE P.O. BELCOLLE- SOSTITUZIONE DI N. 1 ASCENSORE AL PUBBLICO PO CIVITACASTELLANA	130.000,00	130.000,00		260.000,00
LAVORI DI Rifacimento totale impermealizzazione COPERTURA hall e realizzazione pensilina nuovo Ingresso PO Belcolle	50.000,00			50.000,00
Lavori di adeguamento impianto di depurazione PO Belcolle	45.000,00			45.000,00
Lavori di adeguamento locali UTN PO di belcolle	135.000,00	135.000,00		270.000,00
Lavori schermatura pareti n 4 sale nuovo blocco operatorio PO belcolle	135.000,00	135.000,00		270.000,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO ACQUAPENDENTE	-	500.000,00	1.622.011,50	2.122.011,50
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO CIVITA CASTELLANA		500.000,00	4.323.700,00	4.823.700,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO MONTEFASCONE		500.000,00	2.321.056,00	2.821.056,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO RONCIGLIONE		500.000,00	2.032.465,50	2.532.465,50
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO TARQUINIA		500.000,00	3.705.838,00	4.205.838,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO BELCOLLE		1.000.000,00	21.174.250,00	22.174.250,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO BELCOLLE		1.000.000,00	2.453.324,00	3.453.324,00
Interventi di messa in sicurezza e conservazione ex Ospedale Grande degli Infermi di Viterbo	-	3.533.524,24	3.533.524,24	7.067.048,48
Interventi di messa in sicurezza e conservazione del presidio San Simone - Viterbo		3.569.890,00	3.569.890,00	7.139.780,00
Lavori d'urgenza di cui agli artt. 146-147 del D.P.R. 554/99	100.000,00	100.000,00	100.000,00	300.000,00
TOTALE	11.348.380,65	38.435.202,34	117.994.204,61	167.777.787,60

L'obiettivo dell'Azienda è anche quello di rivedere l'impiego degli spazi per garantirne il migliore utilizzo, anche in funzione della riorganizzazione dei servizi e per l'efficientamento dell'intero sistema. La consegna del cantiere per la realizzazione del corpo A3 dell'Ospedale di Belcolle, la riqualificazione dello stabilimento di Montefiascone in polo della Rete di Riabilitazione aziendale e centro di riferimento per la salute mentale, la riconversione dello stabilimento di Ronciglione in Case della Salute, il riconoscimento di Acquapendente in Presidio di zona disagiata, la riorganizzazione degli spazi per le attività in libera professione e la riorganizzazione della Rete Laboratoristica sono alcuni dei progetti che sono stati attivati al fine di ottenere tre importanti obiettivi:

1. la riduzione degli affitti, attraverso il riordino della frammentazione sul territorio di strutture ambulatoriali o di deposito;
2. riduzione della frammentazione dei percorsi per i cittadini;
3. ottimizzazione dei processi operativi attraverso una maggiore logicità nella progettazione della logistica aziendale.

Nel 2017 sono stati completati importanti interventi di riqualificazione finalizzati al risparmio energetico e all'utilizzo di energie rinnovabili, attraverso la realizzazione del nuovo impianto di cogenerazione a Belcolle e la realizzazione delle nuove centrali termiche nel P.O. di Acquapendente e nello stabilimento di Ronciglione.

L'ospedale provinciale di Belcolle è stato finalmente dotato di un ingresso principale attraverso un'operazione di riqualificazione di un'area precedentemente abbandonata, garantendo contestualmente la facilitazione dei percorsi di orientamento per il cittadino all'interno della struttura ospedaliera. Sono stati realizzati tutti i lavori di pavimentazione dei corridoi e delle zone sbarco ascensori del P.O. di Belcolle che presentavano ampi segni di deterioramento. Tra gli interventi realizzati, si annovera il nuovo laboratorio di genetica medica e la nuova sede del Centro di Riferimento Regionale AIDS che consentiranno un netto miglioramento in termini di qualità dei servizi offerti. Relativamente al P.O. di Civita Castellana è stato realizzato il nuovo Pronto Soccorso adeguando sede agli standard previsti dalla normativa vigente.

L'Azienda sta attuando una politica di attenzione nei riguardi del proprio patrimonio immobiliare attraverso azioni di:

- raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare, articolata per tipologia di godimento, localizzazione, epoca di costruzione, consistenza e stato di manutenzione per categorie di opere;
- modalità di utilizzo e costi di gestione, analizzando le funzioni allocate in ogni struttura ed il grado di compatibilità in termini di accessibilità, efficienza organizzativa e flessibilità economica;
- riorganizzazione degli spazi funzionali aziendali, attraverso la riorganizzazione delle attività nei presidi ospedalieri di Belcolle, Tarquinia, Civita Castellana ed Acquapendente, l'adeguamento delle strutture dedicate alle Case della Salute; a partire dal 2017 sono attive le Case della Salute di Soriano nel Cimino e Bagnoregio;
- riorganizzazione delle attività sanitarie secondo la logica dell'appropriatezza nei diversi presidi e padiglioni al fine della riduzione della mobilità passiva (la Rete Chirurgica).

E5 Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane

La determinazione dei fabbisogni a tendere di professionalità è finalizzato a garantire la promozione dei livelli essenziali di assistenza, la coerenza e la sistematicità del livello di personale con il nuovo assetto della rete assistenziale e di riordino della rete ospedaliera designato dai Decreti Commissariali e con gli strumenti di programmazione aziendale (Piano Strategico 2017-2019 ed Atto di Autonomia Aziendale).

Superata la logica emergenziale nelle politiche di gestione del personale, imposta dai Piani di Rientro, recuperato l'ambito di responsabilità aziendale all'interno del budget assunzionale attribuito con il DCA U00156 del 12/5/2016, la ASL di Viterbo rappresenta la propria visione esaustiva delle necessità e delle priorità, anche in virtù della riorganizzazione dei servizi avviata nell'ultimo biennio.

Nel corso del 2017 si è proceduto ad elaborare la dotazione organica che rappresenta la sintesi i di un lavoro condiviso con le diverse professionalità presenti in Azienda, arricchito dal contributo e dalle multiformi esperienze e competenze professionali, condotto nel rispetto dei principi di sostenibilità professionale, organizzativa e finanziaria.

Relativamente al fabbisogno del personale del ruolo amministrativo e professionale, le scelte compiute privilegiano la volontà di riqualificazione del personale al fine di incrementare i servizi offerti dall'Azienda.

La scelta di esternalizzare le linee di attività ritenute non riconducibili al core business aziendale, come il front office dei CUP aziendali, permette di dedicare le risorse umane precedentemente a ciò destinate ad attività finalizzate all'efficientamento dei processi amministrativi. Il documento, così come indicato nei Programmi Operativi 2016-2018, sarà approvato entro la fine dell'anno 2017.

Nel 2017 si evidenzia una positiva inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti: finalmente si è dato corso all'assunzione del personale sanitario e tecnico; sono state assunte 54 nuove figure a tempo indeterminato a seguito di mobilità o ricorso a leggi specifiche (L. 68/99, deroghe DCA 117/2016, concorsi autorizzati dalla Regione Lazio, ecc.). E' attualmente in corso la stabilizzazione di n. 91 figure professionali (n. 33 dirigenti medici, n. 40 collaboratori professionali infermieri, n. 3 ostetriche, n. 3 assistenti sociali, n. 2 psicologi, n. 1 biologo, n. 1 tecnico di laboratorio, n. 1 TPALL, n. 2 tecnici della riabilitazione psichiatrica, n. 2 infermieri pediatrici).

Nel corso del 2018 si procederà alla stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato e CO.CO.PRO. in possesso dei requisiti di cui alla Legge di stabilità, in ottemperanza della Legge 75/2017 e alla normativa regionale che interverrà.

E6 Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse strumentali: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali

Relativamente alle risorse strumentali, la pianificazione comprende le categorie merceologiche e/o i servizi gestiti dell'azienda; al fine di garantire la correttezza dei processi di acquisto è necessaria un'analisi puntuale e critica dei fabbisogni di acquisto. I benefici che ne derivano devono essere:

- azzeramento delle proroghe;
- riduzione dei tempi di gara;
- riduzione dei costi di gestione e dei costi dei beni e servizi;
- trasparenza e concorrenzialità nella procedura;
- corretto utilizzo dei finanziamenti assegnati in conto capitale;

Le azioni di processo devono essere:

- produzione di un report trimestrale relativo alle gare bandite;
- intercettazione della domanda per beni e servizi;
- analisi dei fabbisogni progressiva pianificazione e ottimizzazione degli acquisti;
- ampliamento delle categorie merceologiche oggetto di intervento e diversificazione della modalità di acquisto;
- generazione di risparmi attraverso l'aggregazione della domanda;
- tempestivo avanzamento, in termini di spesa, dei finanziamenti assegnati per lavori ed attrezzature, proporzionata in rapporto alla durata complessiva dell'appalto;

Di seguito si riportano gli interventi previsti per il 2018 nel Piano triennale dei lavori pubblici con delibera del D.G.

893

DELIBERAZIONE N. del 28 MAG 2018

composta di n. pagine, frontespizio compresi e retro, e di n. allegati.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il: **30 MAG 2018**
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li **30 MAG 2018**

L'INCARICATO OO. CC.
Ufficio Delibere

Trasmessa al Collegio Sindacale il: **30 MAG 2018**

Viterbo, li **30 MAG 2018**

L'INCARICATO OO. CC.
Ufficio Delibere

La presente deliberazione è divenuta **ESECUTIVA** il: **30 MAG 2018**

Viterbo, li **30 MAG 2018**

L'INCARICATO OO. CC.
Ufficio Delibere

Viterbo, li **30 MAG 2018**

IL DIRETTORE
U.O.C. AFFARI GENERALI