



REGIONE
LAZIO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° : 201 DEL : 12.2.19

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

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO STRATEGICO TRIENNALE 2019-2021

GUADAGNINI
ANNA

L'Estensore

Parere del Direttore Amministrativo:

Drssa Maria Luisa Velardi

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

6/2/2019

Parere del Direttore Sanitario :

Drssa Antonella Proietti

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

6/4/2019

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

ASL VITERBO

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

Voce del conto economico su cui si imposta la spesa :

(Dott.ssa Patrizia Boninsegna)

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget :

Firma

Data

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

Responsabile del procedimento : ANNA GUADAGNINI

Data 05/02/2019

Firma

Il Dirigente :

Data

Firma

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

Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti | |

Oggetto:	APPROVAZIONE PIANO STRATEGICO 2019-2021
-----------------	--

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

VISTO

- il D. Lgs 27/10/2009 n. 150 recante “Attuazione della legge 4/3/2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- la legge regionale 16/3/2011 n. 1 recante “Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18/2/2002, n. 6”;
- il DCA 52 del 22/2/2017 “Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato *Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*”;
- il DCA 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. 893 del 28/5/2018 con cui la ASL di Viterbo ha adottato il Piano Strategico 2018-2020 in coerenza con i Programmi Operativi di cui al DCA U00052 DEL 22/2/2017;

la deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 29 gennaio 2019 con cui la ASL di Viterbo ha approvato il Piano Triennale delle Performance 2019-2021, in coerenza con gli strumenti di programmazione regionale sopra richiamati;

**TENUTO
CONTO**

del nuovo Atto di Autonomia Aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 804 del 16/5/2018, successivamente modificato con deliberazione del Direttore Generale n. 2111 del 22/11/2018 e approvato con DCA n. U00501 del 13 dicembre 2018 “Approvazione dell’Atto Aziendale della ASL Viterbo”, così come pubblicato sul supplemento n. 1 del BURL 103 del 20/12/2018, che risponde alla necessità di adeguare e rimodellare strutturalmente la parte ospedaliera, al fine di favorire l’attivazione ed il funzionamento delle reti e dei percorsi suggeriti, anche a livello normativo, dalla Regione Lazio, anche nella riorganizzazione dei Dipartimenti Ospedalieri;

RICHIAMATO

il DCA U00412 del 12 novembre 2018 “Definizione, ai sensi dell’articolo 2. Comma 3, del d.lgs 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la

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

PRESO ATTO del Piano Strategico 2019-2021 della ASL di Viterbo già illustrato in occasione della Conferenza dei Servizi in data 18 dicembre 2018, alla presenza dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori delle UU.OO.CC., dei Responsabili delle Strutture a Valenza Dipartimentale, dei Sindaci della Provincia di Viterbo, dei Rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, dei 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 2019-2021, con deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 29 gennaio 2019 la ASL di Viterbo ha approvato il Piano Triennale delle Performance 2019-2021;

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 18 dicembre 2018 ha presentato il Piano Strategico 2018-2020 alla Conferenza dei Servizi, come sopra specificato;
- in data 18 gennaio 2019 ha acquisito il parere del Comitato di Rappresentanza dei Sindaci;
- in data 30 gennaio 2019 ha acquisito il parere del Collegio di Direzione;

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 approvare il Piano Strategico 2019-2021, così come presentato alla Conferenza dei Servizi della ASL di Viterbo il 18/12/2018 che, allegato al presente atto, ne forma parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere il Piano Strategico 2019-2021 alla Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali per il seguito di competenza;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi;
- di dichiarare l'immediata esecutività del presente atto.

Il Direttore
(dott.ssa F. 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. 32, comma 1 della L. 69/2009.

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Maria Luisa Velardi)

Il Direttore Sanitario
(Dr.ssa Antonella Proietti)

Il Direttore Generale
(Dr.ssa Daniela Donetti)



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ASL
VITERBO**



Piano strategico 2019-2021 ASL Viterbo

Piano Strategico Aziendale 2019-2021 ASL Viterbo

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

Sommario Piano Strategico 2019-2021

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 Le politiche per l'accesso ai servizi e l'integrazione socio sanitaria
- C Le politiche per lo sviluppo dell'empowerment e dell'accountability
- D Le politiche per un'appropriata gestione delle risorse
- E Le 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

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

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 Efficientamento 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

A.1 Azioni di integrazione ospedale territorio e sistema delle reti

A.1.1 Dal piano strategico 2015-2018 al piano strategico 2019-2021: gli esiti

A.1.2 L'evoluzione del modello organizzativo

A.1.3 La logica dipartimentale

A.1.4 L'organizzazione a rete dell'azienda e il sistema di networking

A.1.4.1 Il piano di diffusione

A.1.5 Le reti e i percorsi clinico assistenziali

A.1.5.1 L'Area della salute mentale

La rete della salute mentale

La rete delle demenze

La rete dei disturbi del comportamento alimentare e l'Obesity Unit

I percorsi per i disturbi psichiatrici, dell'umore e disturbi gravi della personalità

Il percorso di presa in carico minori e giovani adulti con problemi psichiatrici, dipendenze sottoposti a procedimento penale

Il percorso peripartum

Il centro provinciale per i disturbi dello spettro autistico

Il centro di riferimento per le paralisi cerebrali infantili

A.1.5.2 L'Area dell'emergenza e dei percorsi ospedalieri integrati

La Rete Cardiologica

La Rete dell'Ictus

I percorsi Fast Track in Pronto Soccorso

Procedura trauma maggiore

Protocollo per l'infarto del miocardio e i percorsi cardiologici

Procedura per il Bed Management nel Polo Ospedaliero della ASL di Viterbo

Il Patient Management in P. S.

La rete chirurgica

A.1.5.3 L'Area Oncologica

La Breast Unit

La rete endocrinologica per la gestione del paziente con nodulo tiroideo

Il percorso diagnostico terapeutico per il tumore del polmone

Il percorso diagnostico terapeutico per il tumore della prostata

Il PIC colon retto

Il percorso terapeutico dei pazienti candidati a trattamento con xofigo

A.1.5.4 L'Area della diagnostica

La rete radiologica

La rete dei laboratori e la riorganizzazione del laboratorio di genetica medica

La rete clinica per le malattie dell'apparato digerente

Il percorso per l'appropriatezza diagnostica endoscopica

Il percorso per l'appropriatezza diagnostica di immagini

La procedura per l'appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali

La procedura per la risonanza magnetica in portatori di pace maker

A.1.5.5 L'Area della Salute della donna e del bambino

Il percorso assistenza intraospedaliera vittime di violenza di genere "non avere paura"

I percorsi consultoriali

La procedura violenza sui minori

A.1.5.6 L'Area delle cronicità

Il Percorso Integrato di Cura del Diabete

Il Percorso Integrato di Cura della BPCO

Il Percorso Integrato di Cura dello scompenso cardiaco

Il Percorso Integrato di Cura della Terapia Antocoagulante Orale (T.A.O)

Il Percorso della Sclerosi Multipla

A.1.5.7 L'Area delle Cure Primarie

La rete riabilitativa aziendale

La rete odontoiatrica

La rete della terapia del dolore e cure palliative

Il percorso autorizzativo dell'assistenza protesica

A.2 Azioni di innovazione e governo dell'offerta dei servizi territoriali

A.2.1 La governance del territorio

A.2.2 L'offerta territoriale

A.2.2.1 Le Case della Salute

A.2.3 Le Centrali Operative per le Cronicità (C.O.C.)

A.3 Azioni di promozione della salute

A.3.1 Piano Aziendale Prevenzione (P.A.P. ASL Viterbo)

A.3.2 Ambiente e salute: il registro tumori della asl di viterbo

A.3.3 La sanità penitenziaria

A.3.4 Le dipendenze

A.3.5 L'attività vaccinale

A.3.6 L'attività di screening

A.3.7 Azioni di verifica e controllo per l'autorizzazione e l'accreditamento

A.4 Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative: il ruolo della formazione

A.4.1 La Piramide Rovesciata

B Politiche per l'accesso ai servizi ed integrazione socio sanitaria

B.1 Azioni per la garanzia dell'equità all'accesso

- B.1.1 Abbattimento delle liste d'attesa
- B.1.2 Controllo e monitoraggio dell'attività professionale intra muraria

B.2 Orientamento del cittadino e personalizzazione della cura

- B.2.1 Il modello di funzionamento dei punti unici di accesso (p.u.a.), uvmd e piani assistenziali individualizzati
- B.2.2 Azioni per un'azienda sanitaria migrant friendly e culturalmente competente
- B.2.3 Azioni di implementazione della partecipazione
 - B.2.3.1 Il tavolo del volontariato, "partecipare in sanità"

B.3 L'integrazione socio sanitaria

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

C.1. Azioni per il contrasto ai fenomeni corruttivi e per la trasparenza

- C.1.1 Obiettivi strategici generali in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza
- C.1.2 Obiettivi strategici specifici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza
- C.1.3 Obiettivi strategici specifici in materia di trasparenza

C.2 Azioni per la rendicontabilità dell'attività economica e delle risorse

D Politiche per un' appropriata gestione delle risorse

D.1 Azioni di ottimizzazione delle performance e di benchmarking

D.2 Costruzione dei sistemi di monitoraggio e controllo quali quantitativo nel rapporto tra attività erogata e risorse utilizzate in relazione alla personalizzazione della cura

D.3 Azioni di ottimizzazione delle risorse: protocollo informatizzato "carta zero"

E Politiche di efficientamento dei sistemi

E.1 Efficientamento del sistema attraverso la costruzione di azioni e procedure di verifica dell'appropriatezza e di controllo

E.1.1 L'appropriatezza

E.1.2 L'unità farmaci antiblastici (UFA)

E.1.3 Il manuale dei controlli

E.2 Il piano degli investimenti per l'innovazione tecnologica e informatica

E.2.1 Il piano degli investimenti tecnologici

E.2.2 Il piano di sviluppo dei sistemi informatici

E.3 Il piano degli investimenti strutturali: azioni di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture

E.4 Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane

E.4.1 Le politiche assunzionali

E.4.2 Il nuovo modello organizzativo delle responsabilità

E.5 Azioni di governo e controllo delle risorse strumentali: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali

E.6 Azioni di governo del rischio e internal auditing

Premessa

Il Piano Strategico 2019-2021 è stato elaborato in continuità con il processo di riorganizzazione già delineato nei precedenti documenti di pianificazione (Piano Strategico 2016-2018, Piano Strategico 2017-2019 e Piano Strategico 2018 -2020), 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 2019-2021.

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.

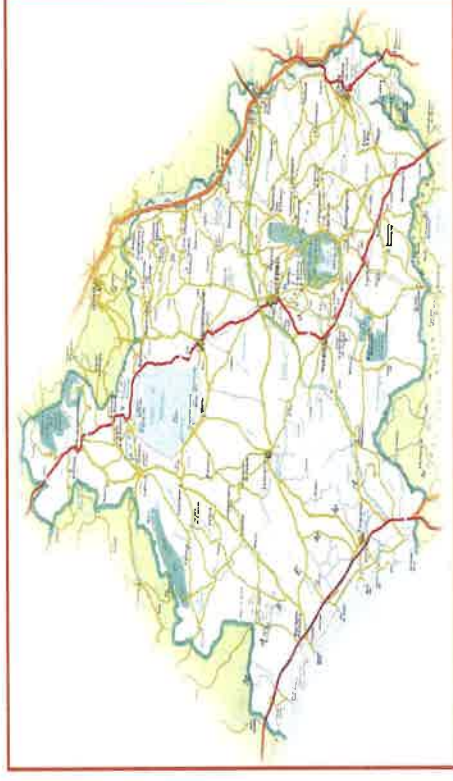
Il presente documento è articolato in due parti, la prima delle quali rappresenta l'analisi di contesto, i risultati raggiunti e le criticità rilevate, la seconda le azioni e le strategie individuate e da mettere in campo per rispondere ai bisogni di salute della popolazione; il documento è strettamente 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 una superficie 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 tolfetano, 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

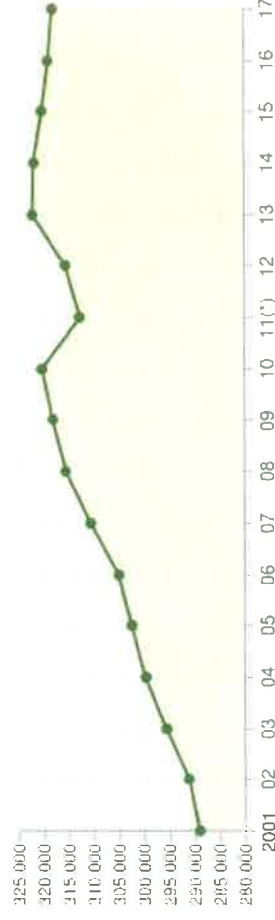
L'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo coincide con il territorio della Provincia di Viterbo (vedi figura pagina precedente); confina a nord con la Toscana, ad ovest con il Mare Mediterraneo, ad est con l'Umbria (Asl di Terni) e la Provincia di Rieti (Asl Rieti), a sud con la Provincia di Roma (Asl Roma F) ed il Comune di Roma (Roma E). Ha una popolazione di 318.205 abitanti con una variazione rispetto all'anno precedente di -0,40%, con una popolazione distribuita in modo disomogeneo anche a seguito delle caratteristiche geografiche del territorio. Rispetto alla densità di popolazione, su 107 province italiane risulta 69esima, nel confronto con le province del Lazio, è, invece, la penultima.

Classifica delle province del Lazio ordinate per popolazione decrescente.

▼ Provincial/Città Metropolitana	▼ Popolazione residenti	▼ Superficie km²	▼ Densità abitanti/km²	▼ Numero Comuni
1 Città Metropolitana di ROMA CAPITALE	4.355.725	5.363,28	812	121
2 Latina	575.577	2.256,16	255	33
3 Frosinone	490.632	3.247,08	151	91
4 Viterbo	318.205	3.615,24	88	60
5 Rieti	156.554	2.750,52	57	73
Totale	5.896.693	17.232,29	342	378

Fonte: www.tuttitalia.it dati aggiornati al 31/12/17

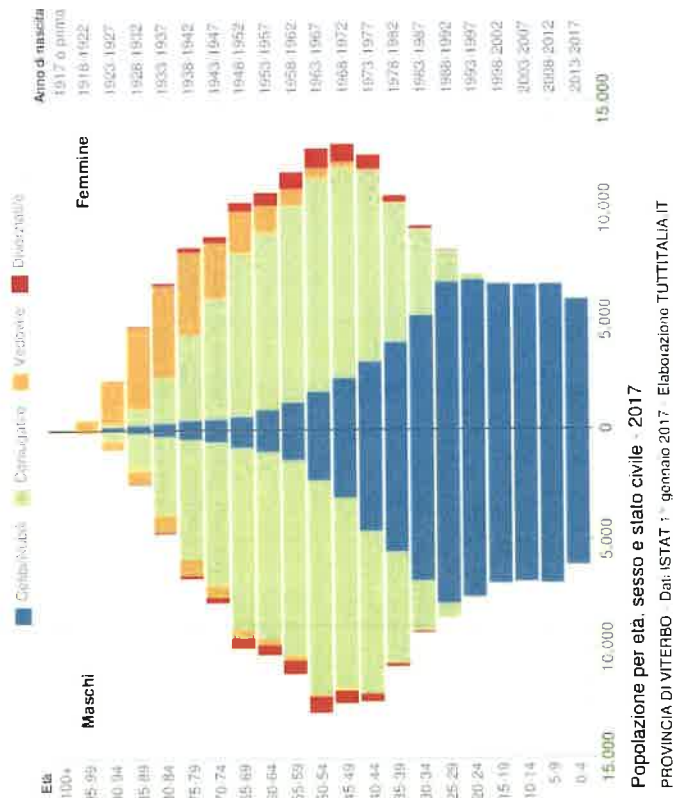
Andamento della popolazione residente nella provincia di Viterbo.



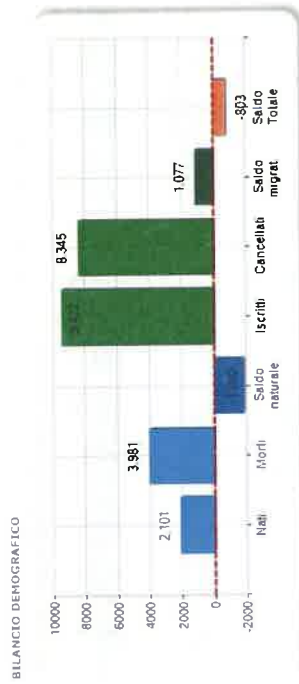
Fonte: www.tuttitalia.it dati aggiornati al 31/12 di ogni anno

Struttura della popolazione

Il grafico sulle variabili socio-demografiche per classi quinquennali è rappresentato nella "piramide demografica". I dati rappresentati evidenziano una maggiore prevalenza di vedove tra le over 65 rispetto agli uomini e di celibi tra i maschi, soprattutto nelle classi più giovani.

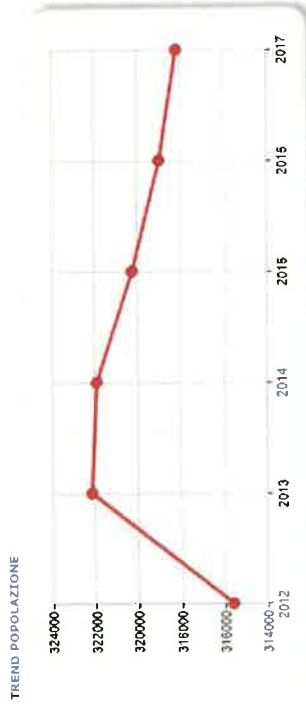


Popolazione residente al 31/12/2017: saldo naturale e saldo migratorio, tasso di natalità, tasso di mortalità, tasso di crescita e tasso migratorio nella Provincia di Viterbo.



Fonte: <http://www.urbistat.it/>

Trend della popolazione residente a partire dal 2012 (grafico in basso)



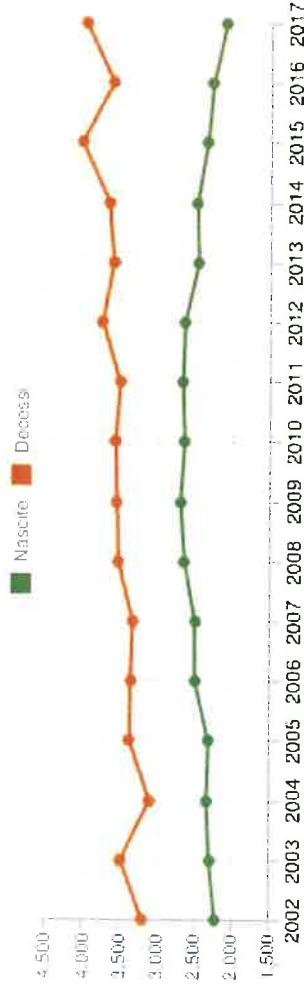
Fonte: <http://www.urbistat.it/>

Classifiche

Tasso di Natalità: 6,6‰ (ovvero 83° posto su 107 province)
 Tasso di Mortalità: 12,5‰ (ovvero 27° posto su 107 province)
 Tasso di Crescita: -2,5‰ (ovvero 49° posto su 107 province)
 Tasso di Crescita = Tasso di Natalità - Tasso di Mortalità + Tasso Migratorio

Il saldo naturale, definito come differenza tra nascite (+ 2.101 unità/anno) e decessi (3.981 unità/anno), è rappresentato nel primo grafico ed evidenzia un saldo naturale negativo (-1.880 unità/anno). Nel 2017 è aumentato il numero dei decessi rispetto all'anno precedente. L'andamento delle nascite dal 2014 ad oggi è in costante diminuzione.

Il numero delle nascite negli anni non ha mai compensato il numero dei decessi; quest'ultimo, infatti, risulta notevolmente superiore.

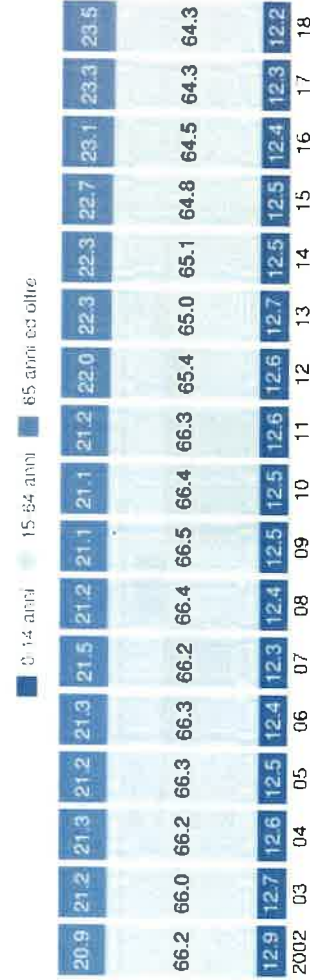


Movimento naturale della popolazione

PROVINCIA DI VITERBO Dati ISTAT (bilancio demografico 1° gen. 31 dic. Elaborazione TUTTITALIA.IT

La distribuzione per grandi fasce di età in valori percentuali è descritta nel grafico affianco. L'andamento negli ultimi 10 anni evidenzia una crescita del 2,6% degli anziani (over 65).

Al 1° gennaio 2018 l'indice di vecchiaia per la provincia di Viterbo mostra la presenza di 192,62 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 158,5) e alla media italiana (168,9).

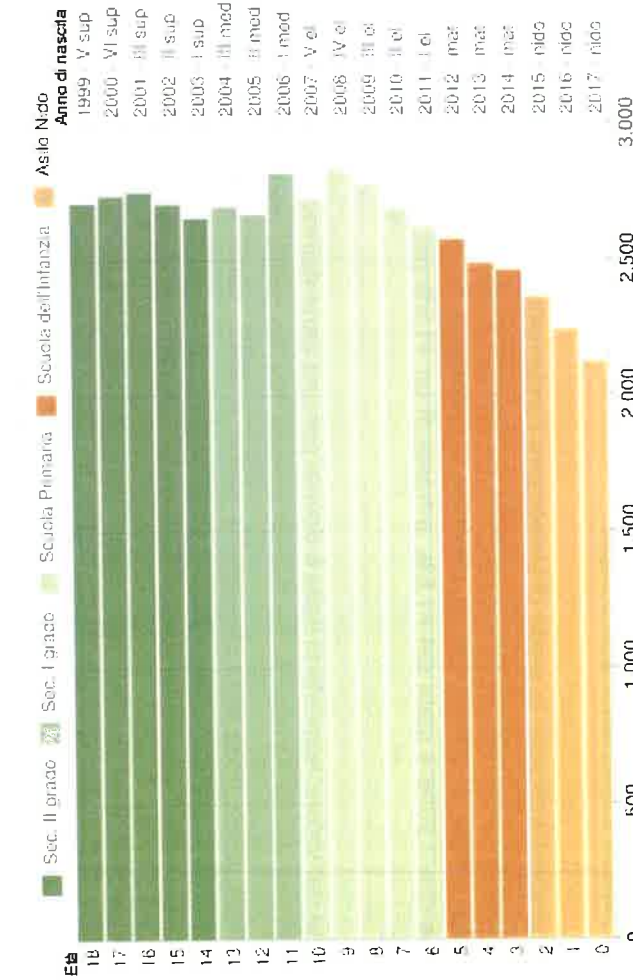


Struttura per età della popolazione (valori %)

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 2018/2019 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 9 anni con 2.829 alunni afferenti alla scuola primaria IV elementare, in egual modo il sesso più numeroso risulta essere quello maschile di età pari a 9 anni con 1.448 alunni.



Popolazione per età scolastica - 2018

PROVINCIA DI VITERBO - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Distribuzione della popolazione per età scolastica 2018

Età	Maschi	Femmine	Totale
0	1.121	999	2.120
1	1.133	1.105	2.238
2	1.182	1.176	2.358
3	1.268	1.188	2.456
4	1.292	1.189	2.481
5	1.306	1.263	2.569
6	1.380	1.241	2.621
7	1.367	1.320	2.687
8	1.422	1.353	2.775
9	1.448	1.381	2.829
10	1.429	1.293	2.722
11	1.411	1.404	2.815
12	1.355	1.308	2.663
13	1.416	1.277	2.693
14	1.379	1.274	2.653
15	1.391	1.313	2.704
16	1.407	1.340	2.747
17	1.413	1.322	2.735
18	1.410	1.298	2.708

Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Indicatori economici relativi alla ricchezza della popolazione della provincia di Viterbo

Nel corso del 2017 la provincia di Viterbo ha evidenziato un andamento altalenante, con qualche indicatore di segno negativo, ed altri lievemente positivi beneficiando dell'andamento dell'economia italiana, anch'essa positiva, anche se con ritmi meno sostenuti rispetto a molti altri Paesi europei.

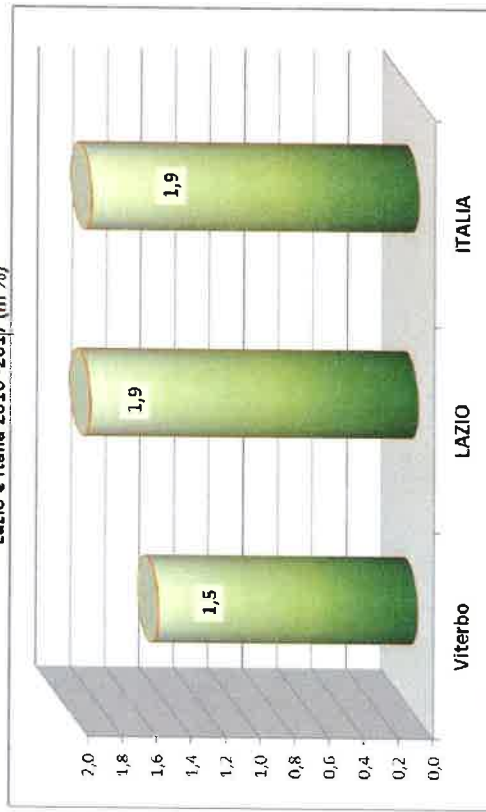
Uno dei principali indicatori in grado di sintetizzare l'andamento economico di un territorio è il valore aggiunto, che rappresenta la capacità del sistema locale di produrre ricchezza. Nel 2017 il suo valore si attesta per la provincia di Viterbo a 6.010,04 milioni di euro. La variazione con il 2016 è stata del +1,5%, a fronte di un +1,9% per l'economia regionale e nazionale.

La crescita del Valore Aggiunto in Italia è dovuta per una parte dall'incremento dell'export e una parte dalla domanda interna. La Toscana, tuttavia, non ha potuto contare sulla domanda estera, infatti dopo molti anni di crescita anche il 2017, come il 2016 presenta una variazione delle esportazioni negativa (-3,4%). Il calo è per lo più dovuto a quei settori che sono cresciuti molto negli anni scorsi, agricoltura (-2,2%), industria alimentare (-9,4%) e tessile abbigliamento (-18%), mentre l'importante settore della ceramica che rappresenta oltre il 25% dell'export complessivo, segna un buon +5%. Accanto alle esportazioni, l'economia viterbese registra una variazione negativa (-7,4%) anche delle importazioni, che indica anche uno scarso livello dei consumi interni nel 2017.

Occorre evidenziare un certo ritardo dell'economia della provincia di Viterbo, con il valore aggiunto pro-capite di molto inferiore alla media nazionale (18,89 mila euro a Viterbo e 25,5 mila euro 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 vocazioni del sistema produttivo locale, alla conformazione territoriale e urbanistica, alla dotazione infrastrutturale nonché alla localizzazione geografica.

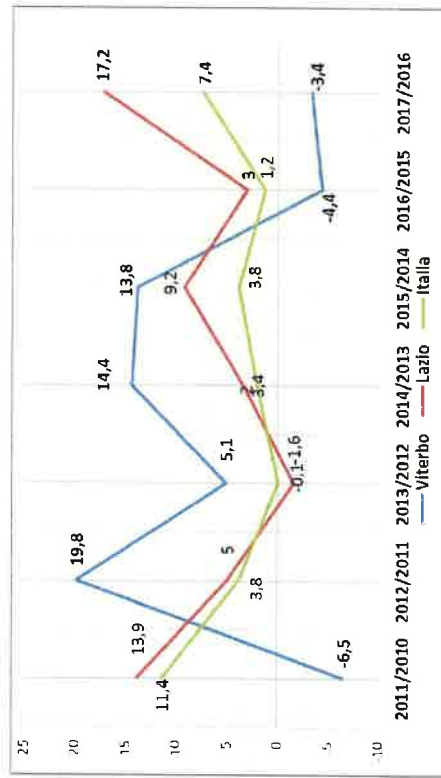
Fonte: Camera di Commercio Viterbo "17° Rapporto sull'economia della Tuscia Viterbese 2017".

Variazione del valore aggiunto a prezzi correnti in provincia di Viterbo, Lazio e Italia 2016 -2017 (in %)



Fonte: Elaborazione CCIAA su dati Istat e Unioncamere-Istituto Guglielmo Tagliacarne

Andamento delle esportazioni in provincia di Viterbo, Lazio e Italia 2011 - 2017 (in %)



Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

Tasso di disoccupazione per età (15-65) anni - 2017

La tabella in basso rappresenta il tasso di disoccupazione (15-65 anni) 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 (-0,4%), ed è diminuito anche il numero dei disoccupati (-15,3%), con un tasso di disoccupazione che si attesta al 13%, in discreto calo anche se continua ad evidenziare valori comunque superiore alla media nazionale. La cosa più preoccupante riguarda sempre le componenti più deboli su questo versante, la componente femminile e i giovani. Le differenze appaiono evidenti se si considera che a Viterbo, l'occupazione maschile (66,4%) supera di oltre 20 punti percentuali quella femminile (46,1%), frutto di un sistema che tende a sfavorire la componente femminile e che non incentiva, insieme ad altri fattori, l'inserimento delle donne nel mercato del lavoro.

Nel 2017 il tasso di disoccupazione è attestato al 13% mentre il tasso di disoccupazione femminile è risultato del 14,1%, due punti in più rispetto all'analogo dato maschile (12,2%)

Fonte: Camera di commercio Viterbo "17° Rapporto sull'economia della Tuscia Viterbese 2017"

Principali indicatori del mercato del lavoro suddivisi per genere nelle province laziali, nel Lazio ed in Italia nel 2017 (Valori in %)

	tasso di occupazione			tasso di attività			tasso di disoccupazione		
	15-64 anni			15-64 anni			disoccupazione		
	maschi	femmine	totali	maschi	femmine	totali	maschi	femmine	totali
Viterbo	66,4	46,1	56,3	75,8	53,8	64,8	12,2	14,1	13,0
<i>Lazio</i>	<i>69,1</i>	<i>52,9</i>	<i>60,9</i>	<i>76,9</i>	<i>59,9</i>	<i>68,3</i>	<i>9,9</i>	<i>11,6</i>	<i>10,7</i>
ITALIA	67,1	48,9	58,0	75,0	55,9	65,4	10,3	12,4	11,2

Fonte: Elaborazione Istituto Tagliacarne su dati ISTAT

Popolazione con cittadinanza straniera

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

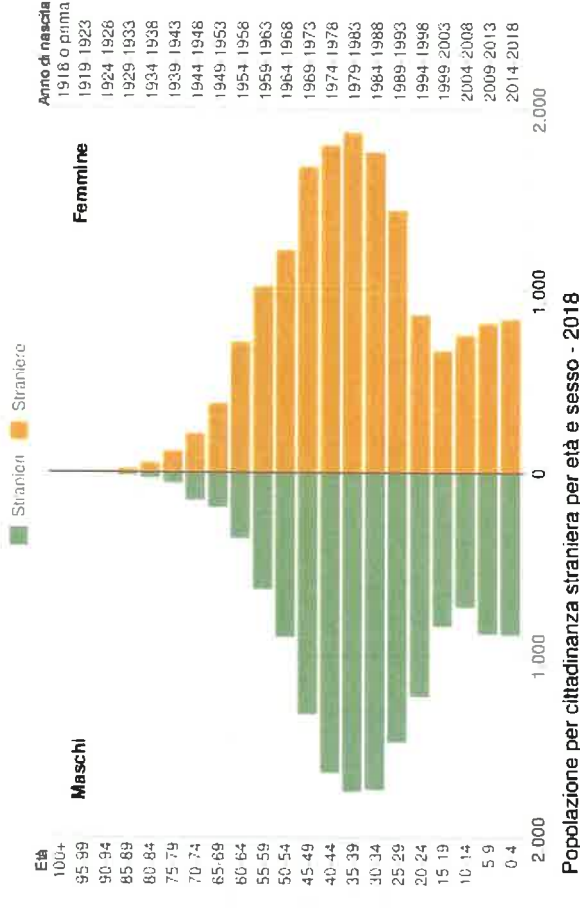
La quota di persone con cittadinanza all'estero e residenti nella provincia (cittadini stranieri regolari) è progressivamente cresciuta negli ultimi 10 anni (tabella in basso a destra). Gli stranieri residenti in provincia di Viterbo al 1° gennaio 2018 sono 31.158 e rappresentano il 9,8% della popolazione residente.

Tali dati ci mostrano come la popolazione immigrata sia diventata una componente strutturale nel territorio con una maggiore presenza femminile (16.251 donne contro 14.907 uomini).

Il confronto tra i dati al 1° gennaio 2018 rispetto all'anno precedente mostra, infatti, una presenza sul territorio in aumento.

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 2018 su dati ISTAT.



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2018

PROVINCIA DI VITERBO - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

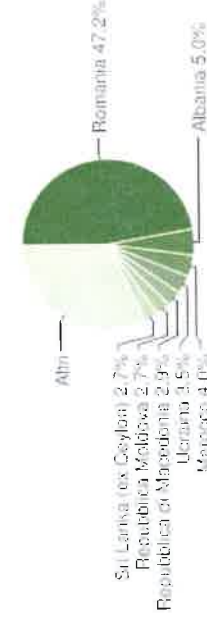
(*) post-censimento

Distribuzione per area geografica della popolazione con cittadinanza straniera

Il grafico a sinistra indicano la percentuale degli stranieri residenti nella provincia di Viterbo con il dettaglio dei paesi di origine.

Il grafico a destra, invece, mostra lo stato di provenienza dei cittadini stranieri. La comunità straniera rappresenta il 9,4 % della popolazione. Il principale continente di origine è l'Europa (71,2%). Nel dettaglio, i maggiori paesi di provenienza sono la **Romania** con il 47,2% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (5,0%) e dal **Marocco** (4,0%).

Distribuzione per area geografica di cittadinanza



Fonte: Dati ISTAT 1° Gennaio 2017 - TUTTAITALIA.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 2017 su un totale di 2.101 nascite, 325 riguardavano nuovi nati stranieri (15,47% 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. L'analisi, partita in via sperimentale su 5 comuni, nel corso del 2017 è stata estesa su tutto il territorio provinciale. 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 Atto Aziendale approvato con DCA n. U00115/2015). 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, a seguito dell'analisi sui bisogni del target selezionati (minori, famiglie problematiche, disabili adulti, migranti, anziani, etc..) si è ottenuto il profilo di salute dell'intero territorio ASL VT da confrontare con la rete dell'offerta. I profili di salute sono stati approvati con deliberazione del D.G. n.

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).

Dati e tabelle forniti da UO Governo della domanda distretto B
Fonte: SIA ASL Viterbo

Cause di ricovero	Quadriennio : Anni 2013 – 2016			tot. Quadrien.
	Distretto A	Distretto B	Distretto C	
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

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

Il Profilo di Salute fornendo informazioni sulla salute pubblica e sui fattori che la determinano può essere utilizzato come strumento di conoscenza epidemiologica che permette ai vari stakeholders di valutare l'efficacia delle azioni e il loro impatto sulla salute; mettere in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e tendere a 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 dare informazioni utili in merito ai **determinanti distali**, di natura socio-economica ed ambientali; ai **determinanti prossimali**, legati ai comportamenti individuali e dei gruppi determinati da scelte personali e dai determinanti di salute; **alle principali malattie e cause di morte della popolazione** condizionati; di descrivere le principali cause di morte nella nostra Provincia (conseguenze dell'effetto combinato dei determinanti distali, prossimali e di fattori immodificabili di natura genetica) e alla **rete dell'offerta** che l'Azienda fornisce all'utente.

Metodo

Per la descrizione dei singoli ambiti sono stati utilizzati in maniera integrata molteplici flussi e fonti di dati , represso informazioni sia a livello di Azienda che a livello di distrettuale; sono state utilizzate, dove possibile, informazioni relative all'andamento nel tempo dei fenomeni e sono stati eseguiti accurati confronti con i dati regionali e nazionali tenendo conto, laddove richiesti, anche di 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 questo processo è stata la stesura dei Profili di salute della ASL di Viterbo basato sull'esame del contesto epidemiologico, reso noto con delibera n. 828 del 22 maggio 2018 .

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 inespressi (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, Tessennano, 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 depauperamento 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 Distretto 2. 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 Vt/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 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 conterrane. 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 traumas 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 (l'8,4 che si colloca in una posizione intermedia tra quello regionale (l'8,6) e quello nazionale (l'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, ciò, 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 monocoltura 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.

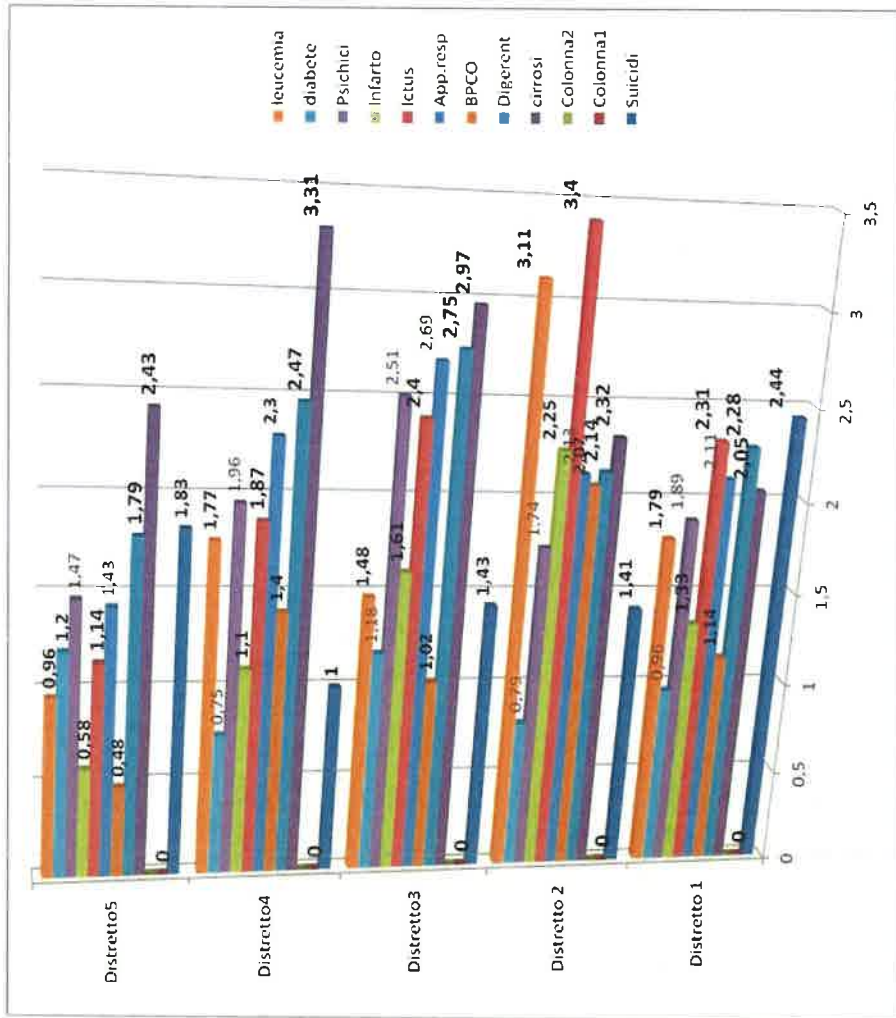
Nella mortalità per ictus, per malattie dell'Apparato respiratorio, per quelle dell'Apparato Digerente e per Cirrosi questo Distretto si colloca sui valori medi aziendali. Occorre ricordare che queste cause di mortalità costituiscono un vero problema per tutta la nostra Azienda, un problema che investe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

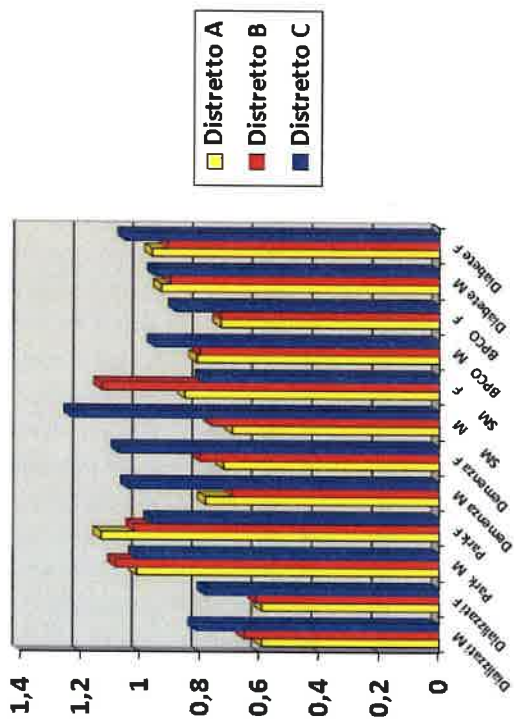
La frequenza per le altre patologie riportate nelle tabelle (diabete, BPCO, Parkinson e IMA) vede questo Distretto collocarsi su valori medi regionali, ma superiori a quelli degli altri Distretti della nostra Asl.

Rischio relativo (M+F) mortalità Distretti



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

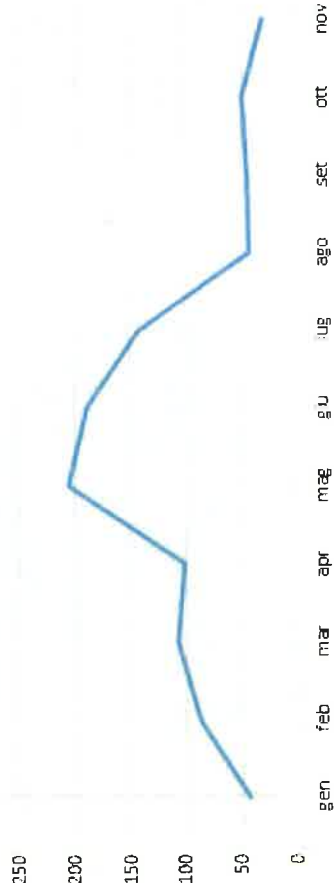
Prevalenza delle principali patologie (rischio relativo)



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

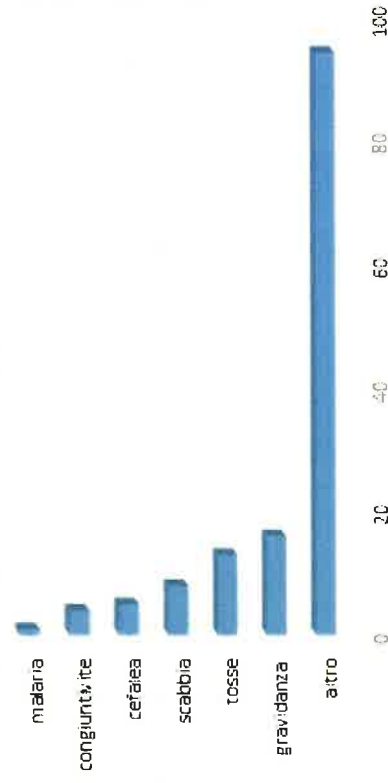
Persone richiedenti asilo

Andamento visite screening 2017



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

Screening: problematiche sanitarie più frequenti 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 proflessi 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.

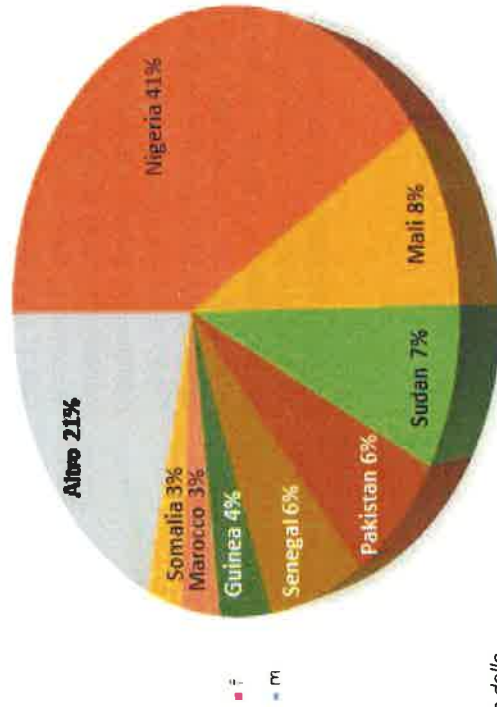
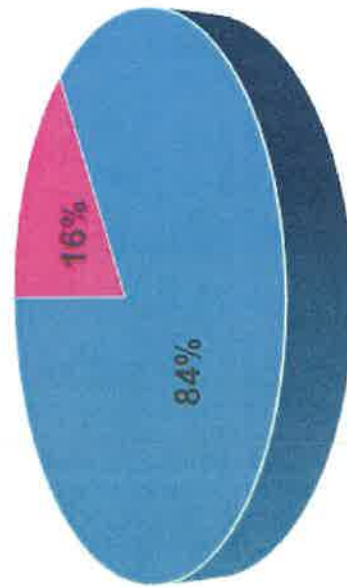
Dal 1° gennaio 2017 risultano infatti ben 1488 le persone sottoposte a screening, con il picco più alto nel mese di maggio (tabella in alto).

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 2017

I dati riportati nei grafici a torta rappresentano quanto rilevato dal triage sanitario all'arrivo dei richiedenti asilo a Orte. 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 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 ambulatoriali predisposto dalla Regione Lazio. Tale sistema di rilevazione dei tempi di attesa monitora ogni settimana le visite e gli esami diagnostici. In particolare i dati riportati si riferiscono alle prime visite e agli esami strumentali, diviso per classe di priorità: urgente, breve e differibile. Per ogni prestazione viene indicata la percentuale di prenotazioni effettuate con tempo di attesa entro gli standard regionali:

72	ore	per	le	urgenti;
10	gg.	per	le	brevi;
30	gg.	per	le	differibili;
60gg.	per	le	visite	differibili;
			strumentali	differibili.

L'indice TDA (rapporto tra il numero delle prenotazioni evase nei tempi prestabiliti rispetto al numero totale delle prenotazioni) varia in tempo reale a seconda della selezione effettuata.

Il colore verde	indica	il	rispetto	dei	tempi	per	almeno	il	90%	del	totale	delle	prenotazioni;						
Il colore giallo	indica	che	le	prenotazioni	entro	lo	standard	sono	comprese	tra	50-89%;								
Il colore rosso	indica	che	le	prenotazioni	entro	lo	standard	sono	minori	dei	50%	sul	totale	delle	prenotazioni	per	il	periodo	selezionato.

Nelle tre settimane prese a campione (ultimo dato disponibile) si registra un buon risultato dei tempi di attesa sia per le visite che per le prestazioni diagnostiche erogate, dovuto anche ad una revisione nella gestione delle agende e agli interventi in regime di ricovero ordinario.

MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA (TDA)

Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO

Indice TDA (Tempi d'attesa): ● ROSSO < 50% ● GIALLO ≥ 50% < 90% ● VERDE ≥ 90%

ELENCO PRESTAZIONI	dal 03/12/2018 al 09/12/2018	dal 25/11/2018 al 02/12/2018	dal 19/11/2018 al 25/11/2018
VISITA CARDIOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	90,0 %	100,0 %	91,7 %
VISITA ENDOCRINOLOGICA	92,3 %	100,0 %	100,0 %
VISITA NEUROLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA OCULISTICA	89,3 %	100,0 %	91,3 %
VISITA ORTOPEDICA	96,7 %	100,0 %	100,0 %
VISITA GINECOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA UROLOGICA	88,9 %	88,9 %	100,0 %
VISITA DERMATOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA FISIATRICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA GASTROENTEROLOGICA	76,9 %	100,0 %	100,0 %
VISITA ONCOLOGICA	100,0 %		
VISITA PNEUMOLOGICA	50,0 %	100,0 %	72,7 %
MAMMOGRAFIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	94,1 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE			100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE			100,0 %

Fonte dati: www.salutelazio.it/monitoraggio-tempi-di-attesa

MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA (TDA)

Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO

Indice TDA (Tempi d'attesa): ● ROSSO < 50% ● GIALLO ≥50% < 90% ● VERDE ≥ 90%

ELENCO PRESTAZIONI	dal 03/12/2018 al 09/12/2018	dal 26/11/2018 al 02/12/2018	dal 19/11/2018 al 25/11/2018
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	95,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME COMPLETO	100,0 %	90,0 %	88,9 %
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO		100,0 %	71,4 %
TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO	42,9 %	100,0 %	57,1 %
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	100,0 %		100,0 %
RMN PELVI, PROSTATA E VESCICA	80,0 %	100,0 %	100,0 %
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	77,8 %	100,0 %	77,8 %
RMN COLONIMA VERTEBRALE	85,7 %	100,0 %	85,7 %
ECOGRAFIA CAPO E COLLO	88,9 %	81,3 %	100,0 %
ECOCOLORDOPPLER CARDIACA			

MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA (TDA)

Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO

Indice TDA (Tempi d'attesa): ■ ROSSO < 50% ■ GIALLO ≥50% <90% ■ VERDE ≥ 90%

ELENCO PRESTAZIONI	dal 09/12/2018 al 09/12/2018		dal 26/11/2018 al 02/12/2018		dal 19/11/2018 al 25/11/2018	
ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI	46,2 %	90,9 %			71,4 %	
ECOCOLORDOPPLER DEI VASI PERIFERICI	37,5 %	90,9 %			100,0 %	
ECOGRAFIA ADDOME	73,1 %	91,7 %			86,2 %	
ECOGRAFIA MAMMELLA	83,3 %	100,0 %			94,7 %	
COLONSCOPIA	91,3 %	97,3 %			91,7 %	
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	0,0 %	100,0 %			100,0 %	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	78,6 %	100,0 %			83,9 %	
ELETTROCARDIOGRAMMA	100,0 %	100,0 %			100,0 %	
ELETTROCARDIOGRAMMA D NAMICO (HOLTER)	100,0 %	100,0 %			100,0 %	
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	100,0 %	100,0 %			100,0 %	
AUDIOMETRIA	100,0 %	100,0 %			100,0 %	
SPIROMETRIA						
ELETTROMIOGRAFIA	100,0 %	100,0 %			100,0 %	

Fonte dati: www.salutelazio.it/monitoraggio-tempi-di-attesa

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 socio-sanitario 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 socio-sanitario 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 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

La successiva 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.

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.

AMBITO	PERCORSO/RETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI RIFERIMENTO
organizzazione	POOL INFERMIERISTICO vaccinale e radiologico interventistico	del.ne 955 del 20/6/2017	DCA 89/2017
organizzazione	RIMODULAZIONE POSTI LETTO RETE OSPEDALIERA ASL VITERBO	del.ne n. 731 del 2/5/2018	DCA 257/2017
organizzazione	ATTO DI RIMODULAZIONE AREA MEDICA PER INTENSITA' DI CURA	del.ne n. 822 del 21/5/2018	DCA 52/2018
organizzazione	PIANO RIORGANIZZAZIONE SORVEGLIANZA HIV E AIDS	del.ne 1053 del 20/6/2018	DCA 30/2018
REGOLAMENTI	APPROVAZIONE NUOVO REGOLAMENTO CIO E NOMINA COMPONENTI	del.ne n. 1864/2018	
RETI	la rete riabilitativa aziendale	del.ne 1422 del 22/8/2017	DCA 159 DEL 13/5/2016
RETI	rete terapia del dolore e cure palliative	del.ne 357 del 20/3/2017 - revisione con del.ne 654 del 19/4/2017	DCA 568/2015 e DCA 360/2016
RETI	rete cardiologica	del.ne 485/2016	DCA 412/2014
RETI	rete radiologica aziendale	del.ne 602/2014	
RETI	rete dei laboratori di genetica medica	del.ne 717/2016	DCA 549 DEL 18/11/2015
RETI	rete dei laboratori		DCA 219/2014
RETI	rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (MAD)	del.ne D. G. n. 1009 del 4/8/2016	
RETI	rete reumatologica aziendale		
RETI	rete dermatologica		
RETI	rete Odontoiatrica	del.ne 1625 del 18/9/2017	DCA 586/2015
rete onco	ptta carcinoma della mammella - breast unit	del.ne 1015/2013	
rete onco	istituzione G.O.M (gruppi multidisciplinari oncologici ASL VT	del.ne 655/2017	
rete onco	PIC COLON RETTO	del.ne 655 del 26/4/2017	DCA 30/2017
rete onco	percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il tumore del polmone	del.ne 29 del 18/1/2017	
rete onco	rete oncologica: percorso terapeutico dei pazienti candidati a trattamento con Xofigo		
rete onco	rete assistenziale del tumore del polmone	del.ne 81/2015	DCA 419/2015
rete onco	rete endocrinologica aziendale PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON NODULO TIROIDEO	proposta n. 2121 del 22/10/2018	
rete onco	PDTA PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATICA	del.ne 1044 del 20/6/2018	DCA 358 DEL 28/8/2017
rete chirurgica	rete chirurgica	del.ne 239/2016	DCA 368/2014
rete chirurgica	U.P.A.C. (unità di programmazione dell'attività chirurgica) e percorsi di prospezializzazione	del.ne 1000 del 1/9/2016	
PERCORSI APPROPRI	percorso sclerosi multipla	del.ne 796/2016	DCA 386/2014
PERCORSI APPROPRI	percorso autorizzativo assistenza protesica	del.ne 390/2016	DCA 384 DEL 4/8/2015
PERCORSI APPROPRI	Obesity Unit e ambulatorio integrato D.A.	PROPOSTA DEL NE 2131 DEL 23/10/2018	
PERCORSI APPROPRI	PROTOCOLLO ACCERTAMENTI PER OMICIDIO STRADALE	del.ne 1621 del 19/9/2018	DCA 80/2016
PERCORSI APPROPRI	percorso per l'appropriatezza diagnostica endoscopica		DCA 288/2016 e L. 41/2016
PERCORSI APPROPRI	percorso per l'appropriatezza diagnostica di immagini	del.ne 351/2016	DCA 437 DEL 28/10/2013 e D.M. del 9/12/2015
PERCORSI APPROPRI	PROCEDURA RISONANZA MAGNETICA IN PORTATORI DI PACE MAKER	del.ne 271/2016	DCA 437 DEL 28/10/2013 Direttiva Unione Europea 2007/147/CE
PERCORSI APPROPRI	appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali	del.ne 1949 del 30 ottobre 2018	
PERCORSI APPROPRI	Patient Blood Management	del.ne 525 del 18/4/2016; del.ne 1009 del 4/8/2016	
PERCORSI APPROPRI		del.ne 264/2018	DCA 113/2017

AMBITO	PERCORSO/RETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI RIFERIMENTO
salute donna	percorso nascita per la gravidanza fisiologica	del.ne 67/1/2015	DCA 152/2014
salute donna	percorso nascita - riorganizzazione della rete consultoriale della ASL di VT	del.ne CS 67/1/2015	DCA 152 DEL 12/5/2014
salute donna	PERCORSO PARTO A DOMICILIO	del.ne 1020 del 22/6/2017	DCA 395/2016
salute donna	PERCORSO PERIPARTUM	del.ne 1601 dell'11/9/2017	1527/2014
violenza	procedura assistenza vittime violenza di genere "Non avere paura"	del.ne 333/2016	DCA 152 DEL 12/5/2014
violenza	NON AVER PAURA Hospedale	del.ne 333 del 7/3/2016	DCA 152/2015
violenza	NON AVER PAURA Territorio	del.ne 1019 del 22/6/2017	DCA 152/2015
violenza	procedura violenza sui minori	del.ne 806/2016	L. 208 del 28/12/2015
ASSOCIAZIONISMO	tavolo del volontariato	del.ne 1148 del 20/9/2016	
migranti	azienda migrant friendly	del.ne 1524 del 25/11/2016	
migranti	procedura per la gestione emergenza migranti	del.ne 1141 del 20/9/2016	
tempodip	pdia ictus e trombolisi	del.ne 305/2015	DCA 75/2010; DCA 90/2010
tempodip	procedura trauma maggiore	del.ne 1899/2017	DCA 412/2014; DCA 368/2014
tempodip	protocollo provinciale infarto del miocardio e percorsi cardiologici	del.ne 660 del 18 aprile 2018	
p.s.	protocollo bed management	del.ne 952/2016	
p.s.	PATIENT MANAGEMENT NEL P.S. BELCOLLE	del.ne 111 del 29/1/2018	
p.s.	percorsi fasttrack al P.S. Belcolle	del.ne 938/2016	DCA 412/2014
territorio	Attivazione dei programmi attività Territoriali (PAT)	del.ne 644/2016	
territorio	Modello condiviso per la valutazione dei bisogni territoriali	del.ne 90 del 18/1/2016	
territorio	modello organizzativo del PUA	del.ne 1313 del 23/7/2018	DGR 149/2018
cronicità	pdta scompenso cardiaco	del.ne 338/2014	
cronicità	pdta diabete	del.ne 986/2013	
cronicità	PIC DIABETE	del.ne 369 del 28/2/2018	DCA 561/2015; DCA 113/2016
cronicità	PIC BPCO	del.ne 367 del 28/2/2018	DCA 113/2016
cronicità	PIC SCOMPENSO CARDIACO	del.ne 366 del 28/2/2018	Piano Nazionale per la Prevenzione delle malattie cardiovascolari 2009/2013
cronicità	PIC TAO	del.ne 368 del 28/2/2018	
psichiatria	percorsi di presa in carico minori e giovani adulti con problemi Psichiatrici, dipendenze sottoposti a procedimento penale	del.ne 699/2016	
psichiatria	PERCORSO TUTELA SALUTE MENTALE ADULTO IN AMBITO PENITENZIARIO - istituzione tavolo tecnico	del.ne n. 371 del 28/2/2018	DCA n. U00563/2017
psichiatria	PIANO LOCALE RISCHIO SUICIDIO IN CARCERE	del.ne 1386 del 30/7/2018	DCA 563/2017
psichiatria	PDTA GESTIONE DELLE URGENZE IN PSICHIATRIA	del.ne 1045 del 20/6/2018	
psichiatria	procedura per interventi di riabilitazione psichiatrica: il budget di salute	del.ne 1380 del 30/7/2018	
PREVENZIONE	Piano di Prevenzione Aziendale	del.ne 1865 del 29/1/2016	DCA 593/2015
PREVENZIONE	Piano Aziendale Miglioramento screening mx e colon retto	del.ne D.G. 1867 del 29/12/2016	DCA 309/2015 E DCA 593/2015
minori	Centro Provinciale disturbi Spetto Autistico	del.ne 1018 del 22/6/2017	DCA 457 del 22/12/2014
minori	Centro di Riferimento per le Paralisi Cerebrali Infantili	del.ne 1081 del 5/7/2017	

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

Linee di attività 2015	Indicatori	1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.
Assistenza	- n° medici che effettuano A.D.P.	162	167	163	163
	- n° medici MMG	212	211	211	211
Domiciliare	- n° visite per A.D.P.	14457	12934	12681	13752
	- n° pazienti in A.D.P.	4023	4062	3846	4156
Programmata	- n° pazienti in A.D.I.A.I.	33	37	40	41
	- Spesa trimestrale per ADIAI	€ 522.983,09	€ 562.640,09	€ 585.358,49	€ 595.239,69

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
Programmata	- n° pazienti in A.D.I.A.I.	43	36	39	38
	- Spesa trimestrale per ADIAI	€ 593.015,88	€ 588.490,19	€ 618.327,36	€ 633.344,17

Linee di attività 2017	Indicatori	1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.
Assistenza	- n° medici che effettuano A.D.P.	174	172	172	174
	- n° medici MMG	258	240	297	205
Domiciliare	- n° visite per A.D.P.	16376	14092	18553	11927
	- n° pazienti in A.D.P.	5884	5754	5898	5658
Programmata	- n° pazienti in A.D.I.A.I.	41	39	40	44
	- Spesa trimestrale per ADIAI	€ 760.013,01	€ 768.457,58	€ 776.902,18	€ 770.568,73

Linee di attività 2018	Indicatori	1° trim.	2° trim.	3° trim.
Assistenza	- n° medici che effettuano A.D.P.	175	168	173
	- n° medici MMG	157	153	153
Domiciliare	- n° visite per A.D.P.	10794	10451	9881
	- n° pazienti in A.D.P.	5634	6190	5918
Programmata	- n° pazienti in A.D.I.A.I.	43	44	43
	- Spesa trimestrale per ADIAI	€ 770.568,73	€ 770.568,73	€ 770.568,73

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 a sinistra 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.

Rilevazione attività consultoriale

Il consultorio familiare, luogo della prevenzione e della cura del disagio legato al ciclo di vita personale e di coppia, ha tra i compiti istituzionali primari, il sostegno alla donna, 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, essi non sono residui del passato, ma fondamentali 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.

	Distretto A	Distretto B	Distretto C	Totale ASL
Percorso Nascita (gennaio settembre 2018)				
N. schede accoglienza	461	467	480	1408
N. agende consegnate	310	467	312	1089
N. certificazioni	51	29	79	159
N. tamponi vaginali	51	0	75	126
N. sedute individuali di rieducazione perineale in puerperio	4	0	0	4
N. incontri di gruppo di rieducazione perineale in puerperio	2	0	0	2
n. Visite ostetriche G	340	602	210	1152
n. Visite ostetriche O	58		15	73
n. Consulenze G	56	57	156	269
n. Consulenze O	161	215	147	523
n. di CAN iniziati nel trimestre	9	6	7	22
N. tagli cesarei (CAN)	42	36	25	103
N. donne che allattano al seno ad 1 mese (CAN)	178	178	109	465
N. donne che allattano al seno ad 3 mesi (CAN)	133	165	97	395
N. donne che allattano al seno ad 6 mesi (CAN)	109	86	61	256
N. consulenze post-partum (CAN)	323	70	113	506
N. consulenze post-partum totale	374	108	151	633
N. Accessi donne/bambini al gruppo di auto aiuto	53	691	25	769
N. primi accessi donne/bambini che partecipano al gruppo di auto aiuto	26	46	6	78
N. campagne attivate riguardanti la promozione protezione e sostegno dell'allattamento	2	0	0	2

Percorso Salute Sessuale e Riproduttiva (gennaio settembre 2018)

	Distretto A	Distretto B	Distretto C	Totale ASL
N. schede accoglienza	1930	2133	842	4905
di cui straniere	229	456	208	893
N. accessi donne in età fertile (15 - 49 anni) residenti nella ASL	1702	1364	1582	4648
di cui accessi di donne straniere	331	456	485	1272
N. visite ginecologiche	2027	1830	1103	4960
N. consulenze G	187	11	160	358
N. consulenze O	974	730	969	2673
N. tamponi vaginali	76	0	29	105
N. sedute individuali di rieducazione perineale	13	0	48	61
N. incontri di gruppo di rieducazione perineale	0	0	9	9
N. campagne attivate riguardanti la promozione della salute e corretti stili di vita.	0	0	2	2

Percorso per la donna che richiede IVG (gennaio settembre 2018)

	Distretto A	Distretto B	Distretto C	Totale ASL
N. schede accoglienza	43	62	53	158
N. richieste IVG	39	62	53	154
di cui straniere	10	21	17	48
N. totale colloqui per IVG	39	62	75	176
N. colloqui per IVG che esitano nella prosecuzione della gravidanza	2	7	2	11
N. colloqui Assistente Sociale	2		4	6
N. certificazioni IVG	28	55	47	130
di cui straniere	12	21	17	50
N. visite post IVG	20	14	21	55
di cui straniere	10	3	9	22
N. donne prese in carico con il percorso IVG (dalla certificazione al controllo post IVG)	4		20	24
N. totali richieste di IVG > 90 gg	1		0	1

Percorso per la minore che richiede IVG (gennaio settembre 2018)

N. schede accoglienza	Tot. ASL
N. richieste IVG	4
di cui straniere	4
N. totale colloqui per IVG	1
	4

G.I.L. Adozioni (gennaio settembre 2018)

n. gruppi di orientamento all'adozione (GOA) attivati	3
n. partecipanti GOA/ n. dichiarazioni disponibilità presentate al Tribunale per Minorenni	14
n. dichiarazioni disponibilità/n. coppie prese in carico	19
n. relazioni / n. coppie prese in carico	8
n. colloqui di coppia / individuali per ciascun percorso attivato	30
n. colloqui di coppia / individuali per ciascun nucleo familiare preso in carico	30

Violenza di genere (gennaio settembre 2018)

Pronto Soccorso

Pronto Soccorso Codici Rosa attivati	47
Pronto Soccorso Codici Azzurri attivati	13

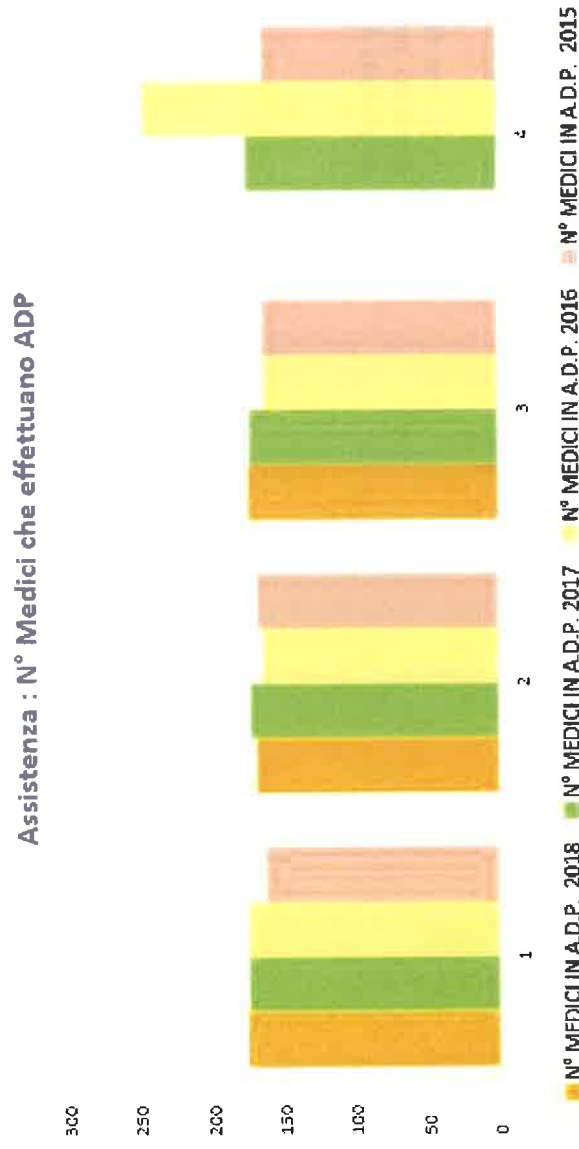
Consultorio familiare

n. segnalazioni telefoniche	1
n. accessi al consultorio familiare	30
n. prese in carico	26
n. invio a strutture	14

Percorso giovani (gennaio - novembre 2018)

Utenti visitati	Tot. ASL
Colloqui eseguiti	442
	517

Medici in assistenza domiciliare programmata (ADP) anno 2015-2018 suddivisi per trimestri

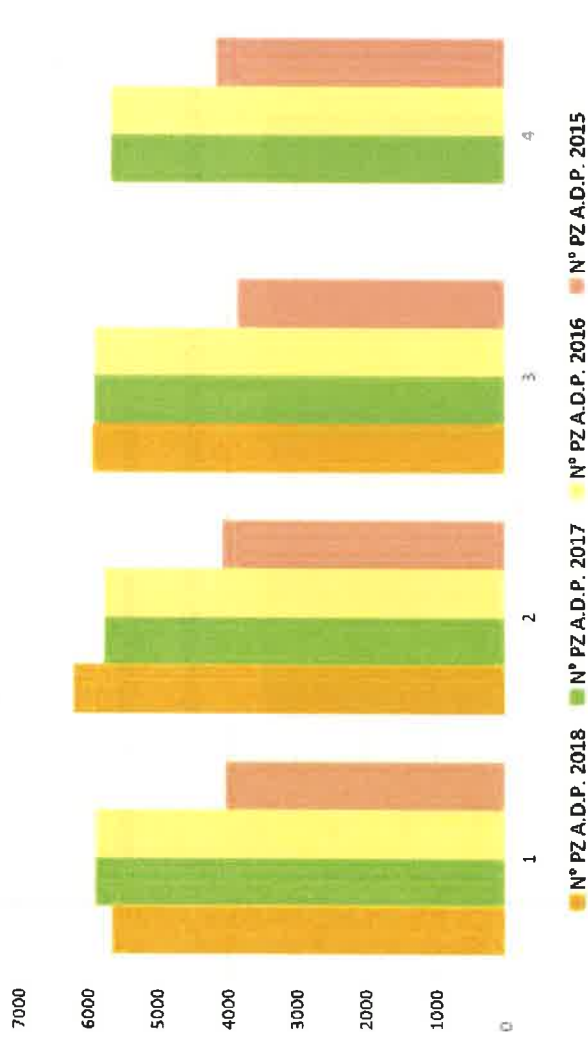


Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie

Il grafico riporta il trend a partire dal 1° trimestre 2015 fino al 3° trimestre 2018 (ultimo dato disponibile). Il numero di medici che effettuano visite domiciliari ai pazienti non deambulanti con particolari patologie croniche o invalidanti nel 2018 risulta complessivamente stabile rispetto agli anni precedenti. Ciò dimostra un notevole impiego di risorse umane nell'attività di assistenza domiciliare.

Pazienti in ADP trend dal 1° trimestre 2015 al 3° trimestre 2018

Programmata : N° pazienti in A.D.P.

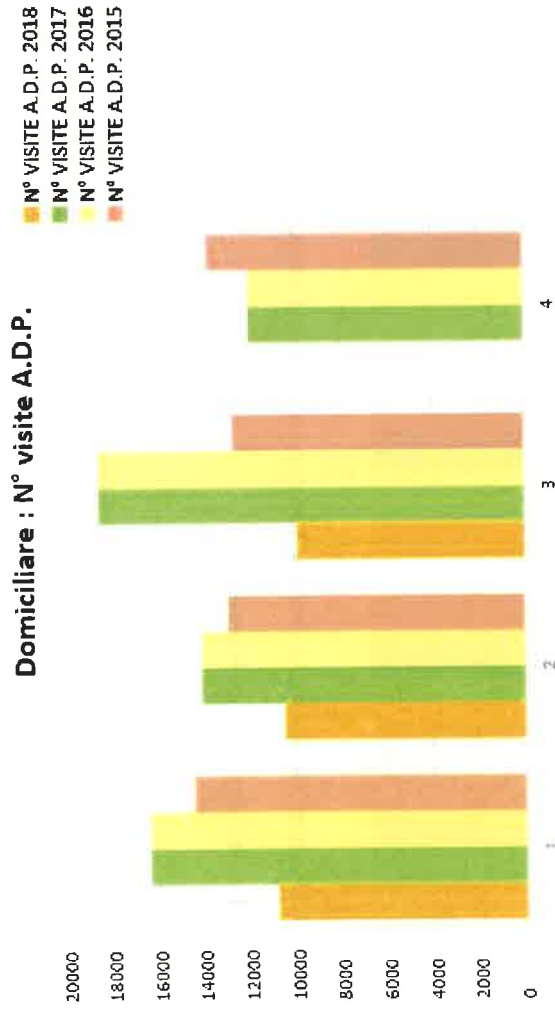


Il grafico mostra l'attività a domicilio dal punto di vista del paziente. Il trend del grafico rappresenta il numero di pazienti assistiti a partire dal 1° trimestre 2015 fino al 3° trimestre 2018 (ultimo dato disponibile).

Il numero di pazienti che ricevono prestazioni a domicilio programmate è in costante aumento negli ultimi 4 anni.

Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie

Visite in ADP 2015-2018



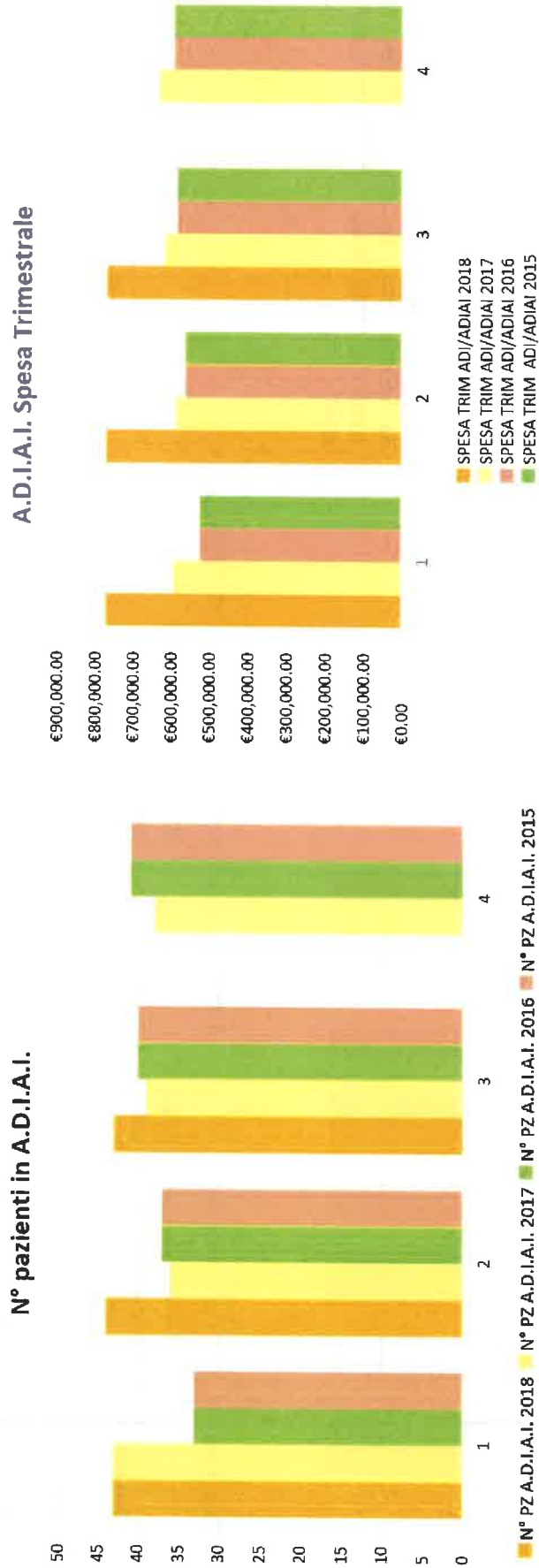
Il grafico mostra l'attività a domicilio svolta dal personale della ASL di Viterbo.

Il grafico rappresenta il numero di visite erogate nei vari trimestri a partire dal 1° trimestre 2015 fino al 3° trimestre 2018 (ultimo dato disponibile).

A fronte di un numero crescente di pazienti che necessitano assistenza domiciliare (rappresentato nella pagina precedente), la ASL ha incrementato la propria offerta: anche il numero di visite risulta incrementato negli ultimi 4 anni.

Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie

Numero pazienti e spesa trimestrale ADIAI 2015-2018



Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie

I due grafici mostrano un aumento nel 2018 rispetto al 2015 sia del numero complessivo di pazienti in ADIAI, e della relativa spesa. Tale incremento può essere giustificato dalla presa in carico di un numero maggiore di pazienti e quindi di un maggior impiego di risorse economiche da parte dell'azienda destinate all'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

Attività periodo gennaio -agosto Descrizione branche specialistiche	2016		2017		2018	
	n. prestazioni	importo	n. prestazioni	importo	n. prestazioni	importo
Cardiologia	404	€ 6.552,83	374	€ 5.894,26	594	€ 9.487,66
Malat. Endoc. del ric. e del nutr.	479	€ 6.765,14	458	€ 6.478,53	442	€ 6.256,47
Otorinolaringoiatria	391	€ 8.039,31	391	€ 8.070,31	382	€ 7.791,37
Ortopedia e Traumatologia	314	€ 6.022,24	369	€ 7.112,04	359	€ 7.509,79
Urologia	239	€ 5.028,06	263	€ 5.222,50	239	€ 4.718,20
Neurologia	149	€ 2.977,59	148	€ 3.003,43	149	€ 3.016,34
Terapia del dolore	70	€ 1.446,20	160	€ 2.809,60	123	€ 2.215,68
Psichiatria	98	€ 1.424,06	68	€ 893,38	49	€ 668,76
Ostetricia e Ginecologia	112	€ 2.117,58	110	€ 2.063,35	48	€ 983,93
CHIRURGIA VASCOLARE			22	€ 320,20	29	€ 599,14
Pneumologia					24	€ 480,34
Medicina Fisica e Riabilitazione	23	€ 178,25	22	€ 170,50	19	€ 147,25
Chirurgia generale	14	€ 281,49	9	€ 185,94	9	€ 185,94
Altra specialità					1	€ 14,46
Dermatologia					1	€ 19,46
Chirurgia plastica	10	€ 340,80	29	€ 587,26		
Totale complessivo	2.503	€ 41.173,55	2.423	€ 42.811,30	2.468	€ 44.094,79

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

L'attivazione nel corso del 2016 della casa della salute presso Soriano (inaugurata il 31/08/16) ha determinato un incremento crescente dell'attività ambulatoriale rispetto a quando la struttura era mero poliambulatorio.

Tale risultato si nota, in particolare, per le specialità di Cardiologia, Terapia del dolore e Ortopedia e Traumatologia.

Nel periodo gennaio settembre sono state registrate 280 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.

Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie

Casa della Salute di Bagnoregio

Ambulatorio n. prestazioni	TOT anno 2017	I TRIMESTRE 2018	II TRIMESTRE 2018	III TRIMESTRE 2018	GENNAIO - SETTEMBRE 2018	N. prestazioni anno 2018 stimato	2018 vs 2017 (%)
Ambulatorio Prelievi ematici	1.609	839	6.682	6.226	13.747	18.329	↑ 1039%
Ambulatorio ecografico	381	299	269	257	825	1.100	↑ 189%
Ambulatorio di Fisiatria	82	32	-	64	96	128	↑ 56%
Ambulatorio di Oculistica	810	251	253	141	645	860	↑ 6%
Ambulatorio di Dermatologia	514	184	17	147	348	464	↓ -10%
Ambulatorio di Urologia	43	28	25	27	80	107	↑ 148%
Ambulatorio di Cardiologia	518	137	155	38	330	440	↓ -15%
Ambulatorio di Ortopedia	571	130	151	197	478	637	↑ 12%
Vaccinazioni pediatriche	2.230	688	353	276	1.317	1.756	↓ -21%
PUA	120	110	183	160	453	604	↑ 403%
Ambulatorio FKT	3.160	573	887	1.120	2.580	3.440	↑ 9%
ADI FKT	724	147	387	392	926	1.235	↑ 71%
ADI Infermieristica	1.779	378	907	902	2.187	2.916	↑ 64%
Consultorio, Psicologia	178	85	108		193	257	↑ 45%
Centro Igiene Mentale	678	394	291	385	1.070	1.427	↑ 110%

Fonte: dipartimento Cure Primarie

L'attivazione della casa della salute presso Bagnoregio (marzo 2017) ha determinato un forte incremento delle attività svolte rispetto a quando la struttura era mero poliambulatorio.

Tale risultato si nota, in particolare, per le prestazioni di prelievo ematico, ecografiche, urologiche, gli accessi al PUA e al centro igiene mentale. Come evidenziato dalla tabella a fianco, infatti, la Casa della Salute si occupa di molteplici attività

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

Il Dipartimento di Salute Mentale si pone l'obiettivo di incrementare le azioni di prevenzione e di presa in carico territoriale del paziente con patologie psichiatriche, riducendo l'ospedalizzazione ai soli casi acuti e 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 strutturate con il SERD, i Distretti, il Terzo settore, la Neuropsichiatria Infantile, la Geriatria, la Riabilitazione ed il Disabile.

Gli obiettivi di programmazione per il prossimo triennio vertono ancora di più sullo sviluppo di metodi omogenei di presa in carico dei pazienti e sullo sviluppo dell'integrazione dei diversi aspetti (sociale, educativo, scolastico). Il concetto di cure integrate determina la necessità di reti virtuose 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 all'attività di raccordo con i medici di medicina generale (MMG).

Nell'ambito riabilitativo, in collaborazione con il Tavolo tecnico della Regione Lazio, il DSM sta offrendo la propria assistenza al progetto "Abitare Autonomo" per i pazienti psichiatrici gravi. 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).

Presa in carico degli utenti

CENTRO DI SALUTE MENTALE	Report DSM - anno 2017			Percentuale di paz. Gravi (scizofrenici e bipolari)
	Utenti in carico (prevalenza di periodo) - dal 01-01-2017 al 31-12-2017 con almeno un trattamento avviato	Utenti in carico (prevalenza di punto al 30/12/2017)	2017	
Distretto A - VT1	685	485	49,86%	
Distretto A - VT2	776	445	37,46%	
Distretto B - VT3	1.538	789	32,44%	
Distretto C - VT4	834	496	27,60%	
Distretto C - VT5	1.198	726	36,45%	
TOTALE CSM	5.031	2.941		

Fonte dati: elaborazioni Coordinamento SISP DSM

Le tabelle mostrano il numero di utenti presi in carico dal DSM nell'anno 2017 e nei primi 9 mesi 2018.

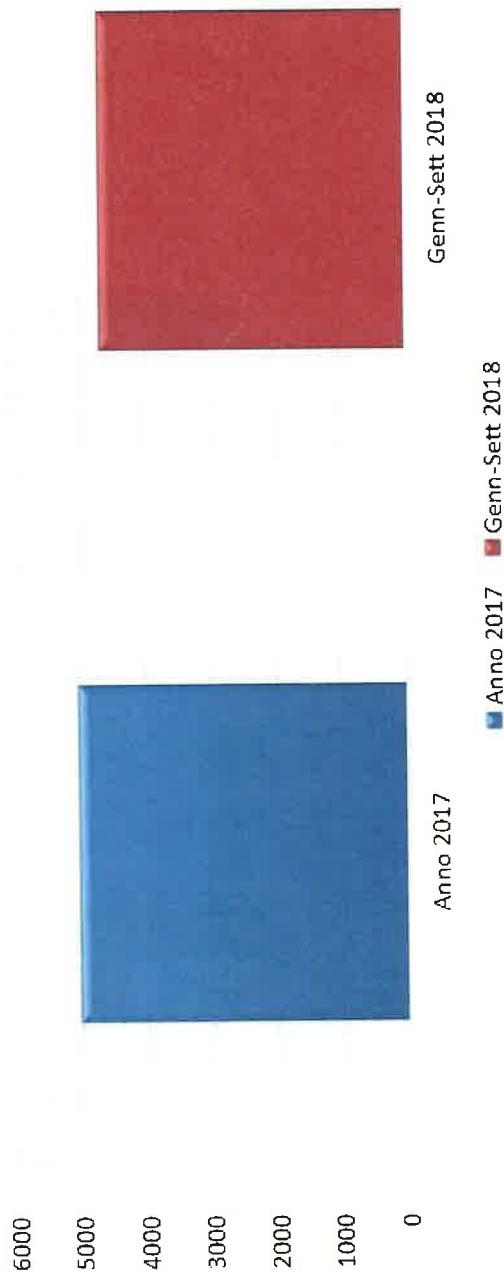
Facendo un rapporto tra il numero degli utenti presi in carico nell'anno 2017 e nei primi 9 mesi dell'anno 2018 risulta un numero abbastanza simile. Tuttavia, la percentuale di pazienti gravi risulta in aumento in particolare nel distretto A

CENTRO DI SALUTE MENTALE	Report DSM - dal 01 gennaio al 30 settembre 2018			Percentuale di paz. Gravi (scizofrenici e bipolari)
	Utenti in carico (prevalenza di periodo) - dal 01-01-2018 al 30-09-2018 con almeno un trattamento avviato	Utenti in carico (prevalenza di punto al 30/09/2018)	2018	
Distretto A - VT1	701	417	60,0%	
Distretto A - VT2	659	411	45,0%	
Distretto B - VT3	1.424	704	31,5%	
Distretto C - VT4	756	511	30,0%	
Distretto C - VT5	1.141	673	35,0%	
TOTALE CSM	4.681	2.716		

Fonte dati: elaborazioni DSM

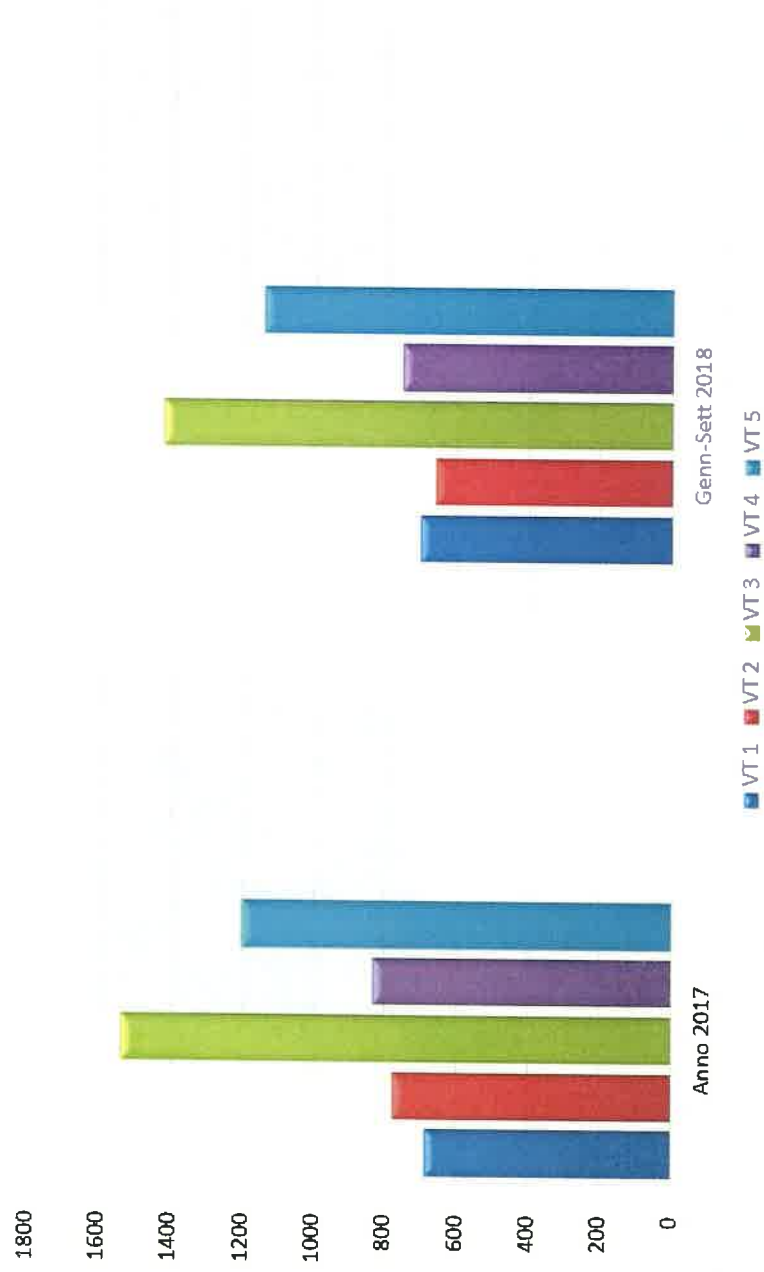
Il 2018 si caratterizza rispetto al 2017 per un aumento del trend del numero di utenti presi in carico nel DSM, dai dati si evince un numero di utenti pari a 5.031 nel 2017 e 4.681 nei primi 9 mesi del 2018 con una conferma dell'andamento positivo. L'attività di rete caratterizzata dal collegamento con le istituzioni, con gli altri servizi socio-sanitari, i distretti, la medicina del territorio, i sistemi di *primary care* e gli interventi di prevenzione hanno contribuito a un miglioramento della accessibilità e a un aumento degli utenti che si rivolgono al servizio.

Utenti in carico DSM



Fonte dati: elaborazioni DSM

UTENTI IN CARICO PER CSM

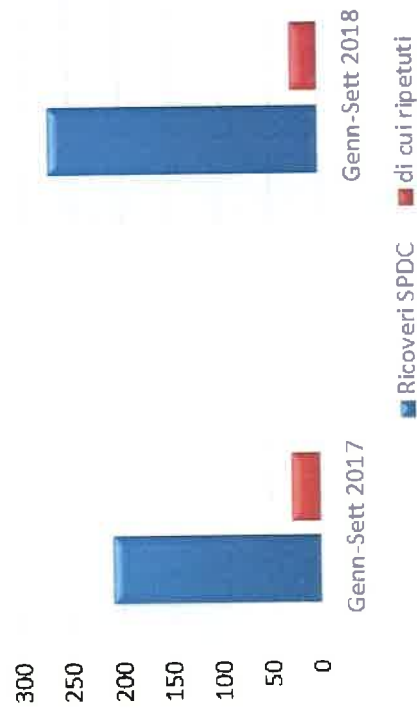


Fonte dati: elaborazioni DSM

I grafici mostrano la distribuzione dei pazienti presi in carico dai 5 CSM del territorio.

Ricoveri in SPDC

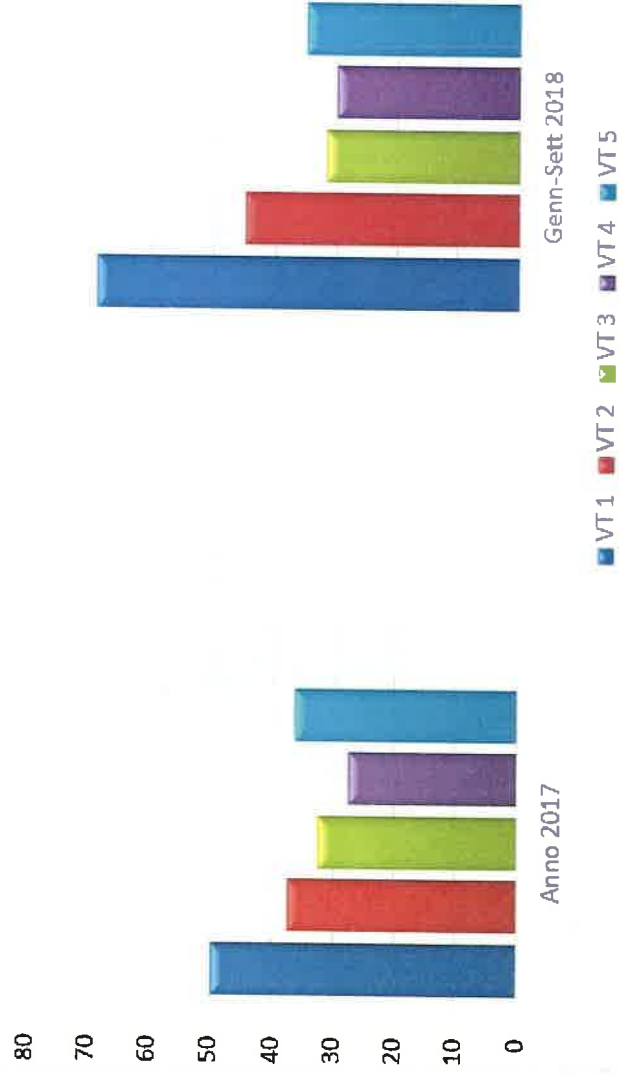
Durante il periodo gennaio settembre 2018 sono continuate le attività dell'anno precedente caratterizzate da una capillare penetrazione sul territorio dovuta ai 5 Centri di Salute Mentali (CSM) articolati in 13 ambulatori, 4 Centri Diurni e 2 Strutture Residenziali.



Fonte dati: elaborazioni DSM

I ricoveri nella U.O. SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) nel periodo gennaio-settembre 2018 sono stati complessivamente 272 di cui 27 ripetuti (9,9%). Dal grafico si nota una diminuzione dei ricoveri ripetuti in SPDC rispetto allo stesso periodo 2017 (14% con 210 ricoveri di cui 30 ripetuti).

Percentuale di pazienti gravi: disturbo schizofrenico e disturbo bipolare



Fonte dati: elaborazioni DSM

Il grafico mostra la percentuale di pazienti gravi nei 5 CSM dove sono presi in carico. Il CMS relativo a VT1 presenta pazienti con maggiore incidenza di disturbi schizofrenici e bipolari. Il dato risulta in aumento rispetto al 2017.

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-settembre 2018

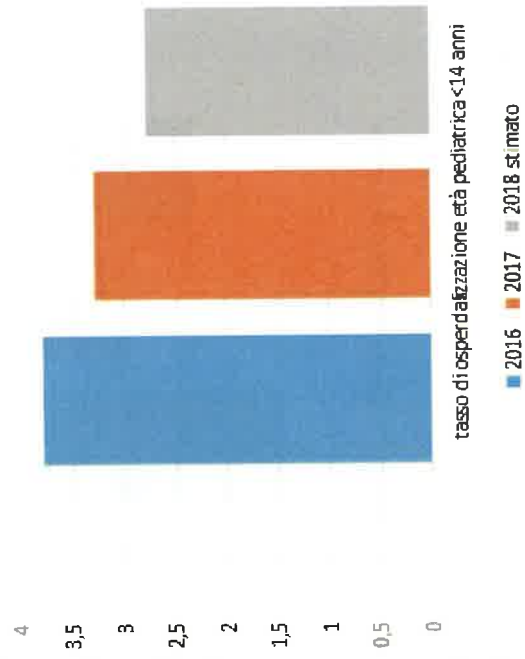
Percorso Nascita	Distretto A	Distretto B	Distretto C	Totale ASL
N. donne che allattano al seno ad 1 mese (CAN)	178	178	109	465
N. donne che allattano al seno ad 3 mesi (CAN)	133	165	97	395
N. donne che allattano al seno ad 6 mesi (CAN)	109	86	61	256
N. consulenze post-partum (CAN)	323	70	113	506
N. consulenze post-partum totale	374	108	151	633
N. Accessi donne/bambini al gruppo di auto aiuto	53	691	25	769
N. primi accessi donne/bambini che partecipano al gruppo di auto aiuto	26	46	6	78

Fonte: Go.P.S.

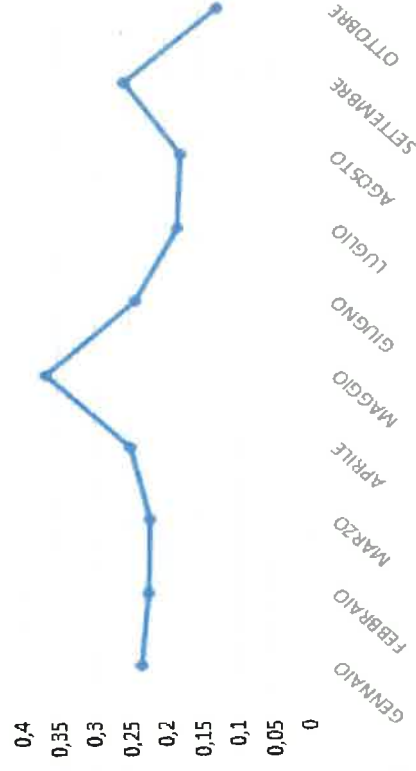
Presso la Asl, la donna/coppia viene accompagnata dal concepimento al primo anno di vita del bambino garantendo ascolto, sostegno e continuità assistenziale. La tabella in alto mostra i risultati raggiunti in termini di adesione da parte delle donne/coppie al percorso proposto. Gli indicatori monitorati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

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.



Tasso ospedalizzazione età pediatrica <14 anni
gennaio-ottobre 2018



Definizione

Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

Numeratore

Numero di ricoveri dei residenti in età pediatrica (< 14 anni) x 100

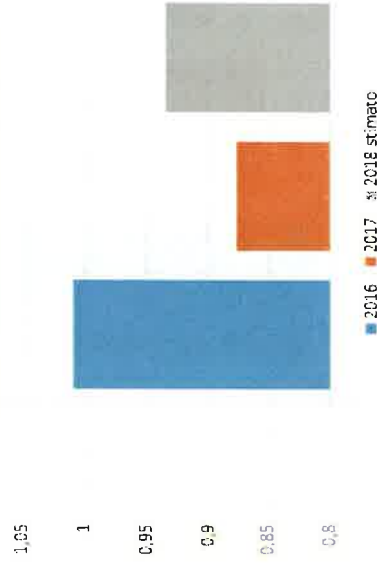
Denominatore

Popolazione residente (< 14 anni)

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.

Tasso di ospedalizzazione 0-1 anno



Tasso ospedalizzazione 0-1 anno:
gennaio-ottobre 2018



Definizione

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

Numeratore

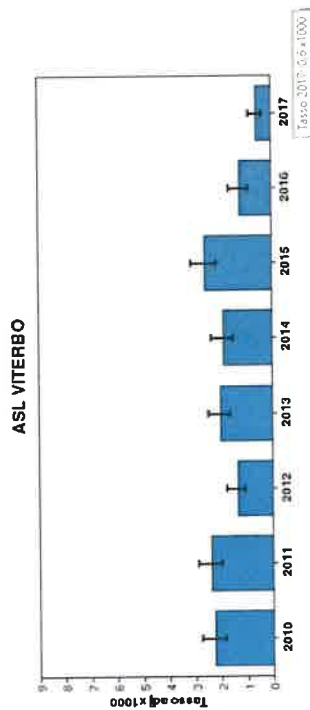
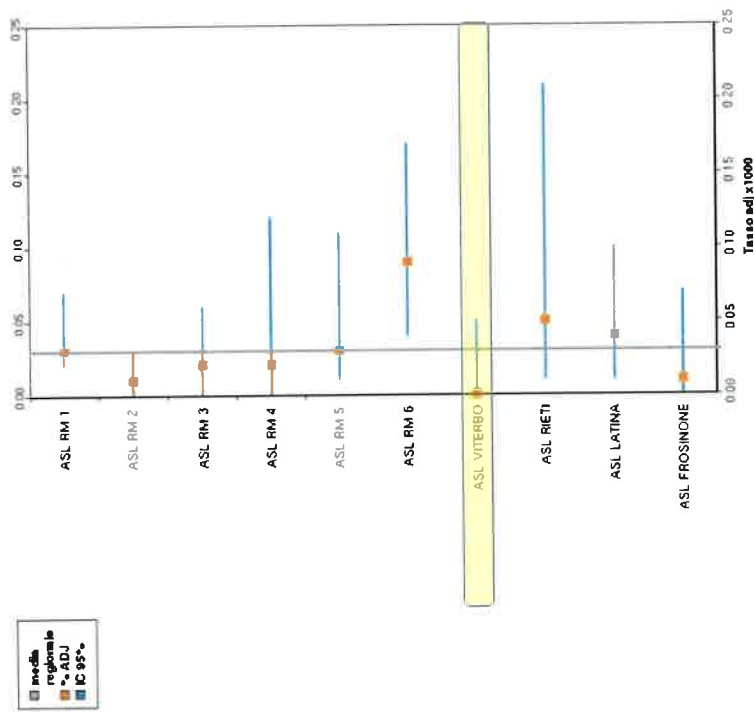
Numero di ricoveri dei residenti nel primo anno di vita (< 1 anno) x 100

Denominatore

Popolazione residente (<1 anno)

Tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica (<17 anni)

ASL	n (n / I)	TASSO GREZZO x1000
LAZIO	32	0.03
ASL RM 1	8	0.03
ASL RM 2	2	0.01
ASL RM 3	2	0.02
ASL RM 4	1	0.02
ASL RM 5	3	0.03
ASL RM 6	9	0.08
ASL VITERBO	0	0.00
ASL RIETI	2	0.05
ASL LATINA	4	0.04
ASL FROSINONE	1	0.01

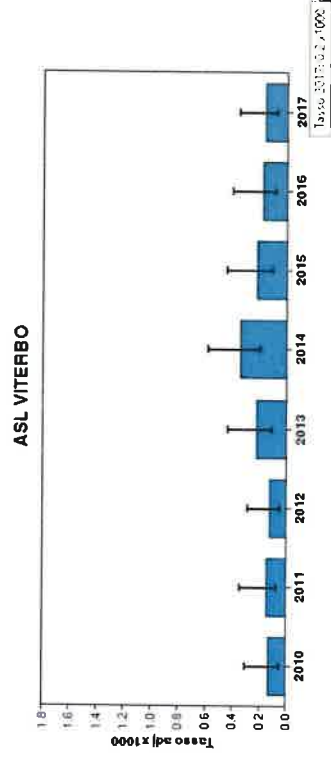
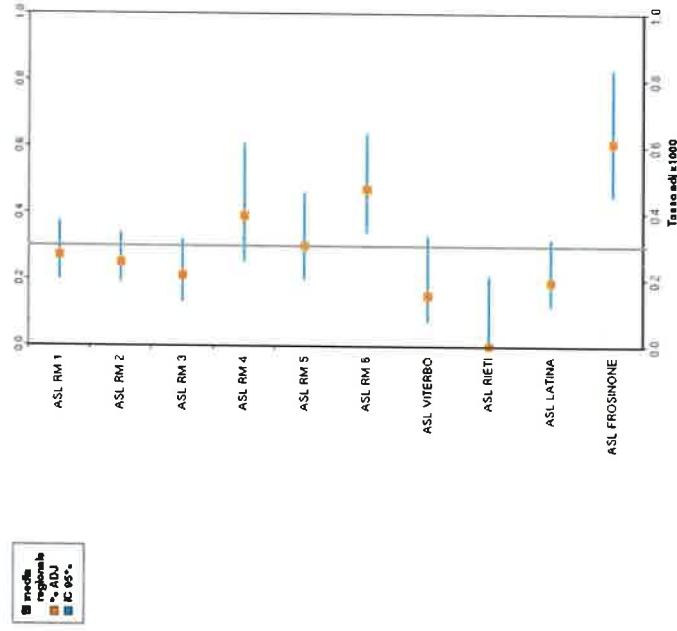


Fonte: Pre. Val.E 2017

La gastroenterite è una malattia comune nei bambini. Alcuni ricoveri per gastroenterite sono inevitabili, tuttavia, l'assenza di casi nella ASL di Viterbo dimostra una tempestiva ed efficace cura extra-ospedaliera. Tali risultati, in miglioramento negli ultimi due anni, sono raggiunti grazie ad una crescente appropriatezza e all'efficacia del processo di assistenza e di gestione del bambino affetto da questa patologia in uno specifico territorio, anche in termini di educazione sanitaria e di accesso alle cure.

Tasso di ospedalizzazione per asma pediatrico - età: 2 - 17 anni

ASL	n (n / k)	TASSO GREZZO x 100,00
LAZIO	246	0,30
ASL RM 1	37	0,27
ASL RM 2	47	0,25
ASL RM 3	16	0,21
ASL RM 4	19	0,39
ASL RM 5	23	0,30
ASL RM 6	40	0,47
ASL VITERBO	6	0,15
ASL RIETI	0	0,00
ASL LATINA	16	0,19
ASL FROSINONE	40	0,61



Fonte dati: Pre. Val.E 2017

L'asma è la più comune malattia cronica nei bambini. Alcuni ricoveri per asma pediatrico sono inevitabili ed appropriati, tuttavia, la bassa casistica nella ASL di Viterbo dimostra una precoce e corretta diagnosi, un'adeguata relazione medico-paziente/genitori, la gestione farmacologica dei sintomi e un'appropriata terapia profilattica e di mantenimento. Tali risultati, in miglioramento negli ultimi tre anni, sono raggiunti grazie alla crescente appropriatezza e efficacia del processo di assistenza e di gestione del soggetto affetto da questa patologia in uno specifico territorio, anche in termini di educazione sanitaria e di accesso alle cure.

3B.5 La presa in carico delle patologie croniche

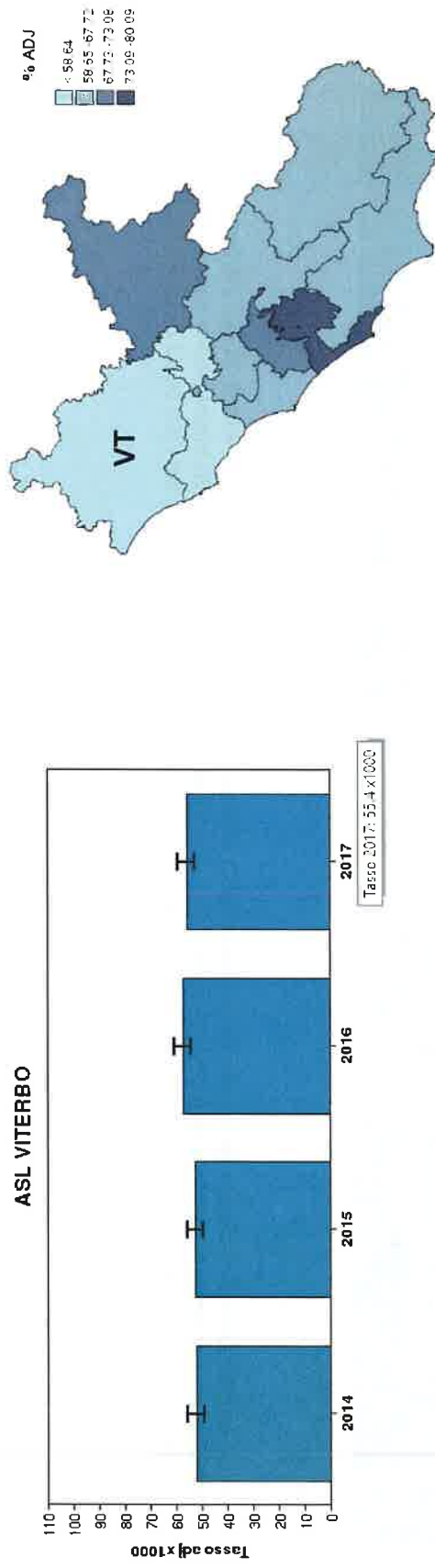
Diabete, asma adulti e scompenso cardiaco rappresentano alcune delle patologie croniche principali in cui l'Azienda riesce a rispondere con successo mediante la propria offerta territoriale. Grazie a modalità organizzative innovative e capaci di garantire i più idonei percorsi di cura, i valori dei tassi 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

Il cartogramma evidenzia come il risultato dell'indicatore nella provincia di Viterbo sia il migliore di tutta la Regione, mostrando una buona appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali. Presso la ASL di Viterbo, per rispondere alle esigenze dei pazienti, è inoltre attivo il progetto di teleassistenza, che ha contribuito alla riduzione dei ricoveri ospedalieri ripetuti per diabete.

Il dato positivo risulta, inoltre, in miglioramento nel tempo: passa da 57,1 per 1.000 abitanti del 2016 a 55,4 per 1.000 del 2017 (grafico a sinistra).



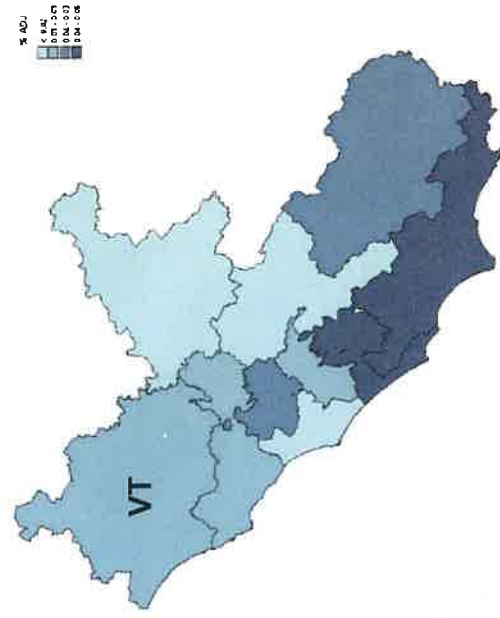
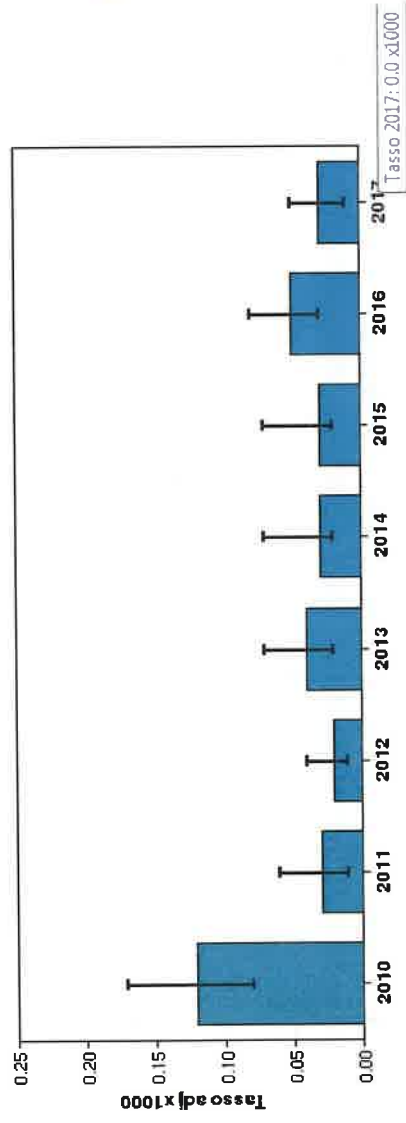
Fonte dati: P.Re.Val.E- 2017

Asma adulti

Ospedalizzazione per asma negli adulti

Coerentemente con le linee guida, nella ASL di Viterbo l'asma viene trattata ed efficacemente gestita in ambito extra-ospedaliero.

Il tasso di ospedalizzazione nel 2017 risulta infatti in riduzione rispetto al 2016 (grafico a sinistra) e in linea con la media regionale (grafico a destra).



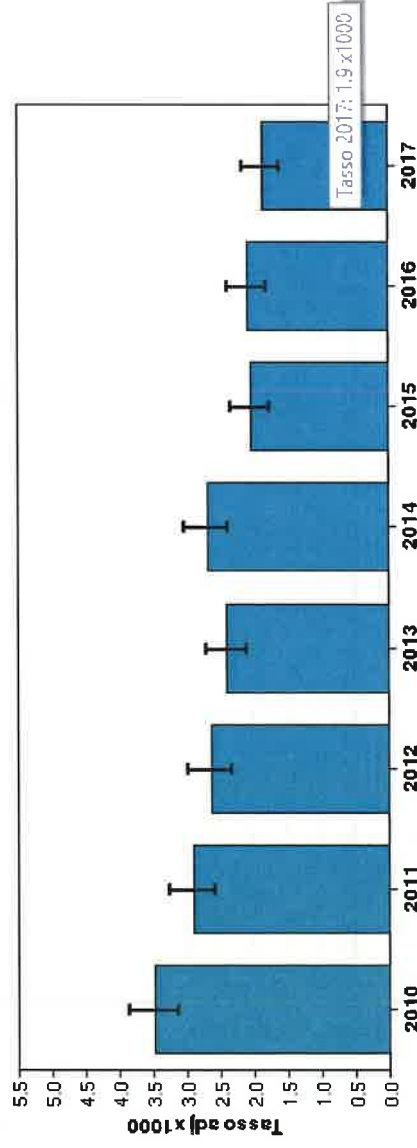
Fonte dati: P.Re.Val.E- 2017

Scopenso cardiaco

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

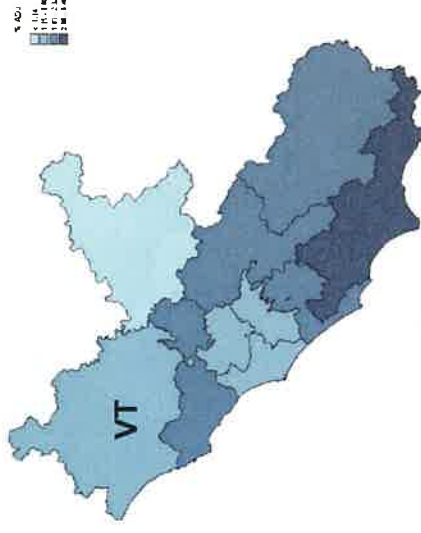
I valori relativi agli ultimi tre anni attestano una progressiva diminuzione del tasso di ospedalizzazione. La corretta gestione a livello territoriale dei pazienti con scopenso cardiaco ambulatoriale ha permesso, infatti, di ridurre la progressione della patologia ed evitare il ricorso all'ospedalizzazione.

ASL VITERBO



Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Fonte dati: P.Re.Val.E- 2017



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 2018 evidenziano un'affluenza di circa 94.000 i cittadini ai Pronto Soccorso e Punti di Primo Intervento nella Tuscia.

3C.1 Il Pronto Soccorso

Accessi in Pronto Soccorso e punti di primo intervento (PPI) per presidio ospedaliero: periodo gennaio ottobre 2015-2018

	2015	2016	2017	stima anno 2018	differenza stima anno 2018 e anno 2017
P.S. BELCOLLE	45.419	45.581	46.422	46.107	-315
P.S. CIVITA CASTELLANA	14.346	14.675	15.549	15.490	-59
P.S. TARQUINIA	18.292	16.981	17.776	17.973	197
P.S. ACQUAPENDENTE	5.633	6.355	6.133	6.024	-109
P.P.I. MONTEFIASCONE	4.185	4.722	4.805	4.511	-294
P.P.I. RONCIGLIONE	5.124	5.094	4.401	3.965	-436
Totale complessivo	92.999	93.408	95.086	94.070	-1.016

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

La stima dell'anno 2018 mostra complessivamente un minor ricorso rispetto al 2017 da parte degli utenti ai servizi di pronto soccorso e punti di primo intervento.

Il principale presidio a cui si rivolgono gli utenti è naturalmente quello di Belcolle che assorbe ben il 49% degli accessi totali.

Gli utenti si rivolgono poi per il 20% a Tarquinia, per il 16% a Civita Castellana e per il 6% 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 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	differenza 2018 e 2017
=P.S. BELCOLLE	38.089	38.113	39.024	38.709	-315
TRIAGE NON ESEGUITO	46	31	102	73	-29
BIANCO	757	635	617	601	-16
VERDE	24.003	24.020	23.752	22.903	-849
GIALLO	11.871	11.960	12.609	12.794	185
ROSSO	1.412	1.467	1.944	2.338	394
=P.S. CIVITA CASTELLANA	12.117	12.163	13.084	13.025	-59
TRIAGE NON ESEGUITO	62	30	35	30	-5
BIANCO	137	128	176	349	173
VERDE	9.428	9.196	9.756	9.281	-475
GIALLO	2.314	2.611	2.884	3.154	270
ROSSO	176	198	233	211	-22
=P.S. TARQUINIA	15.938	14.577	15.271	15.468	197
TRIAGE NON ESEGUITO	8	7	8	15	7
BIANCO	380	310	514	587	73
VERDE	11.334	10.166	11.102	11.565	463
GIALLO	4.065	3.916	3.468	3.163	-305
ROSSO	151	178	179	138	-41
=P.S. ACQUAPENDENTE	4.821	5.373	5.309	5.200	-109
TRIAGE NON ESEGUITO	434	324	5	7	2
BIANCO	290	171	176	292	116
VERDE	3.680	4.039	4.463	3.983	-480
GIALLO	406	821	653	899	246
ROSSO	11	18	12	19	7
=P.P.I. RONCIGLIONE	4.370	4.331	3.803	3.367	-436
TRIAGE NON ESEGUITO	4.370	4.330	3.802	1.734	-2.068
(vuoto)		1	1	1.628	1.627
VERDE				4	4
ROSSO				1	1
=P.P.I. MONTEFIASCONE	3.584	4.024	4.147	3.853	-294
TRIAGE NON ESEGUITO	3.584	4.024	4.147	3.844	-303
VERDE				8	8
GIALLO				1	1
Totale complessivo	78.919	78.581	80.638	79.622	-1.016

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

Rispetto al periodo gennaio ottobre, si nota un aumento degli accessi presso il Pronto Soccorso di Tarquinia ed una riduzione presso gli altri presidi ospedalieri a gestione diretta dovuta ad una positiva riduzione dei codici verdi e quindi ad una maggiore appropriatezza degli accessi.

Il dettaglio dei codici triage permette di evidenziare il ruolo centrale del pronto Soccorso di Belcolle per le esigenze più complesse. In tale presidio si registra, inoltre, un importante aumento dei codici con triage rosso (+ 394) e più moderatamente giallo (+ 185) a discapito di quelli verde e bianco.

Si conferma in tale misura una tendenza già in atto dal 2016.

Misure di performance presenti nel sito PREVALE: periodo gennaio ottobre 2015-2018

	2017		2018		2018 vs 2017			
	totale accessi	(prevale) % pazienti con permanenza <12h	(prevale) % pazienti con permanenza tra 12h e 48h	(prevale) % pazienti con permanenza <12h	(prevale) % pazienti con permanenza tra 12h e 48h	(prevale) % pazienti con permanenza >48h	(prevale) % pazienti con permanenza tra 12h e 48h	(prevale) % pazienti con permanenza >48h
P.S. BELCOLLE	46.422	88%	10%	88%	11%	1%	0,3%	-0,4%
P.S. CIVITA CASTELLANA	15.549	98%	2%	97%	3%	0%	0,5%	-0,4%
P.S. TARQUINIA	17.776	98%	2%	96%	4%	0%	1,3%	-1,3%
P.S. ACQUAPENDENTE	6.133	100%	0%	100%	0%	0%	0,0%	0,0%
P.P.I. MONTEFASCONI	4.805	100%	0%	99%	0%	0%	0,5%	-0,2%
P.P.I. RONCIGLIONE	4.401	99%	0%	99%	0%	1%	0,6%	0,1%
Totale complessivo	95.086	93%	6%	93%	6%	1%	0,5%	-0,5%

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 2017. Da sottolineare il valore positivo per i tempi inferiori a 12 ore pari al 93% degli accessi mentre solo l'1% supera le 48 ore.

Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso: periodo di riferimento gennaio-ottobre 2018

Etichette di riga	totale		Etichette di riga	Totale ricoverati	% sul totale accessi
	accessi	ricoverati			
P.S. BELCOLLE	38.709	7.896	P.S. BELCOLLE		20,4%
P.S. CIVITA CASTELLANA	13.025	1.414	P.S. CIVITA CASTELLANA		10,9%
P.S. TARQUINIA	15.468	1.531	P.S. TARQUINIA		9,9%
P.S. ACQUAPENDENTE	5.200	701	P.S. ACQUAPENDENTE		13,5%
P.P.I. MONTEFIASCONE	3.853				0,0%
P.P.I. RONCIGLIONE	3.357				0,0%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

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: periodo di riferimento gennaio-ottobre 2018

Etichette di riga	totale accessi	% sul totale accessi
Decisione Propria	54.945	59,0%
Trasp. Urgente	13.815	17,4%
Altro	8.503	10,7%
Specialista	856	1,1%
MMG/PLS	819	1,0%
Trasferito	541	0,7%
Guardia medica	143	0,2%
Totale complessivo	79.622	

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

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.

Etichette di riga	totale accessi	% sul totale accessi
A domicilio	53.226	66,8%
Deceduto in P.S.	179	0,2%
Dimissione a strutture ambulatoriali	3.371	4,2%
Giunto cadavere	19	0,0%
Non risponde a chiamata	2.792	3,5%
Paziente si allontana spontaneamente	2.229	2,8%
Ricoverato	11.542	14,5%
Rifiuta ricovero	4.234	5,3%
Trasferito	1.921	2,4%

Trasferito al PS Richiedente 109 0,1%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso: periodo di riferimento gennaio-ottobre 2018

Etichette di riga	totale		Dimessi a		% sul totale accessi
	accessi	Etichette di riga	domicilio		
P.S. BELCOLLE	38.709	P.S. BELCOLLE	24.661	63,7%	
P.P.I. MONTEFIASCONE	3.853	P.P.I. MONTEFIASCONE	3.255	84,5%	
P.P.I. RONCIGLIONE	3.367	P.P.I. RONCIGLIONE	3.008	89,3%	
P.S. CIVITA CASTELLANA	13.025	P.S. CIVITA CASTELLANA	7.577	58,2%	
P.S. TARQUINIA	15.468	P.S. TARQUINIA	10.994	71,1%	
P.S. ACQUAPENDENTE	5.200	P.S. ACQUAPENDENTE	3.731	71,8%	

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.

Etichette di riga	totale		Dimissioni a strutture		% sul totale accessi
	accessi	Etichette di riga	ambulatoriali		
P.S. BELCOLLE	38.709	P.S. BELCOLLE	36	0,1%	
P.P.I. MONTEFIASCONE	3.853	P.P.I. MONTEFIASCONE	92	2,4%	
P.P.I. RONCIGLIONE	3.367	P.P.I. RONCIGLIONE	24	0,7%	
P.S. CIVITA CASTELLANA	13.025	P.S. CIVITA CASTELLANA	1.850	14,2%	
P.S. ACQUAPENDENTE	5.200	P.S. ACQUAPENDENTE	107	2,1%	
P.S. TARQUINIA	15.468	P.S. TARQUINIA	1.262	8,2%	

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

La dimissione 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

FAST TRACK	2017	2018	2018 vs 2017 % casi gestiti fast track
PEDIATRICO	2.127	2.450	24%
GINECOLOGICO	1.804	2.317	38%
OCULISTICO	565	979	31%
ORL	23	99	6%
ALTRO (*)	61	69	1%
Totale complessivo	4.580	5.914	100%

* N.B. 69 casi non sono attribuibili in quanto con descrizione poco chiara

Fonte dati SIA flusso GIPSE

Elaborazioni su campo descrittivo dell'accesso di triage

Periodo di riferimento: gennaio-ottobre 2017 e gennaio ottobre 2018

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 otorino laringoiatra/odontoiatrico.

Tali percorsi contribuiscono alla diminuzione del sovraffollamento in pronto soccorso.

Dal 1° gennaio 2017 al 31 ottobre 2018 sono stati registrati 38.709 accessi presso il Pronto Soccorso di Belcolle. Di questi, 5.914 riguardano percorsi fast track, ovvero il 15% dei casi.

Rispetto al medesimo periodo del 2017 si nota un incremento nell'utilizzo del fast track.

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'appropriata presa in carico del paziente.

Dati estratti dal flusso SDO in data: 4 dicembre 2017
Periodo di riferimento: 1 gennaio 2014 – 31 ottobre 2017

3D.1 L'assistenza ospedaliera

Indice di case mix (ICM): periodo di riferimento gennaio ottobre 2018

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 2018 risulta di poco inferiore ad 1 (valore standard).

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere.

H. desc	2015	2016	2017	2018 vs 2017
UO				
- P.O. BELCOLLE				
Artroscopia ginocchio	1.120	1.102	1.187	1.103
Cardiologia	1.216	1.246	1.334	1.271
Chirurgia generale dell'obesità	1.403	1.389	1.369	1.617
Chirurgia generale oncologica	1.641	1.647	1.433	1.522
Chirurgia maxillo facciale	0.863	0.867	0.856	0.989
Chirurgia senologica e centro integrato di senologia	0.929	0.913	0.925	0.882
Chirurgia vascolare e d'urgenza	1.310	1.209	1.171	1.179
Ematologia	1.241	1.153	1.462	1.493
Gastroenterologia	0.891	0.915	0.864	0.905
Malattie infettive	1.209	1.098	1.049	1.106
Medicina generale Polo	0.955	0.894	0.917	0.832
Medicina protetta	0.969	0.864	0.891	0.909
Nefrologia e Dialisi	1.025	1.073	1.071	1.043
Neurochirurgia	1.972	1.790	1.973	1.785
Neurologia e UTN	1.052	0.982	1.102	1.250
Oncologia e rete oncologica	0.857	0.838	0.886	0.903
Ortopedia e traumatologia e centro microchirurgia della mano	1.360	1.356	1.410	1.474
Ostetricia e ginecologia Polo	0.469	0.479	0.483	0.454
Otorinolaringoiatria	0.799	0.688	0.749	0.782
Pediatria	0.452	0.488	0.472	0.478
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaliero	0.746	0.897	0.910	0.964
Rianimazione	3.726	3.146	3.239	3.288
SPDC	0.627	0.642	0.649	0.645
Urologia Polo	1.036	0.970	0.964	1.057
Utlc Po'O	0.996	1.241	1.067	1.160
P.O. BELCOLLE Totale	0.965	0.953	0.960	0.970
- P.O. CIVITA CASTELLANA				
Chirurgia generale e week surgery Civita Castellana	0.949	0.966	0.921	0.979
Medicina generale Civita Castellana	0.946	0.925	0.933	0.956
Ortopedia Civita Castellana	1.178	1.140	1.079	1.151
Pronto soccorso Civita Castellana	0.656			
P.O. CIVITA CASTELLANA Totale	0.980	0.981	0.959	1.004
- P.O. TARQUINIA				
Chirurgia generale e mininvasiva e week surgery Tarquinia	0.940	0.900	0.870	0.912
Medicina generale Tarquinia	0.923	0.929	0.898	0.891
Ortopedia e traumatologia Tarquinia	1.177	1.216	1.202	1.218
Ostetricia e ginecologia Polo	0.486			
Pediatria	0.458			
Pronto soccorso Tarquinia	0.603	0.701		
P.O. TARQUINIA Totale	0.907	0.997	0.978	0.987
- P.O. ACQUAPENDENTE				
Medicina generale e coordinamento clinico Acquapendente	0.821	0.876	0.904	0.850
P.O. ACQUAPENDENTE Totale	0.821	0.876	0.904	0.850
Totale complessivo	0.952	0.969	0.960	0.973

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Attività di ricovero: numero DRG per presidio ospedaliero

Etichette di riga	2015	2016	2017	stima anno 2018	differenza tra anno 2018 e anno 2017 in n. casi
P.O. ACQUAPENDENTE	1.127	1.094	1.072	1.116	44
P.O. BELCOLLE	18.709	19.392	18.632	17.633	999
P.O. CIVITA CASTELLANA	3.024	2.699	2.908	3.002	94
P.O. RONCIGLIONE	437			0	-
P.O. TARQUINIA	3.896	3.265	3.382	3.357	25
Totale complessivo	27.193	26.450	25.994	25.108	886

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

La tabella mostra il numero di DRG relativi agli anni (2015-2018).

I volumi di attività risultano complessivamente in lieve diminuzione coerentemente con una maggiore appropriatezza nel ricorso all'attività ambulatoriale che è in incremento.

Attività di ricovero: numero DRG chirurgici per presidio ospedaliero

Etichette di riga	2015	2016	2017	stima anno 2018	differenza tra stima 2017 in n. casi
P.O. ACQUAPENDENTE	305	330	320	277	43
P.O. BELCOLLE	6.324	6.553	6.277	6.318	41
P.O. CIVITA CASTELLANA	1.319	1.375	1.368	1.477	109
P.O. RONCIGLIONE	1			0	-
P.O. TARQUINIA	1.738	1.586	1.641	1.577	64
Totale complessivo	9.687	9.844	9.606	9.649	43

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Nonostante la lieve riduzione del numero dei DRG erogati, come sopra motivata, il numero di DRG chirurgici presenta un trend sostanzialmente stabile.

3D.4 Mobilità dei ricoveri intraregionale

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 2016-2017 sono stati trasmessi ufficialmente dalla Regione e pertanto sono da considerarsi consolidati.

I dati 2018, si riferiscono al periodo gennaio settembre e non sono ufficiali: potrebbero, pertanto, essere sottostimati a causa della presenza di eventuali SDO non ancora chiuse.

Nel 2018 si registra una riduzione del 5% rispetto al 2017 della mobilità intraregionale per ricovero corrispondente ad un risparmio stimato a fine anno di circa 1.853 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	2016			2017			2018			2018			differenza tra n. DRG anno 2018 STIMATO e anno 2017
	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	
Atipici	€ 447,85	3	€ 2.221,02	7	€ 104,00	3	€ 140,98	4	€ 2.080,04	4	€ 2.080,04	4	€ 2.080,04
C	€ 28.142.068,00	5.655	€ 28.036.452,64	5.976	€ 20.305.173,09	4.333	€ 27.524.790,19	5.874	€ 511.662,45	5.874	€ 511.662,45	5.874	€ 511.662,45
M	€ 10.047.427,28	6.581	€ 9.777.873,16	6.370	€ 6.223.477,14	4.058	€ 8.436.269,01	5.501	€ 1.341.604,15	5.501	€ 1.341.604,15	5.501	€ 1.341.604,15
Totale complessivo	€ 38.189.943,14	12.239	€ 37.816.546,82	12.353	€ 26.528.754,23	8.394	€ 35.961.200,18	11.379	€ 1.855.346,64	11.379	€ 1.855.346,64	11.379	€ 1.855.346,64

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

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

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

Presidio di Pertinenza	TERAPIA	2016			2017			2018			differenza tra VALORE DRG anno 2018 STIMATO e anno 2017
		valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG		
Bebolle	A	€		€	887	€	104	€	141	€	745,60
	C	€	16.216.537	€	15.676.441	€	11.519.859	€	15.615.810	€	60.631,11
	M	€	5.231.455	€	5.040.058	€	2.939.439	€	3.984.573	€	1.055.485,09
Bebolle Totale		€	21.447.992	€	20.717.385	€	14.459.403	€	19.600.524	€	1.116.861,79
Civita Castellana	A	€	448	€	439	€		€		€	438,72
	C	€	7.060.665	€	7.741.580	€	5.252.597	€	7.120.186	€	621.393,65
	M	€	3.075.655	€	3.014.668	€	2.137.479	€	2.897.472	€	117.196,36
Civita Castellana Totale		€	10.136.768	€	10.756.687	€	7.390.076	€	10.017.658	€	739.028,73
Tarquinia	A	€		€	896	€		€		€	895,72
	C	€	3.291.826	€	2.865.439	€	2.269.078	€	3.075.851	€	210.421,27
	M	€	1.248.108	€	1.242.099	€	747.303	€	1.013.011	€	229.087,74
Tarquinia Totale		€	4.539.935	€	4.108.434	€	3.016.381	€	4.088.872	€	19.562,19
Acquapendente	C	€	1.573.040	€	1.752.992	€	1.263.639	€	1.712.934	€	40.058,96
	M	€	492.209	€	481.048	€	399.255	€	541.213	€	60.165,04
	Totale	€	2.065.249	€	2.234.041	€	1.662.895	€	2.254.147	€	20.106,07
Totale complessivo		€	38.189.943	€	37.816.547	€	26.528.754	€	35.961.200	€	1.855.346,64

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 quasi tutti i presidi ed in particolare presso Belcolle, ovvero nel presidio che determina il maggior costo.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Mobilità passiva intraregionale: numero DRG per presidio ospedaliero

Presidio di Pertinenza	2016			2017			2018			differenza tra stima anno 2018 e anno 2017	
Acquapendente	574	547	391	530	17						
Belcolle	6.557	6.678	4.499	6.099	579						
Civita Castellana	3.528	3.642	2.495	3.352	260						
Tarquinia	1.580	1.486	1.009	1.358	118						
Totale complessivo	12.239	12.353	8.394	11.379	974						

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

La tabella mostra i dati di attività aggregati in base al bacino di utenza dei presidi ospedalieri aziendali. Nel periodo 2016-2018 si osserva una progressiva riduzione del numero dei DRG. Il decremento stimato dei casi del 2018 rispetto al 2017 è pari a -974 DRG.

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

Distretto di appartenenza	TERAPIA	2016			2017			2018			differenza tra VALORE DRG anno 2018 STIMATO e anno 2017	
A	Atipici			€ 1.782,30			€ 104,00	€	140,98	€	1.641,32	
	C	€ 7.016.486,20	€ 6.675.962,34	€ 5.243.596,52	€	€ 7.107.986,39	€	€ 432.024,05				
	M	€ 2.987.456,81	€ 2.394.292,46	€ 1.492.594,04	€	€ 2.023.294,14	€	€ 370.998,32				
B	Atipici	€ 0,00					€	€	€	€		
	C	€ 7.225.388,98	€ 7.406.015,99	€ 5.243.462,01	€	€ 7.107.804,06	€	€ 298.211,93				
	M	€ 2.030.288,31	€ 2.142.113,43	€ 1.151.340,32	€	€ 1.560.705,77	€	€ 581.407,66				
C	Atipici	€ 447,86	€ 438,72	€ 0,00	€	€	€	€	€	€	438,72	
	C	€ 13.900.192,82	€ 13.954.474,31	€ 9.818.114,56	€	€ 13.308.999,74	€	€ 645.474,57				
	M	€ 5.629.682,16	€ 5.241.467,27	€ 3.579.542,78	€	€ 4.852.269,10	€	€ 389.198,17				
Totale complessivo		€ 38.189.943,14	€ 37.816.546,82	€ 26.528.754,23	€	€ 35.961.200,18	€	€ 1.855.346,64				

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

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 "B" 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 (senza atipici) per ASL di destinazione

descrizione asi	totale 2017			totale 2018			differenza tra stima anno 2018 anno 2017		2018: % del costo della mobilità complessiva	
	C	M	M	C	M	M				
FROSINONE	€ 17.280,80	€ 4.111,66	€ 35.746,18	€ 23.905,06	€ 21.392,46	€ 59.551,24	€ 80.860,57	×	59.468,11	0%
LATINA	€ 106.535,20	€ 16.305,20	€ 71.979,24	€ 30.442,96	€ 122.840,40	€ 102.422,20	€ 138.838,98	×	15.998,58	0%
RIETI	€ 130.155,76	€ 38.019,10	€ 49.045,08	€ 18.432,82	€ 168.174,86	€ 67.477,90	€ 91.470,04	✓	76.704,82	0%
Roma 1 (RM/A + RM/E)	€ 20.091.387,26	€ 7.230.745,20	€ 13.980.575,86	€ 4.607.918,08	€ 27.262.132,46	€ 18.588.493,94	€ 25.197.736,23	✓	2.064.396,23	70%
Roma 2 (RM/B + RM/C)	€ 4.250.011,86	€ 1.083.350,46	€ 3.364.983,09	€ 677.204,74	€ 5.333.362,32	€ 4.042.187,83	€ 5.479.410,17	×	146.047,85	15%
Roma 3 (RM/D)	€ 2.556.733,30	€ 839.992,20	€ 2.080.285,14	€ 516.836,92	€ 3.396.725,50	€ 2.597.122,06	€ 3.520.543,24	×	123.817,74	10%
ROMA F	€ 645.155,08	€ 401.883,22	€ 435.490,86	€ 265.894,22	€ 1.047.038,30	€ 701.385,08	€ 950.766,44	✓	96.271,86	3%
ROMA G	€ 34.626,54	€ 83.377,84	€ 9.757,34	€ 35.528,42	€ 118.004,38	€ 45.285,76	€ 61.387,36	✓	56.617,02	0%
ROMA H	€ 187.641,08	€ 76.484,44	€ 80.478,62	€ 38.318,40	€ 264.125,52	€ 118.797,02	€ 161.035,96	✓	103.089,56	0%
(vuoto)	€ 76.925,76	€ 3.603,84	€ 196.831,68	€ 8.995,52	€ 80.529,60	€ 205.827,20	€ 279.010,20	×	198.480,60	1%
Totale complessivo	€ 28.036.452,64	€ 9.777.873,16	€ 20.305.173,09	€ 6.223.477,14	€ 37.814.325,80	€ 26.528.650,23	€ 35.961.059,20	✓	€ 1.853.266,60	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 70% del costo totale della mobilità intraregionale.

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

Denominazione struttura	ASL Aggiornate 2016		2017		2018		differenza tra stima anno 2018 e anno 2017		2018: % del costo della mobilità complessiva	
	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑
- POLICLINICO A. GEMELLI E C.J.C.			€ 10.986.348	€ 7.588.137	€ 10.286.141,27	€ 700.206,73				29%
- AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA			€ 2.635.421	€ 1.887.907	€ 2.559.162,82	€ 76.258,08				7%
- OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'			€ 2.532.392	€ 1.681.804	€ 2.279.778,76	€ 252.613,24				6%
- AZ. OSP. SAN CAMILLO-FORLANINI			€ 2.327.101	€ 1.598.366	€ 2.166.673,23	€ 160.427,27				6%
- OSPEDALE SAN PIETRO FATEBENEFRAATELLI			€ 1.934.710	€ 1.125.338	€ 1.525.458,07	€ 409.251,98				4%
- POLICLINICO U.I.			€ 1.484.467	€ 1.183.008	€ 1.603.633,07	€ 119.166,07				4%
- AZ. OSP. UNIV. POLICLINICO TOR VERGATA			€ 1.429.614	€ 1.069.597	€ 1.449.898,16	€ 20.284,16				4%
- ISTITUTI FISOTERAPICI OSPITALIERI			€ 1.512.252	€ 902.285	€ 1.223.097,82	€ 289.154,66				3%
- POLICL. UNIV. CAMPUS BIO MEDICO			€ 1.188.688	€ 1.145.255	€ 1.552.456,10	€ 363.768,10				4%
- PRESIDIO OSPEDALIERO SAN FILIPPO NERI			€ 924.317	€ 585.912	€ 794.236,27	€ 130.080,73				2%
- AZIENDA OSP. S.GIOVANNI/ADDOLORATA ROMA			€ 1.223.317	€ 790.661	€ 1.071.784,99	€ 151.532,35				3%
- AZIENDA SAN CARLO DI NANCY			€ 644.462	€ 515.398	€ 698.650,73	€ 54.188,33				2%
- OSPEDALE SAN PAOLO			€ 618.859	€ 404.142	€ 547.837,20	€ 71.022,02				2%
- OSPEDALE FATEBENEFRAATELLI			€ 525.374	€ 468.806	€ 635.491,95	€ 110.118,34				2%
- I.D.I.			€ 491.982	€ 364.118	€ 493.582,72	€ 1.600,96				1%
- OSPEDALE S. EUGENIO			€ 511.302	€ 317.230	€ 430.022,78	€ 81.279,48				1%
- CASA DI CURA SAN FELICIANO			€ 417.202	€ 265.962	€ 360.526,59	€ 56.675,01				1%
- OSPEDALE GENERALE SANTO SPIRITO			€ 356.625	€ 234.392	€ 317.730,70	€ 38.894,24				1%
- AURELIA HOSPITAL			€ 354.407	€ 225.235	€ 305.319,04	€ 49.088,16				1%
- POLICLINICO CASILINO			€ 299.897	€ 274.359	€ 371.908,65	€ 72.011,99				1%
Totale complessivo			€ 37.816.547	€ 26.528.754	€ 35.961.200,18	€ 1.855.346,64				31,00%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Le prime 20 aziende a cui si rivolgono i residenti della ASL di Viterbo erogano l'85% 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"

Etichette di colonna	2016		2017		2018		differenza tra stima anno 2018 e anno 2017		2018: % del costo della mobilità complessiva	
	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑	↓	↑
Somma di costo										
Etichette di riga										
evitabile	€ 29.385.446,81	€ 29.206.487,21	€ 20.390.568,55	€ 27.640.548,48	€ 1.565.938,73					77%
NON evitabile	€ 8.804.048,47	€ 8.607.838,59	€ 6.138.081,68	€ 8.320.510,72	€ 287.327,87					23%
Totale complessivo	€ 38.189.495,28	€ 37.814.325,80	€ 26.528.650,23	€ 35.961.059,20	€ 1.853.266,60					100%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Il 77% 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, fino all'attuale 77%.

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

N. Interventi per presidio

	2016	2017	2018	stima 2018	Differenza tra stimato 2018 e 2017
Acquapendente	1.392	1.564	1.332	1.598	↑ 34
Belcolle	7.786	8.105	6.829	8.195	↑ 90
Casa Salute Bagnoregio			19	23	↑ 23
Cittadella			13	16	↑ 16
Civita Castellana	1.917	1.930	1.621	1.945	↑ 15
Monterfiascone	1.338	1.593	1.342	1.610	↑ 17
Ronciiglione	1.106	942	792	950	↑ 8
Tarquini	3.050	3.100	2.377	2.852	↓ 248
Totale complessivo	16.589	17.234	14.325	17.190	↓ 44

Periodo di riferimento 1 gennaio 2015 – 31 Ottobre 2017 (Best) e 1 Gennaio 2016 - 31 Ottobre 2018 (Cardioplanet)

Descrizione analisi:

- Sono incluse le procedure chirurgiche:
 - in urgenza e programmati
 - in ricovero ordinario, day surgery e ambulatoriale
 - 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.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA: per l'anno 2018 mese di riferimento gennaio-ottobre)

Il numero di procedure e di interventi effettuati nelle sale operatorie stimato a fine 2018 risulta aumentato in quasi tutti i presidi rispetto al 2017.

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

Il dato 2018 relativo a Tarquinia è indicativo di un appropriato spostamento delle procedure più complesso verso Belcolle derivante dalla riorganizzazione della rete chirurgica.

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

Le procedure chirurgiche presentano un trend stabile e ormai consolidato nell'ultimo biennio.

Etichette di riga	2017	2018	stima 2018	Differenza tra stimato 2018 e 2017
ANESTESIOLOGIA CIVITA CASTELLANA	1	1	1	0
Civita Castellana				
ARTROSCOPIA GINOCCHIO	103	129	155	52
Belcolle	47	64	77	30
Roniglione	56	65	78	22
CARDIOLOGIA	761	670	804	43
Belcolle	761	670	804	43
CARDIOLOGIA PER LO STUDIO FUNZIONALE DELL'ELETTROFI (Ivator)	438	338	406	32
Belcolle	438	337	404	34
CHIRURGIA GENERALE DELL' OBESITA	275	24	29	246
Belcolle	275	24	29	246
CHIRURGIA GENERALE E MINIVASIVA E WEEK SURGERY TAR	1.241	1.023	1.228	13
Tarquinia	1.240	1.023	1.228	12
CHIRURGIA GENERALE E WEEK SURGERY DI CIVITA CASTELLI	849	895	1.074	225
Belcolle	3	176	211	208
Civita Castellana	846	718	862	16
CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	887	735	882	5
Tarquinia	674	570	584	10
Belcolle	201	161	193	8
Montefiascone	12	4	5	7
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	163	116	139	24
Belcolle	163	116	139	24
CHIRURGIA SENOLOGICA E CENTRO INTEGRATO DI SENOLOGIE	284	318	382	98
Belcolle	175	229	275	100
Belcolle	103	89	107	2
CHIRURGIA VASCOLARE E D'URGENZA	1.413	1.111	1.333	80
Montefiascone	839	731	877	22
Belcolle	404	306	387	37
Montefiascone	110	74	69	21
Roniglione		19	23	23
Cure Primarie				
Casa Salute Bagnotegio		19	23	23
DERMATOLOGIA	730	638	768	36
Belcolle	726	620	744	18
Roniglione	4	18	22	18
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1	25	30	29
Belcolle	1	25	30	29
ENDOSCOPIA DIGESTIVA TARQUINIA	313	62	98	215
Tarquinia	313	62	98	215
MEDICINA GENERALE E COORDINAMENTO CLINICO ACQUAPEI	960	765	942	18
Acquapendente	960	765	942	18
NEUROCHIRURGIA	175	196	235	60
Belcolle	175	196	235	60
OFTALMOLOGIA E RETE TERRITORIALE	2.248	1.873	2.248	2
Acquapendente	604	488	562	42
Belcolle	412	385	462	50
Civita Castellana	232	188	226	6
Roniglione	759	627	752	7
Tarquinia	239	205	246	7
ORTOPEDIA CIVITA CASTELLANA	752	635	782	10
Tarquinia	752	635	782	10
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA E CENTRO MICROCHIRURGIA	938	783	936	20
Civita Castellana	643	570	612	31
Belcolle	293	213	304	11
Montefiascone				
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA TARQUINIA	1.303	1.071	1.285	24
Belcolle	1	1	1	1
Roniglione	1	4	5	4
Tarquinia	1.308	1.066	1.278	29
OSTETRICIA E GINECOLOGIA POLO	2.053	1.748	2.050	5
Acquapendente	157	79	95	35
Belcolle	157	148	1378	139
Civita Castellana	99	79	95	4
Montefiascone	477	442	530	53
OTORINOLARINGOIATRIA	405	394	473	68
Belcolle	405	381	457	52
Civita Castellana		13	16	16
PEDIATRA	57	43	59	2
Belcolle	57	43	59	2
RIANIMAZIONE	1	1	-	1
Belcolle	1	1	-	1
UROLOGIA POLO	941	687	824	17
Belcolle	732	586	715	17
Montefiascone	103	91	109	0
Totale complessivo	17.294	14.325	17.190	44

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

Lista Unica di sala operatoria

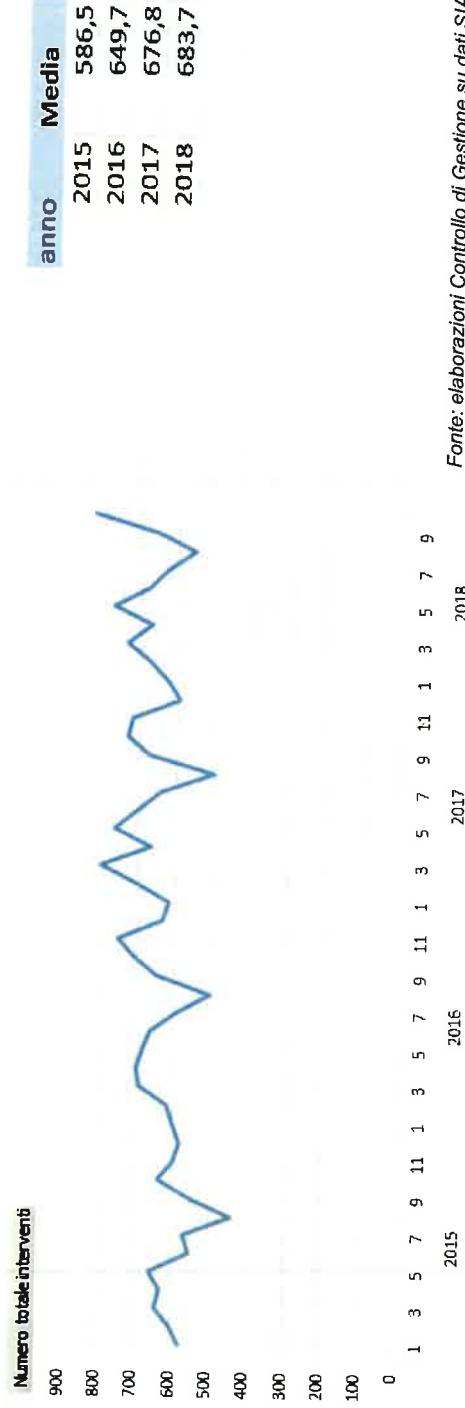
A partire dal 19 settembre 2016 è stata istituita una Lista Unica di Sala Operatoria presso Belcolle che sancisce il passaggio dalle varie singole Liste operatorie "di reparto" ad un unico strumento di presa in carico dei pazienti che devono essere sottoposti ad un intervento non urgente. La Lista Unica 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 presenta una graduale crescita, passando da 586 del 2015 fino a giungere a 684 procedure medie mensili del periodo gennaio-ottobre 2018.

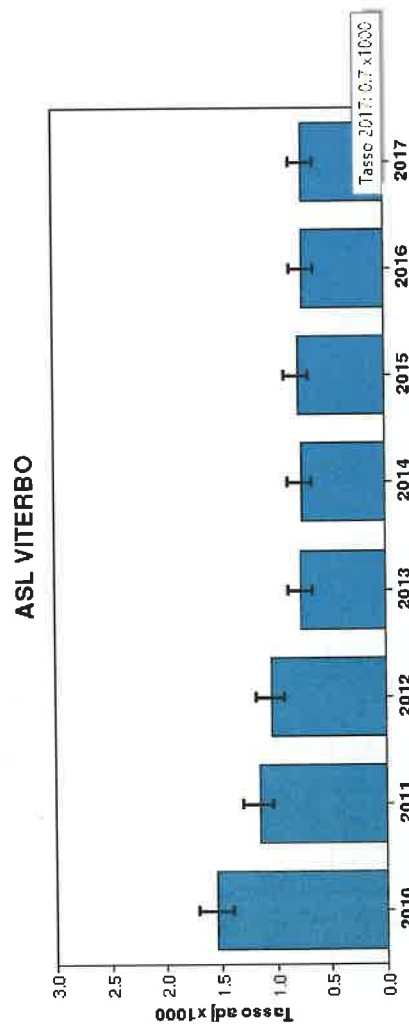
Trend mensile di interventi registrati in Sala Operatoria



Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

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

Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio: popolazione assistita e residente nel Lazio di età ≥ 18 anni



Fonte dati: P.Re. Val.E- 2017

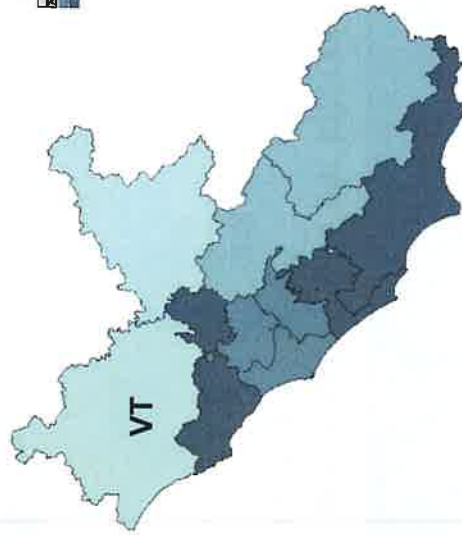
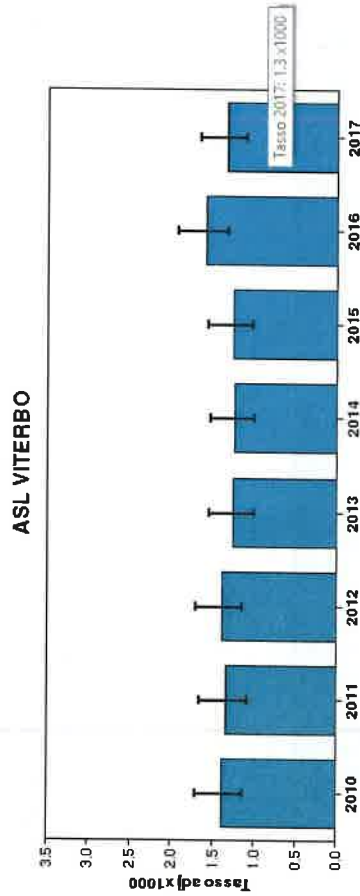
Il tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia al ginocchio pari a 186 su 100.000 residenti rappresenta per la Asl di Viterbo un eccellente target, in quanto fa presupporre un appropriato utilizzo dei regimi di assistenza, nonché una buona presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali.

Ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio
Lazio 2017

ASL	n (n/N)	TASSO GREZZO X1000	TASSO ADJ X1000
LAZIO	5653	1.19	-
ASL RM 1	1016	1.19	1.22
ASL RM 2	1279	1.23	1.24
ASL RM 3	591	1.22	1.23
ASL RM 4	440	1.74	1.70
ASL RM 5	557	1.41	1.37
ASL RM 6	626	1.39	1.36
ASL VITERBO	186	0.72	0.73
ASL RIETI	77	0.60	0.61
ASL LATINA	569	1.23	1.21
ASL FROSINONE	312	0.77	0.77

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 2017

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.



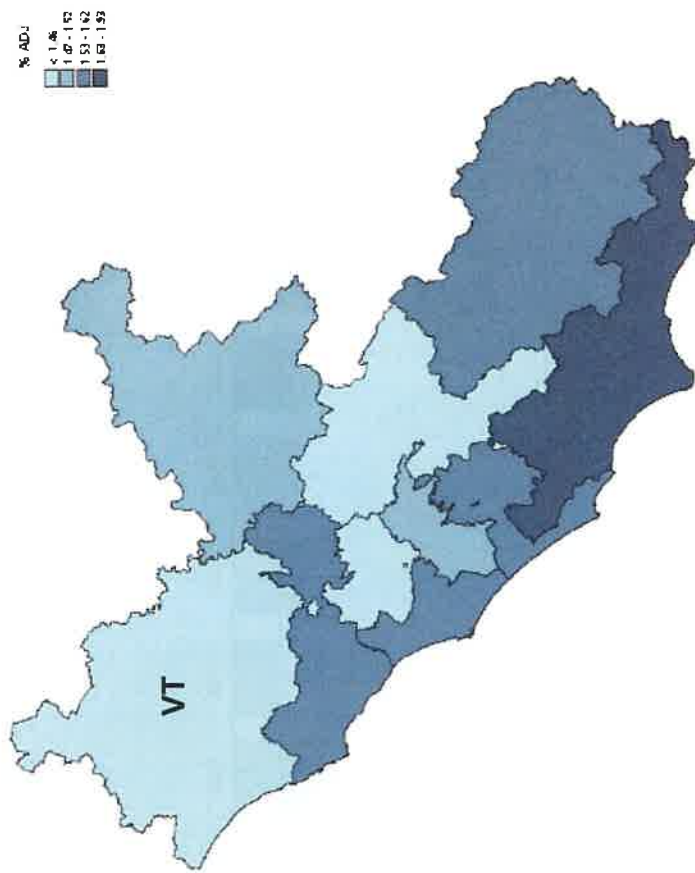
Ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca Lazio 2017				
ASL	n (n / N)	TASSO GREZZO X1000	TASSO ADJ X1000	TASSO
LAZIO	2508	2.06	-	-
ASL RM 1	487	2.07	2.07	2.07
ASL RM 2	578	2.15	2.15	2.14
ASL RM 3	293	2.32	2.32	2.28
ASL RM 4	155	2.57	2.57	2.55
ASL RM 5	164	1.81	1.81	1.81
ASL RM 6	254	2.39	2.39	2.37
ASL VITERBO	94	1.32	1.32	1.33
ASL RIETI	51	1.38	1.38	1.42
ASL LATINA	264	2.31	2.31	2.32
ASL FROSINONE	168	1.58	1.58	1.61

fonte dati: P.Re.Val.E- 2017

Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcoli semplici senza complicanze

Il tasso di ospedalizzazione risulta tra i più bassi della regione Lazio. Ciò mostra un appropriato utilizzo delle strutture di ricovero.

Ospedalizzazione per colecistectomia Lazio 2017			
ASL	n (n/N)	TASSO GREZZO X1000	TASSO ADJ X1000
LAZIO	7326	1.55	
ASL RM 1	1229	1.44	1.41
ASL RM 2	1545	1.48	1.48
ASL RM 3	772	1.60	1.58
ASL RM 4	400	1.58	1.58
ASL RM 5	562	1.42	1.45
ASL RM 6	712	1.58	1.59
ASL VITERBO	380	1.47	1.46
ASL RIETI	195	1.52	1.52
ASL LATINA	883	1.90	1.93
ASL FROSINONE	648	1.60	1.62



Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna - anno 2017

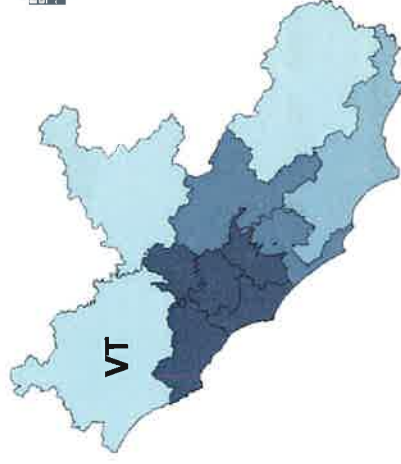
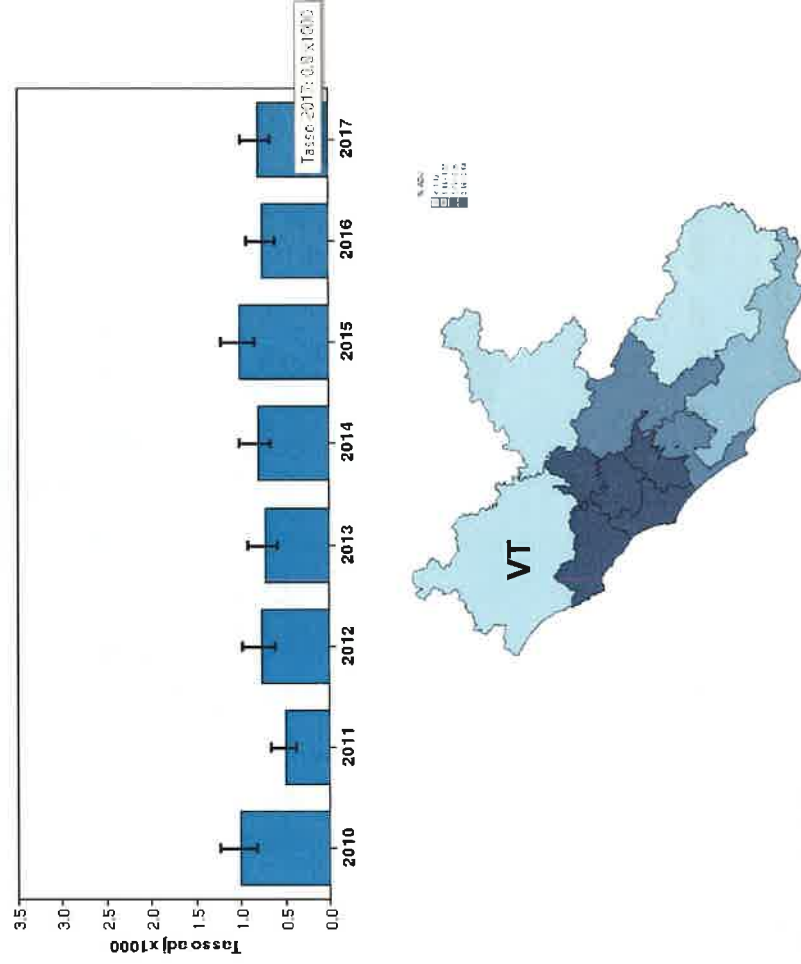
La tabella e il cartogramma permettono di misurare la variabilità dei tassi di ospedalizzazione tra aree geografiche evidenziando, per la provincia di Viterbo, un tasso tra i più bassi della regione. Tale risultato mostra un congruo utilizzo della tecnica chirurgica.

Il grafico relativo al trend 2010 - 2017 mostra, invece, la variabilità dei tassi nell'arco temporale considerato ed in particolare la sua riduzione, e quindi miglioramento, rispetto al 2015.

Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna

ASL	n (n / N)	TASSO GREZZO X1000	TASSO ADJ X1000
LAZIO	3570	2.05	
ASL RM 1	793	2.58	2.54
ASL RM 2	902	2.36	2.38
ASL RM 3	440	2.46	2.50
ASL RM 4	214	2.27	2.32
ASL RM 5	279	1.92	1.98
ASL RM 6	353	2.12	2.15
ASL VITERBO	85	0.87	0.82
ASL RIETI	60	1.24	1.13
ASL LATINA	305	1.78	1.77
ASL FROSINONE	139	0.93	0.88

ASL VITERBO



fonte dati: P.Re.Val.E- 2017

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

Etichette di riga	N. RICOVERI		Media di GIORNI		Media di GIORNI		2018 VS 2017	
	ORD. CHIRURGICI	PROGRAMMATI	ORD. CHIRURGICI	PREOPERATORIA MEDI	ORD. CHIRURGICI	PREOPERATORIA MEDI	DEGENZA	PREOPERATORIA MEDI
BELCOLLE	4222	1,867770594	3952	1,984644461	2940	1,832498627		-8%
CIVITA CASTELLANA	564	1,047168153	571	0,388782432	461	0,543432315		40%
TARQUINIA	693	0,519870889	737	0,423840531	586	0,373751014		-12%
Totale complessivo	5479	1,144936545	5260	0,932422475	3987	0,916560652		-2%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

Nel 2018 la degenza media preoperatoria risulta in costante riduzione nell'ultimo triennio. Il valore raggiunto negli ultimi due anni risulta coerente con le indicazioni regionali ($\leq 1,7$ 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.

3E.1 Il numero delle prestazioni Ambulatoriali

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

Etichette di rigo	Popolazione ASL Viterbo al 1° gennaio 2017 (*)		Popolazione ASL Viterbo al 1° gennaio 2018 (*)		318.205
	N. prestazioni stimate a fine anno 2017	N. prestazioni stimate a fine anno 2018	N. prestazioni stimate a fine anno 2017	N. prestazioni stimate a fine anno 2018	
totale numero prestazioni	319.008	319.008	319.008	319.008	318.205
Etichette di rigo	1.651.236	1.708.752	5.18	5.37	0.19
Laboratorio Analisi	84.886	80.673	0.27	0.25	0.01
Medicina Fisica e Riabilitazione	73.472	84.572	0.23	0.27	0.04
Nefrologia	70.984	65.518	0.22	0.21	0.02
Radiologia	61.307	59.522	0.19	0.19	0.01
Cardiologia	42.704	38.773	0.13	0.12	0.01
Occhialista	39.183	35.443	0.12	0.11	0.01
MALAT. ENDOC. DEL RIC. E DELLA NUTR.	28.209	28.923	0.09	0.09	0.00
Ortopedia e Traumatologia	26.591	28.682	0.08	0.09	0.01
Altra specialità	26.476	26.856	0.08	0.08	0.00
Chirurgia generale	25.640	27.688	0.08	0.09	0.01
Radioterapia	22.234	19.439	0.07	0.06	0.01
Otorinolaringoiatria	19.681	18.551	0.06	0.06	0.00
Psichiatria	15.650	15.442	0.05	0.05	0.00
Neurologia	13.952	14.605	0.04	0.05	0.00
Odontostomatologia	13.025	12.007	0.04	0.04	0.00
Gastroenterologia	12.641	7.755	0.04	0.02	0.02
CHIRURGIA VASCOLARE	12.598	9.950	0.04	0.03	0.01
Oncologia	12.365	12.128	0.04	0.04	0.00
Pneumologia	10.743	10.510	0.03	0.03	0.00
Dermatologia	9.606	8.954	0.03	0.03	0.00
Obstetricia e Ginecologia	8.528	7.801	0.03	0.02	0.00
Urologia	7.090	6.452	0.02	0.02	0.00
Medicina sportiva	4.177	4.177	0.01	0.02	0.00
Terapia del dolore	3.739	3.358	0.01	0.01	0.00
Chirurgia ambulatoriale/diagnostica invasiva	3.465	3.480	0.01	0.01	0.00
Medicina nucleare	3.018	3.647	0.01	0.01	0.00
Risonanza Magnetica	3.015	2.645	0.01	0.01	0.00
Chirurgia plastica	650	769	0.00	0.00	0.00
Neurochirurgia	2.306.215	2.347.692	7.23	7.38	0.15

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 (+0,15).

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

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 2018 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

	valore % asi	standard
Estensione Osservatorio Nazionale Screening	112,9	>=90%
Adesione Corretta	55,8	>=50%
LEA	54,2	>=35%

Programma di screening del Cervicocarcinoma

	valore % asi	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

I Registri Tumori (RT) sono strutture impegnate nella raccolta di informazioni sui casi di tumore maligno dei residenti in un determinato territorio: per il RT della ASL di Viterbo l'intera provincia. Per sorvegliare l'andamento dei tumori occorre che qualcuno ricerchi attivamente le informazioni, le registri, le codifichi, le archivi e le renda disponibili per studi, ricerche e per la programmazione sanitaria. Con la pubblicazione del secondo rapporto , nel giugno 2018, il Registro Tumori della ASL di Viterbo fornisce un quadro esaustivo dell'epidemiologia dei tumori in Provincia di Viterbo, con i dati non solo di incidenza e di mortalità , ma anche per la prima volta, di prevalenza e di sopravvivenza, riferiti agli anni 2006 -2012 . 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.

I Tumori in provincia di Viterbo

Nel corso del quinquennio 2008-2012, 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 (1.110 tra gli uomini e 918 tra le donne). Nel complesso, sulla base dei dati elaborati, possiamo stimare che la probabilità di contrarre la malattia nel corso della vita, per i residenti della provincia di Viterbo, sia pari al 33% 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.

Sintesi dei dati di incidenza. Anni 2008 - 2012

	Maschi	Femmine
Numero casi/anno	1110	918
% sul totale dei tumori	54,7	45,3
Numero casi totali	5551	4588
Tasso grezzo (per 100.000)	737,4	575,7
Tasso standardizzato (per 100.000)	482,6	367,7
Rischio cumulativo 0-74 (%)	32,8	25,8

Sintesi dei dati di mortalità. Anni 2008-2012

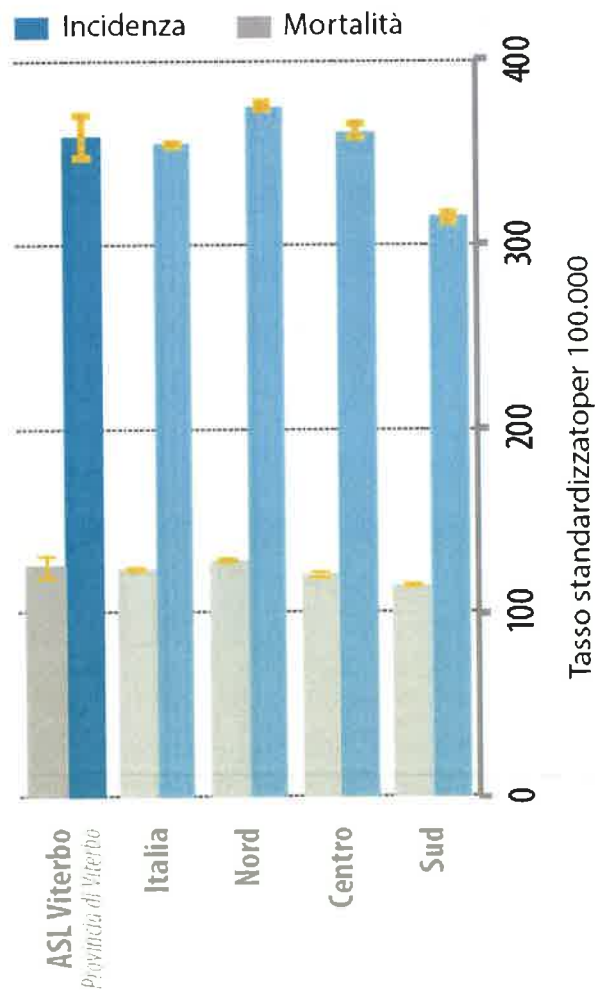
	Maschi	Femmine
Numero casi/anno	584	413
% sul totale dei tumori	58,6	41,4
Numero casi totali	2919	2064
Tasso grezzo (per 100.000)	387,7	259
Tasso standardizzato (per 100.000)	231,7	126,4
Rischio cumulativo 0-74 (%)	15	8,7

Per quanto riguarda la mortalità, nel corso dello stesso periodo in provincia di Viterbo, sono stati 4.983 i decessi per tumore maligno: 2.919 tra gli uomini (pari al 58,6%) e 2.064 tra le donne (pari al 41,4%).

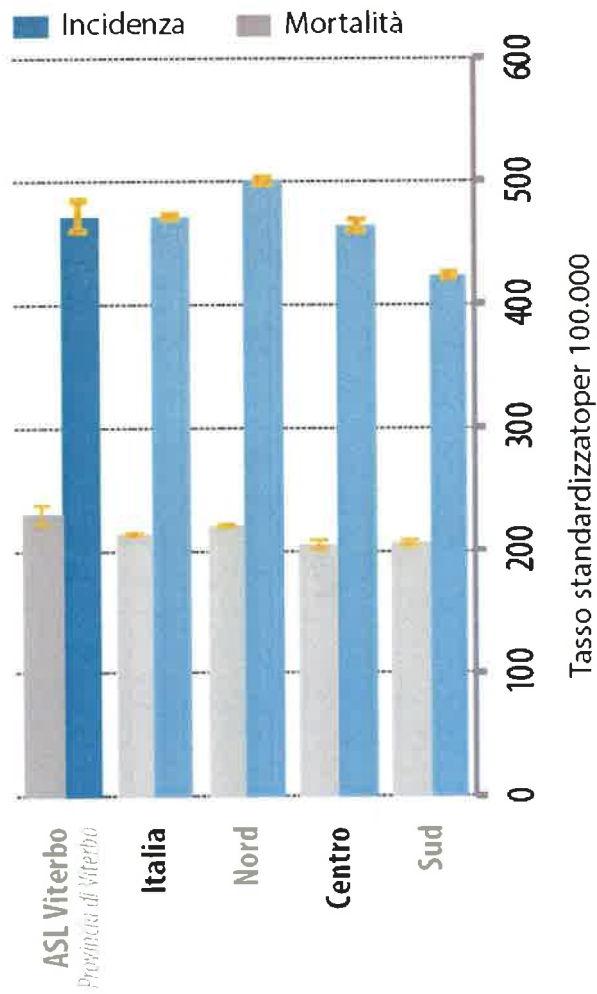
I Tumori in provincia di Viterbo

I tassi di incidenza nella Toscana, rappresentati nel grafico, risultano essere in linea con il dato medio dei Registri Tumori di popolazione operanti in Italia, in entrambi i generi, seppure inferiori ai valori riscontrati nel Nord Italia e superiori a quelli del Sud

Incidenza. Confronto con il dato nazionale Maschi. Anni 2006-2012



Incidenza. Confronto con il dato nazionale Femmine. Anni 2006-2012

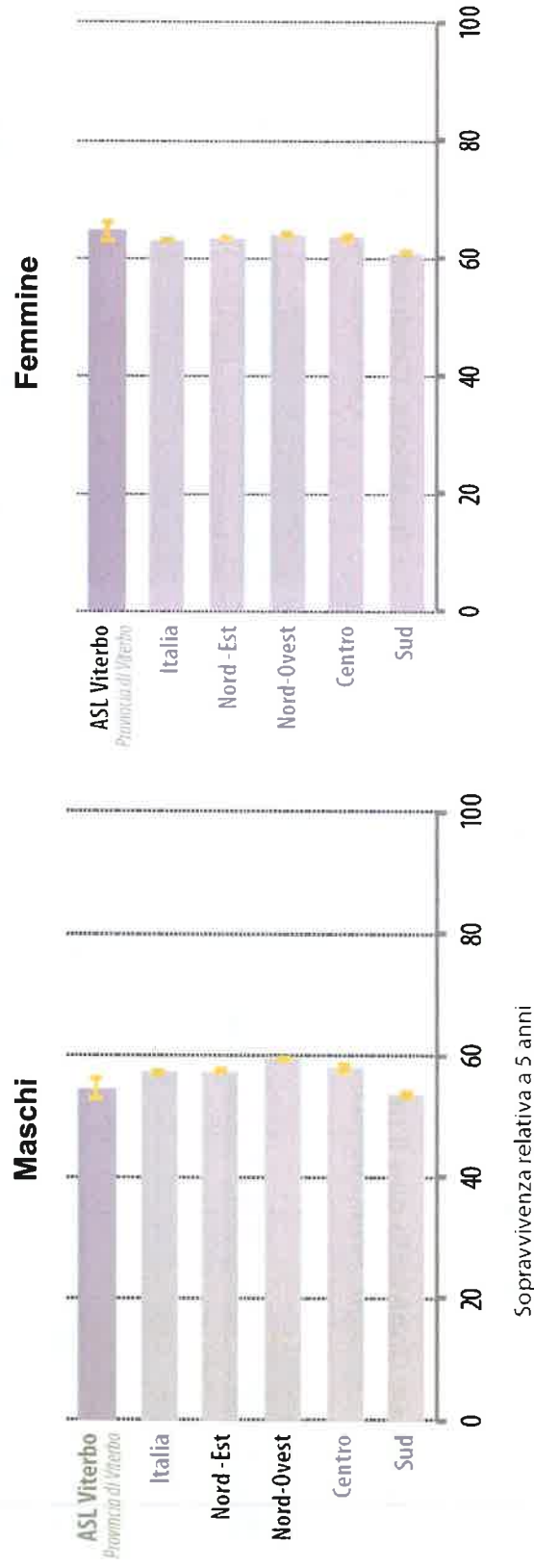


Fonte: RT ASL Viterbo, "Rapporto 2018. I Tumori in provincia di Viterbo"

I Tumori in provincia di Viterbo

Per quanto riguarda la prevalenza, ossia il numero di pazienti viventi con diagnosi di tumore effettuata negli ultimi 5 anni, è stimabile in oltre 6000, quindi oltre 3 volte il numero dei casi incidenti: tale stima consente di conoscere il carico assistenziale per pazienti oncologici, che necessita di una pianificazione adeguata delle risorse sanitarie. I dati di sopravvivenza, calcolati sulla coorte di pazienti con diagnosi effettuata dal 2006 al 2010 e seguita fino alla fine del 2015, ha consentito di dare i primi dati sulla prognosi della malattia neoplastica nella Toscana e di confrontarla con quella della media nazionale e di altre aree. I grafici evidenziano che la sopravvivenza, rispetto alla media nazionale, appare, per tutti i tumori maschili, lievemente inferiore, mentre è superiore in modo significativo per i tumori femminili: ciò fornisce rassicurazioni circa la capacità del sistema sanitario aziendale e regionale di prendere efficacemente in carico i pazienti oncologici, anche nell'ambito dei percorsi delle reti oncologiche.

Sopravvivenza . Confronto con il dato nazionale . Anni 2006-2010

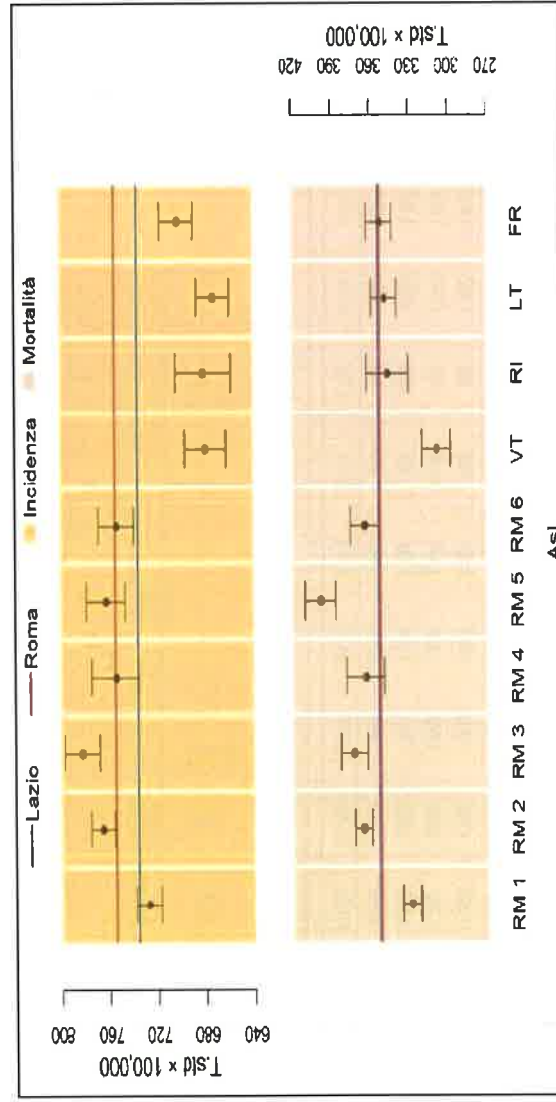


Fonte: RT ASL Viterbo, "Rapporto 2018. I Tumori in provincia di Viterbo"

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		
2010	3.648	4.438	2.100	1.008	1.516	1.782	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	986	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



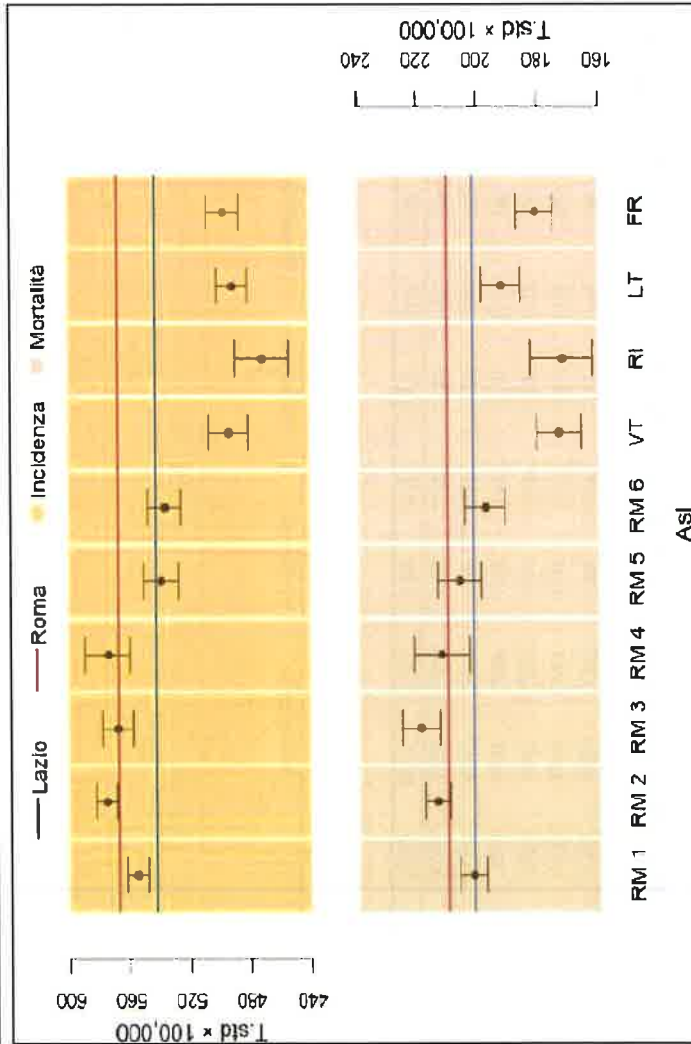
Tassi standardizzati di incidenza e mortalità per ASL

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	Totale	
2010	3.644	4.246	1.948	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	465	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	21.888	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 Europa e ECDC: "*Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2018*" (dati consolidati del 2016). Sinteticamente, tale documento colloca l'Italia tra i Paesi a bassa incidenza, con un tasso stimato di 6,6 casi su 100.000 abitanti, con il sesso maschile più colpito di quello femminile. I casi di forme MDR sono stimati al 2,6 %, il 62% dei casi è stato diagnosticato in stranieri, che hanno un'età media più bassa rispetto ai casi italiani. 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 e 2017.

Malattie infettive e diffuse - Dati notifiche TBC ASL Viterbo anni 2013 - 2014, 2015, 2016 , 2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Numero casi	23	17	12	13	15
Residenti da banca dati ISTAT al primo gennaio	315.623	322.195	321.955	320.279	319.008
Incidenza	7,3	5,3	3,73	4,06	4,70
M/tot	69,57%	82,35%	83,33%	84,62%	46,67%
F/tot	30,43%	17,65%	16,67%	15,38%	53,33%
Pediatrici/tot	8,70%	0%	8,33%	0%	0%
MDR/tot*	0%	5,88%	0%	0%	0%
stranieri/tot	43,48%	76,47%	41,67%	46,15%	40,00%
età media stranieri	38	32	34	39	34
età media italiani	48	61	55	48	55

Fonte: U.O. Coordinamento Vaccinazioni - flusso informativo SERESMI

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.

È 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.

Il morbillo

- Il 2017 è stato caratterizzato in Italia da un importante aumento di notifiche di casi di morbillo che hanno coinvolto anche operatori sanitari. In totale in Italia, nel 2017, sono stati segnalati 4885 casi e quattro decessi. Tutte le Regioni italiane hanno segnalato casi, ma quasi il 90 % proveniva da sette Regioni dove l'incidenza è stata maggiore: Piemonte, Lazio, Lombardia, Toscana, Veneto, Abruzzo e Sicilia. L'età mediana è stata di 27 aa. Sono stati colpiti, nel corso di eventi epidemici ospedalieri, 315 operatori sanitari.
- Nella ASL di Viterbo sono stati notificati 44 casi in totale in residenti nel 2017, con età mediana 32 aa, (leggermente più elevata del dato nazionale), 11 di questi erano operatori sanitari.
- Sono state messe in atto procedure correttive secondo le circolari ministeriali e regionali emanate sull'argomento. Nel 2018 sono stati notificati, nel periodo gennaio-settembre, 2 casi di morbillo, nella ASL di VT e nessun operatore sanitario risulta colpito (dati preliminari).

CASI MORBILLO NOTIFICATI IN RESIDENTI ASL VT ANNO 2017

Morbillo	Nazionalità	Sesso	Anno nascita	Età	Data inizio sintomo	Data notifica	Comune	Ricovero	Ospedale	NOTE
Morbillo	Italia	m	1981	36	26/02/17	02/03/17	Blera	SI	Belcolle 24	1 AUTISTA SOCCORRITORE OPERATORE SANITARIO
Morbillo	Italia	f	1978	39	08/03/17	15/03/17	Vetralla	SI	Belcolle 24	2
Morbillo	Romania	m	2003	1.2	14/03/17	16/03/17	Monterotondo	SI	Belcolle 24	3
Morbillo	Italia	m	1963	22	24/03/17	29/03/17	Montefiascone	NO		4 OPERATORE SANITARIO
Morbillo	Italia	m	1980	27	22/03/17	29/03/17	Ronchiglione	NO		5
Morbillo	Italia	f	1974	43	20/03/17	27/03/17	Nepi	NO		6 INFERMIERE
Morbillo	Italia	f	1978	39	31/03/17	01/04/17	Montefiascone	SI	Belcolle 24	7 INFERMIERE
Morbillo	Italia	f	1977	40	25/03/17	01/04/17	Viterbo	NO		8 MEDICO PS
Morbillo	Italia	f	2000	1.7	23/03/17	04/04/17	Viterbo	NO		9
Morbillo	Italia	f	1964	23	17/04/17	21/04/17	Stimigliano	SI	Belcolle 24	10
Morbillo	Italia	f	1988	29	16/04/17	20/04/17	Ischia di Castro	SI	Belcolle 24	11 OSTETRICA
Morbillo	Italia	f	1978	39	20/04/17	26/04/17	Castro	NO		12
Morbillo	Italia	f	1981	36	27/04/17	28/04/17	Carrozzano	NO		13
Morbillo	Italia	m	1994	23	01/05/17	06/05/17	Canale Monterano	NO		14
Morbillo	Italia	m	1974	43	08/05/17	10/05/17	Viterbo	NO		15
Morbillo	Italia	m	1997	20	14/05/17	20/05/17	Vignanello	NO		16
Morbillo	Italia	f	1980	37	19/05/17	22/05/17	Montefiascone	SI	Belcolle 24	17
Morbillo	Romania	m	1999	1.8	26/05/17	29/05/17	Vetralla	SI	Belcolle 24	18
Morbillo	Italia	f	1978	39	26/05/17	31/05/17	Vetralla	SI	Belcolle 24	19 NON È OPERATORE SANITARIO MA CONTATTO C/O OSPEDALE DI TERMI CON CASO DI MORBILLO
Morbillo	Italia	f	1981	36	03/06/17	10/06/17	Soriano nel Cimino	SI	Belcolle 24	20
Morbillo	Italia	f	1969	48	06/06/17	10/06/17	Viterbo	NO		21 COORDINATORE INFERMIERE
Morbillo	Italia	f	1981	36	06/06/17	11/06/17	Viterbo	SI	Belcolle 24	22 NON È OPERATORE SANITARIO MA IMPIEGATA IMPRESA DI PULIZIE A BELCOLLE
Morbillo	Italia	m	1987	30	20/06/17	12/06/17	Capranica	SI	Belcolle 24	23
Morbillo	Italia	m	1990	27	30/06/17	21/06/17	Montefiascone	SI	Belcolle 24	24
Morbillo	Italia	m	1999	2.2	30/06/17	01/06/17	Nepi	SI	Belcolle 24	25
Morbillo	Italia	m	1984	23	22/06/17	30/06/17	Marta	SI	Belcolle 24	26
Morbillo	Italia	f	2010	7	03/07/17	12/07/17	Marta	SI	Belcolle 39	27
Morbillo	Italia	f	1990	27	29/07/17	03/08/17	Viterbo	SI	Belcolle 24	28 INFERMIERE
Morbillo	Italia	f	1993	24	01/08/17	04/08/17	Tarquinia	NO		29
Morbillo	Romania	f	1989	28	07/08/17	13/08/17	Castel Sant'Elsa	SI	Belcolle 24	30
Morbillo	Italia	m	1983	32	11/08/17	16/08/17	Bassano Romano	SI	Belcolle 24	31 OPERATORE SANITARIO
Morbillo	Italia	f	1964	53	10/08/17	16/08/17	Roma	SI	Belcolle 24	32 INFERMIERE
Morbillo	Aldania	f	1971	46	19/08/17	22/08/17	Soriano nel Cimino	SI	Belcolle 24	33
Morbillo	Italia	m	1973	42	29/08/17	03/09/17	Montefiascone	NO		34 NON È OPERATORE SANITARIO MA DISTINUISCE VITTO C/O REPARTI BELCOLLE
Morbillo	Italia	f	1983	34	24/08/17	29/08/17	Soriano nel Cimino	SI	Belcolle 24	35
Morbillo	Italia	f	1983	34	24/08/17	27/08/17	Bassano Romano	NO		36 INFERMIERE
Morbillo	Italia	m	1981	36	01/09/17	06/09/17	Marta	SI	Belcolle 24	37
Morbillo	Italia	f	1983	32	04/09/17	12/09/17	Viterbo	SI	Belcolle 24	38
Morbillo	Italia	f	1992	2.5	28/10/17	05/11/17	Fabrica di Roma	NO		39
Morbillo	Romania	f	1986	31	27/11/17	04/12/17	Vignanello	SI	Belcolle 24	40
Morbillo	Italia	m	1988	2.9	06/12/17	14/12/17	Viterbo	SI	Belcolle 24	41
Morbillo	Italia	f	1991	26	07/12/17	14/12/17	Viterbo	SI	Belcolle 24	42
Morbillo	Italia	m	1960	57	19/12/17	18/12/17	Castel Sant'Elsa	NO		43
Morbillo	Italia	f	1994	2.3	22/12/17	30/12/17	Nepi	NO		44

3F.4 Le vaccinazioni

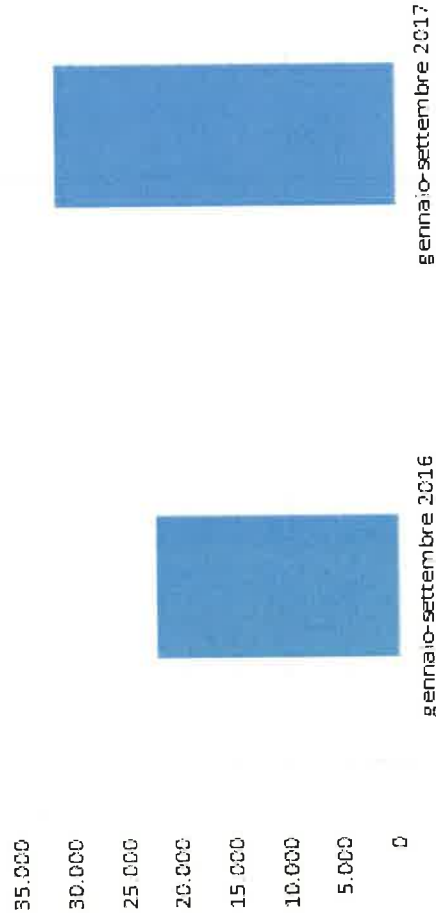
La soluzione organizzativa della ASL di Viterbo ai fini dell'attuazione di un Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PRPV), che prevede un importante incremento dell'offerta vaccinale, è caratterizzata dall'utilizzo dei pediatri di famiglia all'interno dei centri vaccinali, progetto operativo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

Numero vaccini somministrati nella fascia di età 0-2 a.a. nei residenti della ASL di Viterbo

Tot residenti	Vaccino	Vaccini Erogati	Copertura Vaccinale	note
24 mesi (nati nel 2015) 2457	Polio	2256	91,82%	Ciclo Vaccinale di base completo: 3 dosi
	Difterite	2249	91,53%	Ciclo Vaccinale di base completo: 3 dosi
	Tetano	2249	91,53%	Ciclo Vaccinale di base completo: 3 dosi
	Pertosse	2249	91,53%	Ciclo Vaccinale di base completo: 3 dosi
	Epatite B	2244	91,33%	Ciclo Vaccinale di base completo: 3 dosi
	Haemophilus influenzae tipo B	2244	91,33%	Ciclo di base secondo l'età: 1-2-3 dosi
	Morbillo	2424	98,66%	1° dose entro 24 mesi
	Parotite	2424	98,66%	1° dose entro 24 mesi
	Rosolia	2424	98,66%	1° dose entro 24 mesi
	Varicella	1005	40,90%	1° dose entro 24 mesi
	Meningococco C	2420	98,00%	Ciclo di base secondo l'età: 1-2-3 dosi
	Pneumococco	2246	91,41%	Ciclo di base secondo l'età: 1-2-3 dosi

Fonte: residenti ISTAT al 01/01/2017

Numero dei soggetti vaccinati 2016 vs 2017 al 30 settembre



Fonte: Coordinamento Attività Vaccinali

Copertura vaccinale contro morbillo a 24 mesi di età



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".

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.

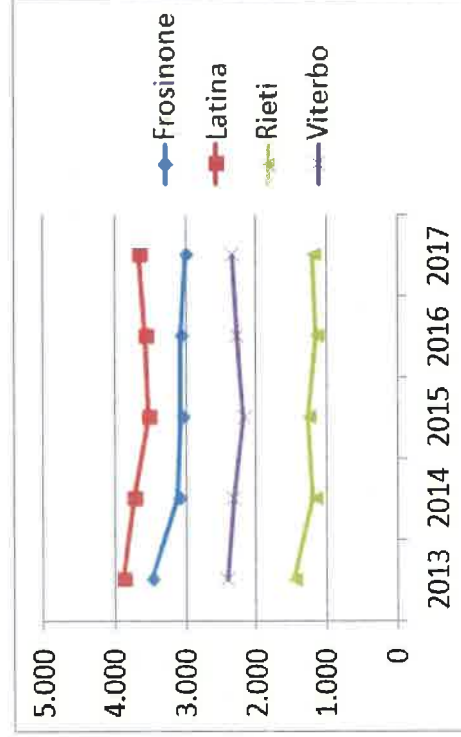
Infortunati denunciati nelle province del Lazio nel periodo 2013-2017

Provincia	2013	2014	2015	2016	2017
<u>Frosinone</u>	3.480	3.120	3.077	3.091	3.027
<u>Latina</u>	3.882	3.742	3.526	3.575	3.673
<u>Rieti</u>	1.468	1.192	1.268	1.155	1.206
<u>Roma</u>	37.843	35.991	35.077	35.380	35.562
<u>Viterbo</u>	2.417	2.333	2.181	2.288	2.347
Totale	49.090	46.378	45.129	45.489	45.815

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 diminuzione delle denunce di infortunio all'INAIL nel primo triennio osservato seguita da un lieve incremento verificatosi negli ultimi due anni (2016-2017).

Nel Lazio, nel periodo 2013-2017, la diminuzione complessiva è stata del 6,7% con un aumento, nell'ultimo biennio (2016-2017), pari all'1,5%.

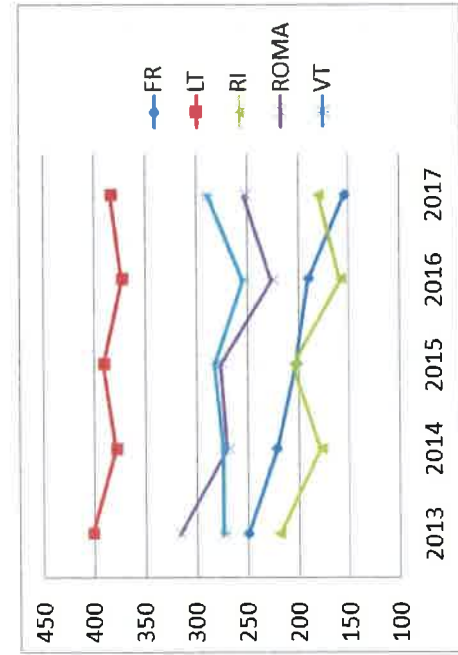
Nella provincia di Viterbo, in particolare, la diminuzione nel periodo 2013-2017, è stata complessivamente del 2,9% con un aumento nell'ultimo biennio osservato (2016-2017) del 7,6%.

Focus sull'agricoltura: Infortuni in agricoltura denunciati nelle province del Lazio nel periodo 2013-2017

Provincia	2013	2014	2015	2016	2017
<u>Frosinone</u>	250	222	203	191	155
<u>Latina</u>	402	379	392	373	384
<u>Rieti</u>	219	178	205	159	180
<u>Roma</u>	317	270	277	226	253
<u>Viterbo</u>	274	274	282	254	289
Totale	1.462	1.323	1.359	1.203	1.261

La tabella a fianco riporta il numero totale di infortuni denunciati all'INAIL (gestione agricoltura) negli anni 2013-2017 suddivisi per provincia di accadimento.

Fonte: INAIL



Si può osservare dal primo grafico a sinistra un trend alquanto del numero complessivo di infortuni che, comunque, nell'intero periodo osservato segna una diminuzione pari al 13,7%.

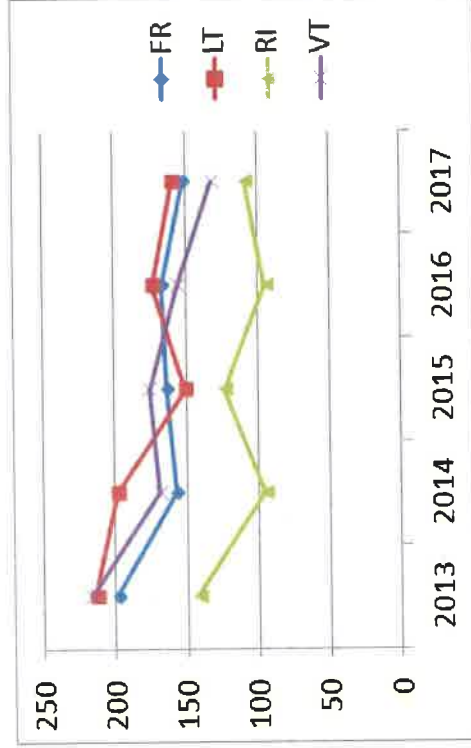
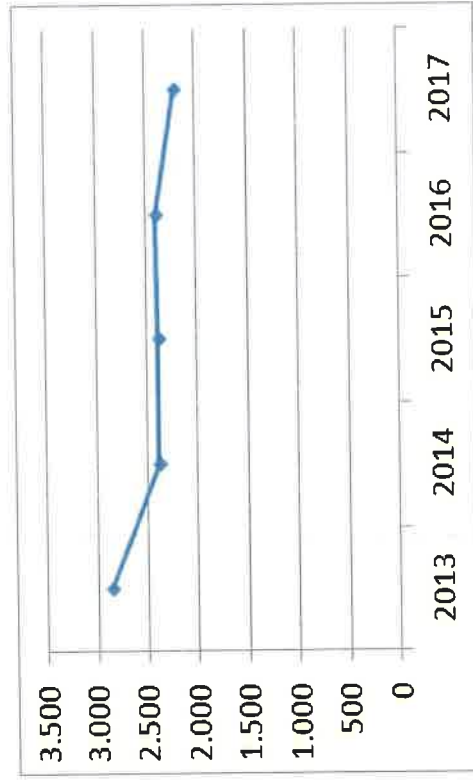
Il secondo grafico mostra l'andamento degli infortuni denunciati ad INAIL nella Gestione Agricoltura suddivisi per singola provincia; per quella di Viterbo si riscontra un andamento simile a quello osservato nel Lazio con una più acuta crescita nell'ultimo anno (+13,8%).

Fonte: INAIL

Focus sull'edilizia: Infortuni denunciati ad INAIL nel settore delle costruzioni nel Lazio nel periodo 2013-2017

Provincia	2013	2014	2015	2016	2017
<u>Frosinone</u>	199	157	164	167	152
<u>Latina</u>	214	198	151	173	159
<u>Rieti</u>	143	96	124	95	109
<u>Roma</u>	2.101	1.770	1.771	1.818	1.659
<u>Viterbo</u>	217	169	176	156	132
Totale	2.874	2.390	2.386	2.409	2.211

Fonte: INAIL



La tabella a fianco riporta il numero totale di infortuni denunciati all'INAIL (settore Costruzioni) negli anni 2013-2017 suddivisi per provincia di accadimento.

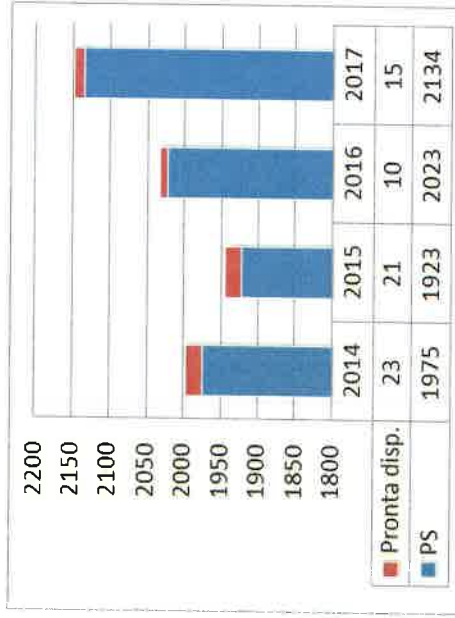
Si può osservare dalle figure un trend decrescente del fenomeno infortunistico per tutte le province con poche eccezioni circoscritte a specifici periodi.

Nel quinquennio osservato, la diminuzione totale degli infortuni denunciati nel Lazio (settore Costruzioni) è stata del 23,0% (media annua del 5,75%).

Nella provincia di Viterbo, la diminuzione totale nel quinquennio è stata del 39,2% (media annua del 9,8%).

Fonte: INAIL

Accessi al PS e interventi in pronta disponibilità per infortuni sul lavoro nel periodo 2014-2017

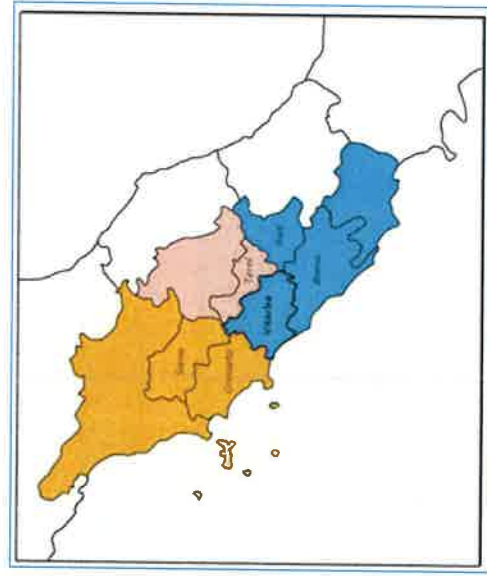


Anno	Pronto Soccorso	Pronta disp.	Totale
2014	1975	23	1998
2015	1923	21	1944
2016	2023	10	2033
2017	2134	15	2149

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 e quelli per i quali, pur non essendoci stato accesso al PS, gli operatori SPreSAL sono intervenuti a seguito di chiamata in pronta disponibilità.

Il flusso SIES è utilizzato per programmare gli interventi su infortuni gravi e mortali.



Fonte: SIES

Gli accessi ai Centri di Pronto Soccorso della ASL 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.

	2014	2015	2016	2017
Viterbo	1626	1555	1633	1676
Roma	258	282	313	359
Rieti	30	31	19	26
Grosseto	9	11	11	9
Terni	16	9	9	20
Siena	8	7	11	5
Altro	51	49	37	54
Totale	1998	1944	2033	2149

Casi di malattia professionale denunciati e definiti positivamente dall'INAIL nel Lazio e nella provincia di Viterbo. Anni 2012-2017

	m. professionali totali			silicosi e pneumoc. da silicati			m. da sovracc. biom. arti e rachide			tumori			altre malattie		
	Lazio	VT	VT/Lazio	Lazio	VT	VT/Lazio	Lazio	VT	VT/Lazio	Lazio	VT	VT/Lazio	Lazio	VT	VT/Lazio
2012	719	97	13%	12	10	83%	521	73	14%	34	2	6%	152	12	8%
2013	914	166	18%	9	8	89%	697	127	18%	50	6	12%	158	25	16%
2014	1001	110	11%	9	8	89%	778	81	10%	55	7	13%	159	14	9%
2015	1145	87	8%	8	8	100%	947	58	6%	51	7	14%	139	14	10%
2016	1011	94	9%	5	5	100%	832	64	8%	35	7	20%	139	18	13%
2017	887	45	5%	1	-	-	775	32	4%	28	5	18%	83	8	10%
'12-'17	5677	599	11%	44	39	89%	4550	435	10%	253	34	13%	830	91	11%

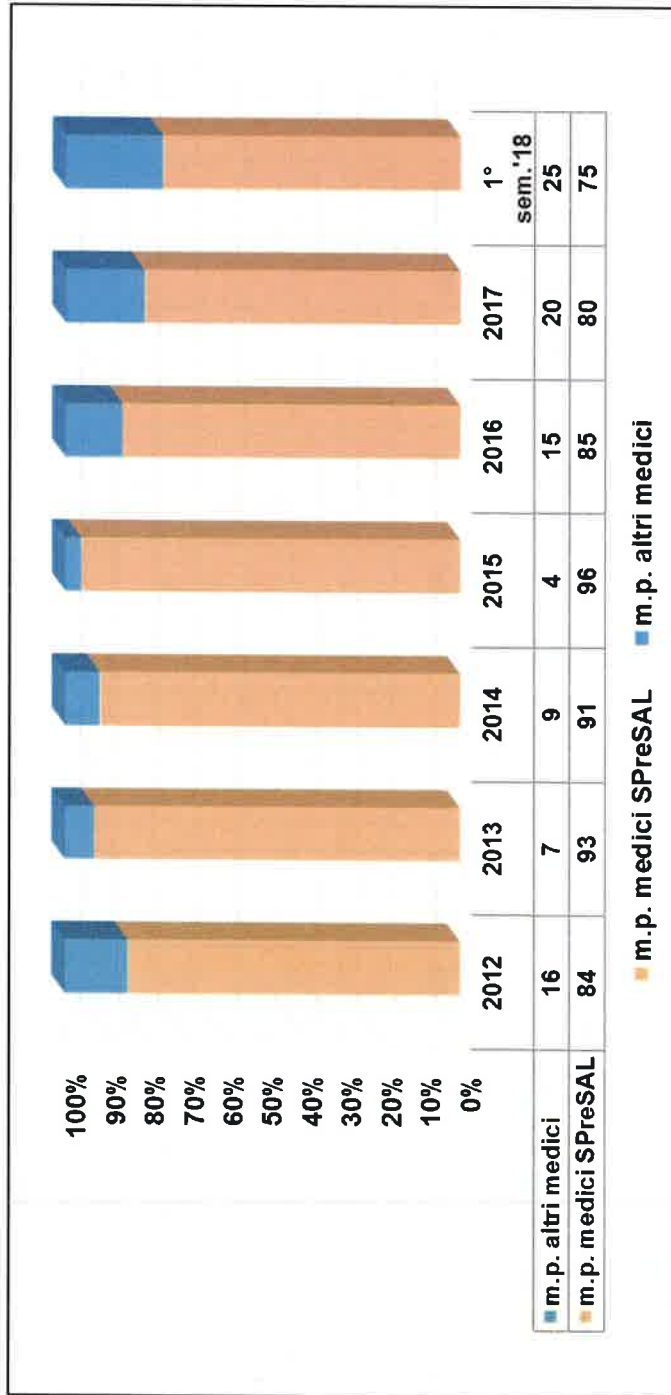
Fonte: elaborazioni Osservatorio malattie professionali PreSAL su dati INAIL

La tabella mostra, dal 2012 al 2017, il significativo peso in percentuale delle malattie professionali denunciate e definite positivamente dall'INAIL nella provincia di Viterbo, rispetto al contesto regionale; da segnalare che nell'ultimo triennio in media, il 17% dei tumori occupazionali regionali 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

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

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



Nel grafico e nella tabella è rappresentata la distribuzione delle malattie professionali denunciate allo SPreSAL, nella provincia di Viterbo, per tipologia di medico segnalatore, dal 2012 al 1° sem. 2018, che evidenzia il costante e significativo contributo dei medici ASL nella emersione del fenomeno tecnopatologico

	n° m.p. medici SPreSAL	n° m.p. altri medici
2012	272	52
2013	397	32
2014	527	51
2015	328	14
2016	264	45
2017	242	61
1° sem.'18	76	25

Fonte: Osservatorio malattie professionali SPreSAL

**Casi di malattia professionale segnalati allo SPreSAL in provincia di Viterbo per tipologia di malattia.
Anni 2012 – 1° sem. 2018**

tipologia	2012	2013	2014	2015	2016	2017	1° sem. 2018	totale
ipoacusia da rumore	34	51	40	28	26	16	10	205
m. cutanee	5	5	5	5	9	6	2	37
m. psichiche	2	1	3	1	2	2	-	11
m. da sovraccarico biomeccanico	255	338	488	266	231	251	68	1897
- di cui m. del rachide	114	139	172	103	109	113	27	777
- di cui m. a carico degli arti sup.	121	143	258	142	108	110	33	915
- di cui m. a carico degli arti inf.	2	9	8	4	-	5	2	30
- di cui m. osteo-articolari	18	47	50	17	14	23	6	175
m. respiratorie	21	19	16	19	19	10	8	112
- di cui m. respiratorie allergiche	2	3	-	3	1	-	-	9
- pneumoconiosi da polveri inerti	-	-	1	-	-	-	-	1
- di cui silicosi	13	9	8	8	9	6	4	57
- di cui altre m. respiratorie	6	7	7	8	9	4	4	45
tumori professionali	7	14	22	19	21	17	13	113
altra	-	1	4	4	1	1	-	11
totale	324	429	578	342	309	303	101	2386

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.

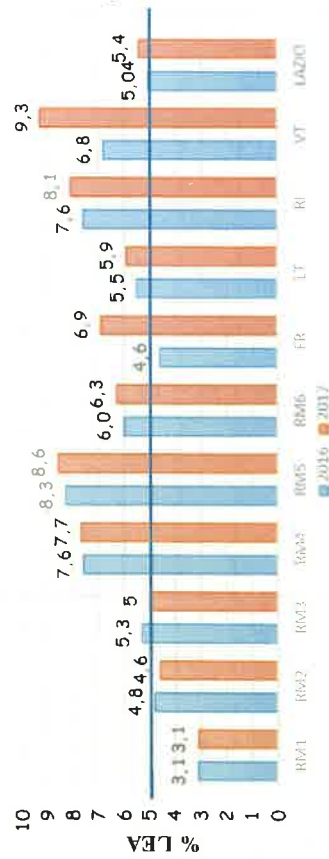
Nella tabella a fianco è riportato l'andamento delle segnalazioni/denunce di malattia professionale nel periodo 2012-1° sem. 2018, suddivise per tipologia.

Il trend in crescita del numero di malattie professionali segnalate dal 2012 al 2014 risulta invertito nel periodo successivo, 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 (251 casi nel 2017). Da segnalare, nell'intero periodo osservato, l'emersione anche di malattie meno note, quali le malattie cutanee ed i tumori occupazionali.

Rilevazione LEA: copertura del territorio per singola ASL

	2013			2014			2015			2016/2017					
	Totale aziende da vigilare 226.172			Totale aziende da vigilare 227.318			Totale aziende da vigilare 227.335			2016			2017		
	LEA 5%	Aziende vigilate	LEA	LEA 5%	Aziende vigilate	LEA	LEA 5%	Aziende vigilate	LEA	ASL	LEA 5%	Aziende vigilate	LEA	Aziende vigilate	LEA
RM A	1.909	962	2,52	1.943	1.005	2,59	1.946	921	2,4	RM1	3188	1985	3,1	1.981	3,1
RM E	1.235	1.231	4,98	1.238	1.475	5,96	1.241	1.259	5,1	RM2	2197	2096	4,8	2.016	4,6
RM B	1.096	886	4,04	1.096	876	4	1.099	821	3,7	RM3	950	1.009	5,3	955	5,0
RM C	1.090	1.099	5,04	1.094	1.120	5,12	1.097	1.518	6,9	RM4	478	727	7,6	731	7,7
RM D	923	1.049	5,68	946	1.011	5,34	950	966	5,1	RM5	727	1.203	8,3	1.250	8,6
RM F	472	677	7,17	477	728	7,63	478	736	7,7	RM6	925	1.114	6	1.169	6,0
RM G	732	1.139	7,78	728	1.307	8,98	727	1.713	11,8	FR	873	796	4,6	1.206	6,9
RM H	923	884	4,79	926	907	4,9	925	811	4,4	LT	1143	1.268	5,5	1.352	5,9
FR	893	1.310	7,33	879	1.346	7,65	873	1.033	5,9	RI	290	442	7,6	469	8,1
LT	1.133	821	3,62	1.142	1.072	4,69	1.143	1.049	4,6	VT	598	813	6,8	1.115	9,3
RI	295	517	8,76	286	539	9,42	290	487	8,4	LAZIO	11.367	11.453	5,04	12.244	5,4
VT	607	744	6,13	611	819	6,71	598	875	7,3						
LAZIO	11.308	11.319	5	11.366	12.205	5,4	11.367	12.189	5,4						



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.

Fonte: Regione Lazio

Rilevazione LEA: attività di vigilanza per comparto e per singola ASL periodo 2012-2017

	CANTIERI VIGILATI				AZIENDE VIGILATE IN EDILIZIA							
	2013	2014	2015	ASL	2016	2017	2013	2014	2015	ASL	2016	2017
ASL	299	208	141				366	345	262			
RMA	386	445	483	RM1	457	476	634	593	521	RM1	656	625
RME	433	376	374				614	540	589			
RMB	418	401	425	RM2	685	466	818	761	902	RM2	1290	885
RMC	414	352	223	RM3	252	328	449	419	300	RM3	353	328
RMD	364	375	376	RM4	383	361	432	436	410	RM4	451	454
RME	362	380	435	RM5	320	329	812	780	1059	RM5	782	802
RMF	242	396	329	RM6	290	235	382	508	402	RM6	588	575
RMG	801	758	609	FR	325	648	827	785	643	FR	343	663
RMH	355	466	390	LT	378	320	334	552	461	LT	749	827
FR	350	353	351	RI	263	310	361	373	358	RI	288	357
LT	262	269	239	VT	208	229	423	461	476	VT	421	621
RI	4686	4779	4375	LAZIO	3561	3702	6452	6553	6383	LAZIO	5921	6137
VT												
LAZIO												

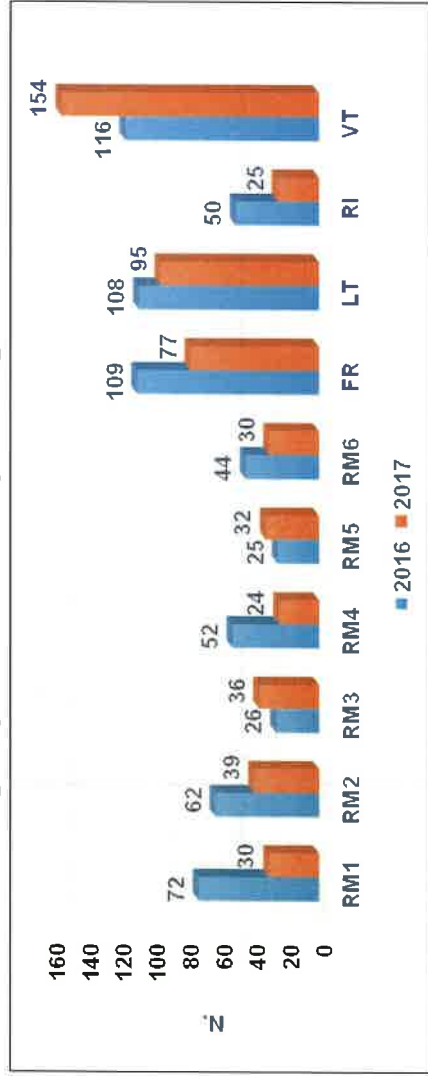
Fonte: Regione Lazio

Nella tabella sono riportati i dati della rilevazione regionale dei LEA per l'attività di vigilanza in edilizia e in agricoltura. Nel 2017 sono stati controllati 229 cantieri, 621 imprese edili e 191 aziende agricole.

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

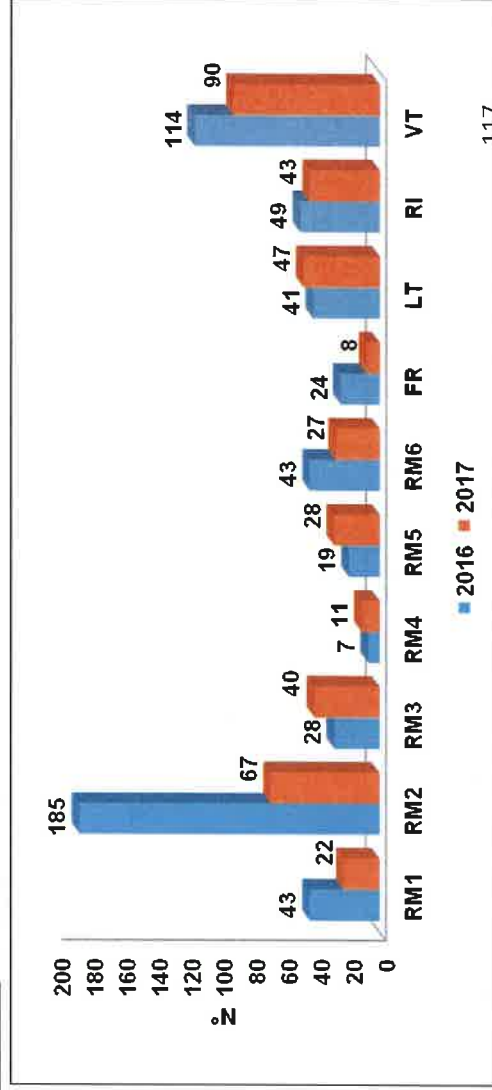
Nelle tabelle sono riportati i dati della rilevazione regionale dei LEA per le attività di indagine, conseguenti ad infortuni e malattie professionali.

Indagini per infortunio per singola ASL



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

Indagini per malattie professionali per ASL

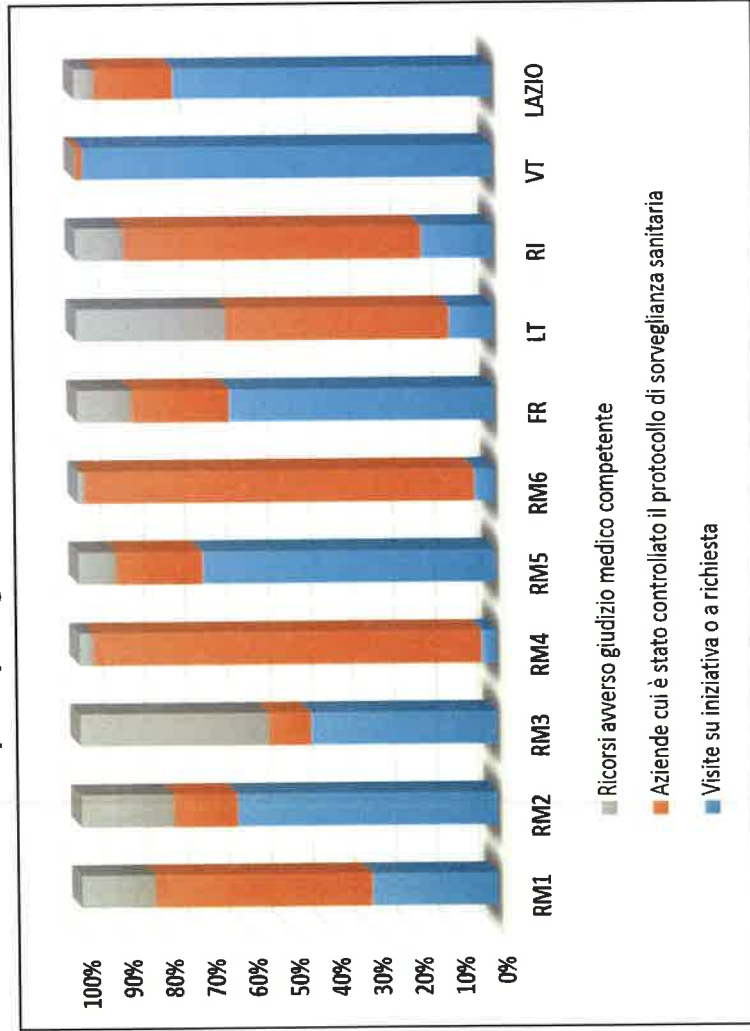


L'ASL Viterbo, nel 2017, è la prima nel Lazio anche per il numero di indagini per malattia professionale

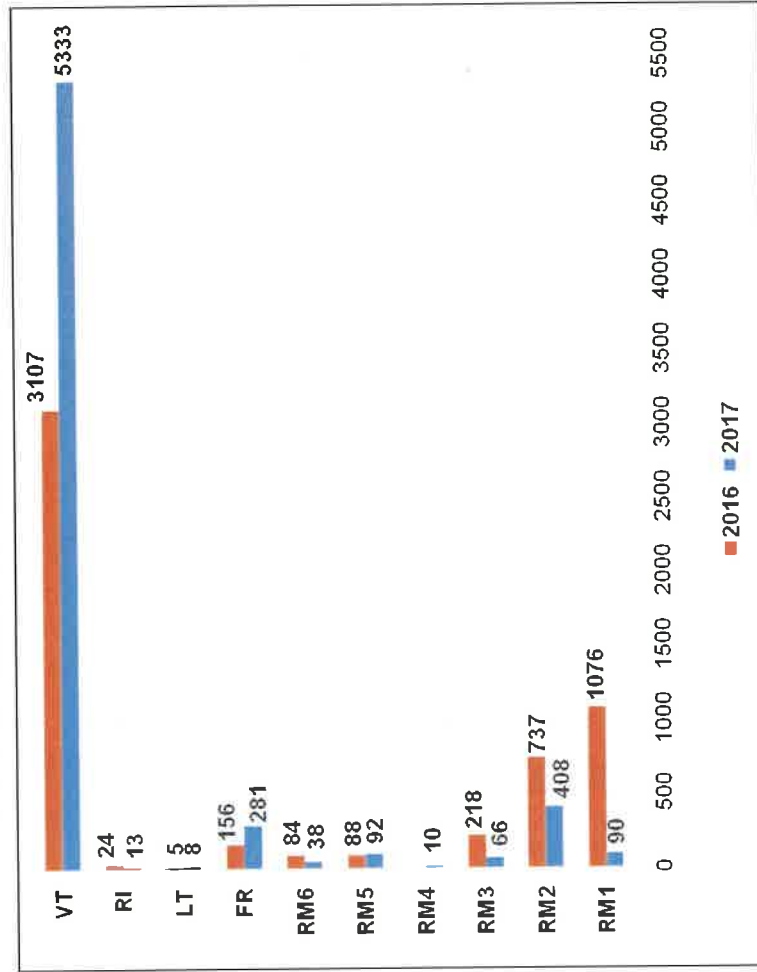
Rilevazione LEA : attività sanitaria

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, sia nel 2016 che nel 2017, pari al 57% nel 2016 ed all' 84% nel 2017 rispetto al totale dell' attività sanitaria svolta.

Distribuzione % per tipologia di attività sanitaria, per ASL , 2017



Visite su iniziativa o a richiesta, per ASL, 2016-2017



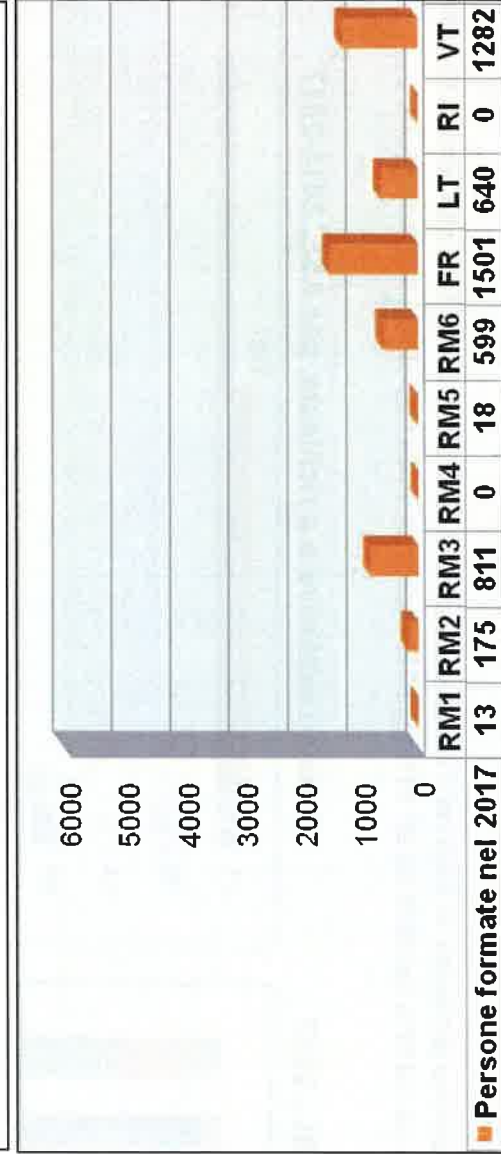
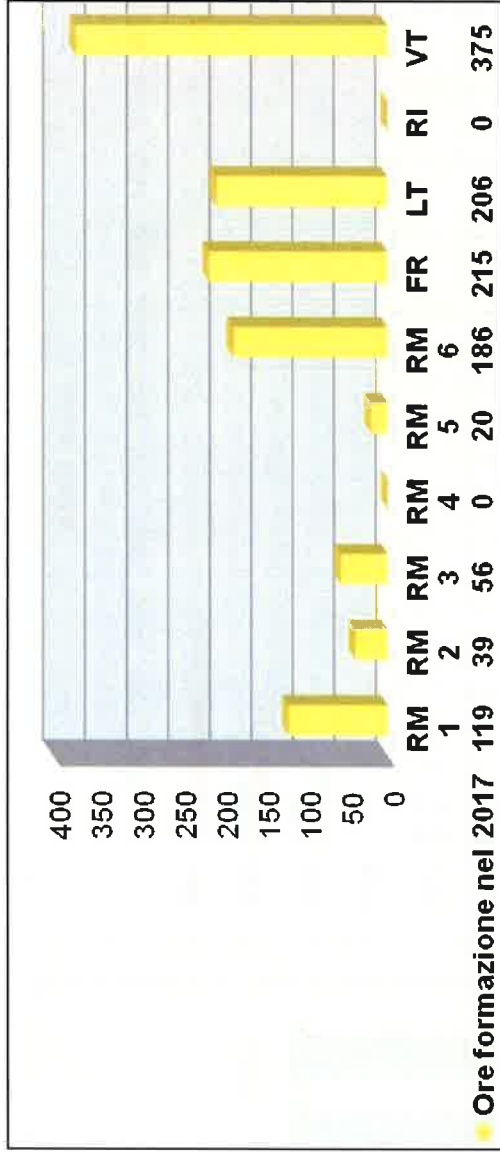
Fonte: Regione Lazio

Rilevazione LEA: attività di formazione per singola ASL

Nella tabella e nei grafici sono riportati i dati della rilevazione regionale dei LEA per l'attività di formazione, negli anni 2016 e 2017. Nel 2017 sono state erogate 997 ore di formazione e raggiunti 1282 soggetti (studenti di Istituti tecnici e professionisti impegnati in attività di prevenzione).

nella Regione Lazio, la ASL Viterbo si colloca al primo posto per le ore di formazione svolte ed al secondo posto per il numero di soggetti formati

	Ore di formazione		Persone formate	
	2016	2017	2016	2017
RM1	1245	119	RM1	59
RM2	168	39	RM2	415
RM3	45	56	RM3	900
RM4	0	0	RM4	0
RM5	415	20	RM5	50
RM6	110	186	RM6	430
FR	130	215	FR	2165
LT	118	206	LT	245
RI	0	0	RI	0
VT	997	375	VT	5809
LAZIO	3228	1216	LAZIO	10073
				5039



3F.6 Prevenzione della salute animale

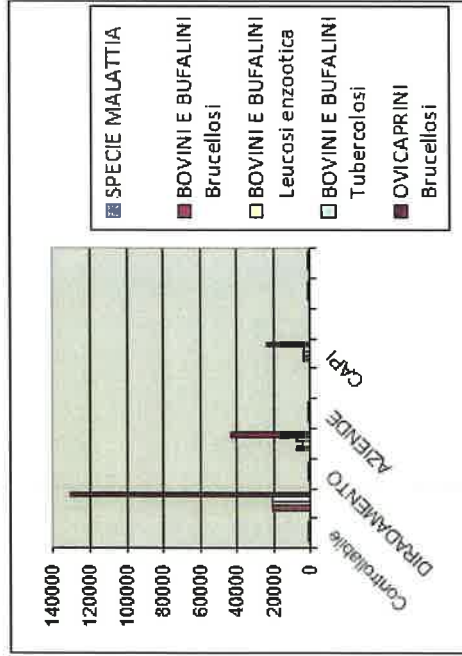
La ASL di Viterbo monitora la salute degli animali di interesse zootecnico mediante Piani di Eradicazione, cofinanziati dalla Unione Europea, e Piani di Sorveglianza determinati dalla Regione Lazio.

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.

Tuberculosis Bovina e Bufalina, Brucellosi Bovina e Bufalina e Leucosi Enzoistica Bovina. Controlli negli Allevamenti e negli animali



A.S.L. VITERBO

SPECIE	MALATTIA	Controllabile		DIRADAMENTO		AZIENDE		CAPI		% Aziende Controllate	% Capi Controllati
		AZIENDE	CAPI	AZIENDE	CAPI	Controllate	Positive	Controllati	Positivi		
BOVINI E BUFALINI	Brucellosi	545	21051	183	6951	110	0	3317	0	60,10	47,70
	Leucosi enzoistica	545	21051	112	4214	110	0	3317	0	98,20	78,70
	Tuberculosis	545	21051	183	6951	110	0	3317	0	60,10	47,70
OVICAPRINI	Brucellosi	1067	130939	354	43183	209	0	23770	0	59,00	55,00

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

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 2018

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 2018

I piani di eradicazione nei confronti delle più importanti malattie infettive degli animali da reddito vengono svolti sulla base di disposizioni comunitarie e ministeriali. La loro modulazione viene affidata dalle norme all'Autorità Competente Regionale che, in relazione ai risultati di attività degli anni precedenti e tenuto conto delle analisi a rischio, annualmente traccia le linee guida alle quali i Servizi Veterinari si attengono per svolgere i controlli. I Piani di Eradicazione si effettuano per bovini e bufalini nei confronti di tubercolosi con inoculo intradermico di tubercolina e nei confronti di brucellosi e leucosi enzoistica con prelievo di sangue. Già nel 2007 la Provincia di Viterbo è stata dichiarata ufficialmente indenne dalle tre forme morbose. Questo ha consentito un diradamento dell'attività che attualmente viene svolta nei confronti del 33% degli allevamenti da riproduzione e all'interno di questi su animali al di sopra dei 24 mesi di età. Dal 2018 la Regione Lazio ha disposto il controllo per la leucosi enzoistica nel 20% degli allevamenti da riproduzione. Sono esclusi dai controlli gli allevamenti da ingrasso e quelli per autoconsumo. All'interno della Regione Lazio la Provincia di Viterbo è quella che ha il maggior patrimonio ovino (1.230 allevamenti e 30.511 capi). Nelle specie ovina e caprina si effettuano controlli per la eradicazione della brucellosi. A seguito dell'attività di controllo, iniziate nel 1992 il territorio provinciale è stato dichiarato ufficialmente indenne per brucellosi nel 2004. L'Autorità Regionale ha stabilito nelle linee guida il controllo del 33% degli allevamenti e all'interno di ogni allevamento il 40% dei capi presenti.

Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC): stato avanzamento obiettivi al 30/09/2018

Adempimenti LEA: Controllo sanitario degli alimenti di origine animale in fase di commercializzazione e somministrazione (PRIC) reg. CE 852, 853, 854 e 882/2004

anno 2017		9 mesi 2018			
campioni assegnati dalla Regione anno 2017	campioni effettuati	% campioni effettuati*	campioni assegnati dalla Regione anno 2018	campioni effettuati nei 9 mesi 2018	% campioni effettuati
158	293,00	185%	158	133	84%

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 2017 il numero dei campioni effettuati supera quello dei campioni assegnati poichè, a seguito di emergenze e verifiche varie, sono stati effettuati 135 campioni Extrapiano.

Nei del 2018 la % dei campioni effettuati (84%) risulta ben maggiore rispetto a quanto programmato per i nove mesi (75%). Ciò fa presupporre il pieno rispetto dell'obiettivo assegnato dalla Regione Lazio per il 2018.

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. Nei primi 9 mesi 2018 sono stati effettuati 35 campioni Extrapiano.

Piano Nazionale Residui, Piano Regionale Residui e D. Lgs. 158/2006: obiettivi al 30/09/2018

CONTAMINAZIONE ALIMENTI - Controllo per la riduzione dell'uso dei farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti negli animali di origine animale e loro residui

anno 2017					
campioni assegnati dalla Regione anno 2017	campioni effettuati	% campioni effettuati	partite assegnate per esami istologici dalla Regione anno 2017	partite effettuate	% partite effettuate
79	82	104%	6	6	100%
			n. macellazioni speciali d'urgenza effettuate nei macelli del territorio anamnestico dalla Regione 9 mesi 2017		63
			n. campioni effettuati su sospetto clinico anamnestico		212
					337%
9 mesi 2018					
campioni assegnati dalla Regione anno 2018	campioni effettuati	% campioni effettuati	partite assegnate per esami istologici dalla Regione anno 2018	partite effettuate	% partite effettuate
82	58	71%	6	4	67%
			n. macellazioni d'urgenza effettuate nei macelli del territorio della AUSL VT nei primi 9 mesi 2018		40
			n. campioni effettuati su sospetto clinico anamnestico		160
					400%

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Servizio Veterinario B

La percentuale dei campioni effettuati nel 2017 supera quanto richiesto e nei nove mesi 2018 raggiunge il 71%. L'obiettivo assegnato dalla Regione nel 2018 potrà essere raggiunto mediante un incremento dell'attività nell'ultimo trimestre.

Il numero delle partite assegnate per esami istologici relative all'anno 2017 risulta raggiunto. Nei primi nove mesi 2018 la percentuale di partite effettuate risulta al 67%.

Il numero delle macellazioni speciali d'urgenza in base al sospetto clinico anamnestico indicato dalla Regione è stato ampiamente superato nel 2017. Tale risultato positivo si riscontra anche nei nove mesi 2018 (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 30/09/2018

Sistema rapido di allerta anno 2017		9 mesi 2018	
Controlli effettuati	538	Allerte ricevute dalle autorità centrali (Ministero Salute e Area Sanità Veterinaria Regione Lazio)	22
		% risposte entro 7 gg	100%
		risposte alle Autorità entro 7 gg	22
		Controlli effettuati	83
		Allerte ricevute dalle autorità centrali (Ministero Salute e Area Sanità Veterinaria Regione Lazio)	24
		% risposte entro 7 gg	100%
		risposte alle Autorità entro 7 gg	24
		% risposte entro 7 gg	100%

Si fa presente che nel 2017 il Servizio ha dovuto sopperire alla problematica «UOVA AL FIBROPIL e AMITRAZ», come si può constatare dal numero delle allerte (26) e dei controlli effettuati (538). Inoltre ha dovuto distruggere 19.000 galline ovaiole, 107 quintali di uova con un enorme lavoro per il personale del servizio.

Nei primi 9 mesi del 2018, a fronte di un minor numero di controlli, c'è stato un incremento del numero di allerte ricevute.

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 2017 - Settembre 2018

anno 2017		9 mesi 2018															
attività censite	1.121	% standard attività riconosciute da controllare nel 2017	100%	% attività riconosciute controllate nel 2017	100%	% standard attività riconosciute da controllare nel 2018	100%	% attività riconosciute controllate nei 9 mesi 2018	100%	% standard attività registrate da controllare nel 2018	20%	Totale attività registrate	1.050	n. controlli effettuati sulle attività registrate	224	% controlli effettuati sulle attività registrate nei 9 mesi 2018	21%
		% attività riconosciute da controllare nel 2017	100%	% standard attività registrate da controllare nel 2017	33%	% controlli effettuati sulle attività registrate nel 2017	48%	attività censite	1.112	% standard attività riconosciute da controllare nel 2018	100%						
		Totale attività registrate	1.059	n. controlli effettuati sulle attività registrate	504	% controlli effettuati sulle attività registrate nel 2017	48%										

La percentuale dei controlli sulle attività riconosciute, come previsto per legge è pari al 100% sia nel 2017 che nei 9 mesi 2018.

La percentuale dei controlli sulle attività registrate nel 2017 raggiungendo il 48%, è andata ben oltre gli obiettivi previsti del 33%, mentre nei primi nove mesi 2018 (21%) ha già superato il risultato richiesto dalla Regione (standard prefissato del 20%).

Attività riconosciute e registrate come da Reg. CE 852/853 del 2004 – Gennaio 2017 - Settembre 2018

Attività lattiero casearie registrate e riconosciute

9 mesi 2018		% standard attività riconosciute e registrate controllate nei primi 9 mesi 2018	149%
Attività censite	controlli effettuati		
57	85		

Tutte le attività del settore lattiero – caseario, sia riconosciute che registrate, sono state controllate.

Nel 2018 è stata posta particolare attenzione al settore della ristorazione pubblica e collettiva.

Gli obiettivi prefissati sono stati ampiamente superati già nei primi 9 mesi riguardo alla ristorazione pubblica (135%), mentre per la ristorazione collettiva, si presuppone che saranno raggiunti con il normale svolgimento delle attività di controllo nell'ultimo trimestre del 2018.

Ristorazione pubblica e collettiva 2018

Ristorazione pubblica			Mense ospedaliere e RSA			Mense Case di riposo					
attività censite	% standard attività registrate da controllare nel 2018	n. controlli effettuati sulle attività registrate	% controlli effettuati sulle attività registrate nei 9 mesi 2018	attività censite	standard attività registrate da controllare nel 2018	n. controlli effettuati sulle attività registrate	% controlli effettuati sulle attività registrate nei 9 mesi 2018	attività censite	% standard attività registrate da controllare nel 2018	n. controlli effettuati sulle attività registrate	% controlli effettuati sulle attività registrate nei 9 mesi 2018
751	3%	31	135%	18	100	15	83%	60	10%	4	67%

Attività di macellazione come da Reg. CE 852-853-854/2004 - Gennaio 2017/Settembre 2018

Nel territorio della AUSL Viterbo sono attualmente presenti 7 stabilimenti di macellazione (6 carni rosse – 1 carni bianche) i compiti del servizio veterinario presso i macelli, oltre al controllo sulla salubrità delle carni liberalizzate al consumo umano, si estrinsecano anche attraverso lo svolgimento di altre attività quali il controllo sul benessere animale durante il trasporto, la stabulazione e la macellazione, l'identificazione degli animali, la rintracciabilità, la bollatura e l'etichettatura delle carni, il controllo sulla gestione dei materiali di cat. 1,2,3 e M.S.R., le osservazioni epidemiologiche (TBC, Brucellosi, Leucosi, Idatidosi), la ricerca di residui nelle carni, l'effettuazione dei campionamenti previsti dalle varie normative (TSE, trichine, microbiologici, residui,vari). Attraverso lo svolgimento di dette funzioni, il Servizio Veterinario adempie ai compiti istituzionali previsti dalla normativa vigente.

Macellazioni presso gli stabilimenti della provincia di Viterbo						
anno 2017						
Giornate di macellazione	Visite ante e post mortem eseguite	Controlli benessere animale	controlli rintracciabilità, bollatura, etichettatura	Controlli materiali cat. 1,2,3 e M.S.R.	Osservazioni epidemiologiche	Campioni effettuati (TSE, trichine, microbiologici, residui,vari)
1192	832366	1216	1057	1075	399	4465
9 mesi 2018						
Giornate di macellazione	Visite ante e post mortem eseguite	Controlli benessere animale	controlli rintracciabilità, bollatura, etichettatura	Controlli materiali cat. 1,2,3 e M.S.R.	Osservazioni epidemiologiche	Campioni effettuati (TSE, trichine, microbiologici, residui, vari)
854	598253	945	1264	908	206	4465

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, ridefiniti dalla DGR n. 563 del 19 settembre 2017, 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 Mesoteliomi), compiti di formazione, documentazione e ricerca, anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e private di riconosciuta autorevolezza scientifica.

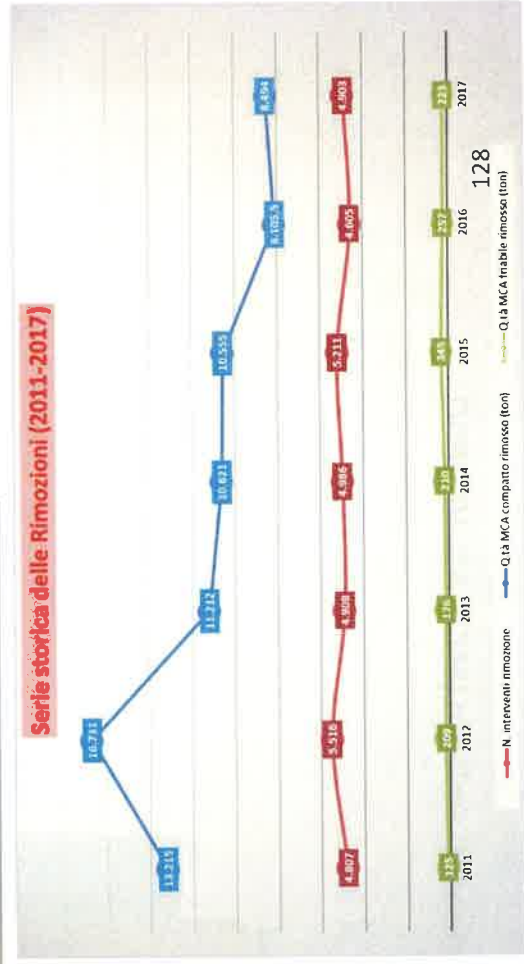
Gestione telematica per i Servizi di Prevenzione delle AA.SS.LL. dei flussi informativi per l'amianto

CONFRONTO SERIE STORICHE

	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Invio cartaceo				Invio telematico								
Aziende	103	91	88	86	108	120	135	158	149	155	155	162	165
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	4.903
Quantità 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	8.494
Quantità MCA friabile rimosso (ton)	318	409	177	232	38	398	125	209	176	210	345	257	223
N. addetti	552	532	525	407	525	625	632	762	820	735	799	844	914

* Dati del 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 disseminazione e bonifica dei materiali contenenti amianto. La tabella a fianco mostra i dati gestiti nell'arco di un decennio.



Andamento bonifiche ultimi 7 anni (2011-2017), 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

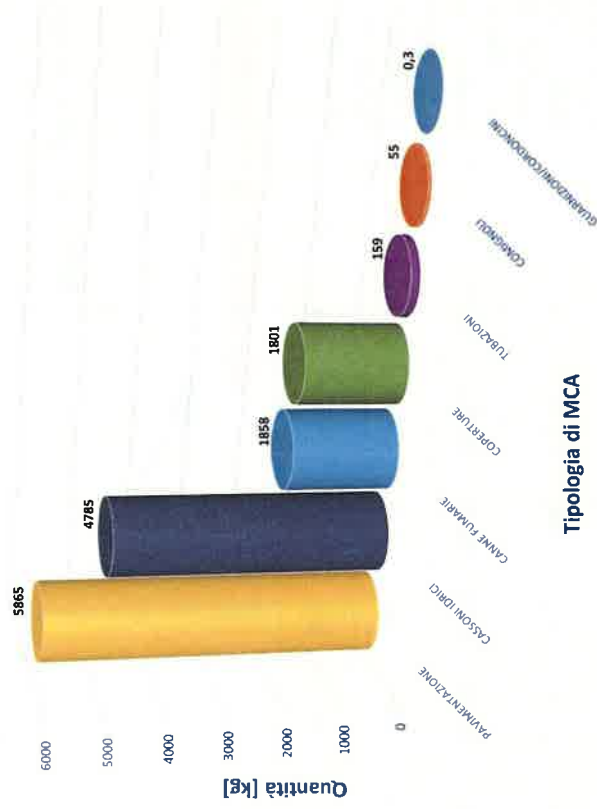
Sopralluoghi effettuati 39

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

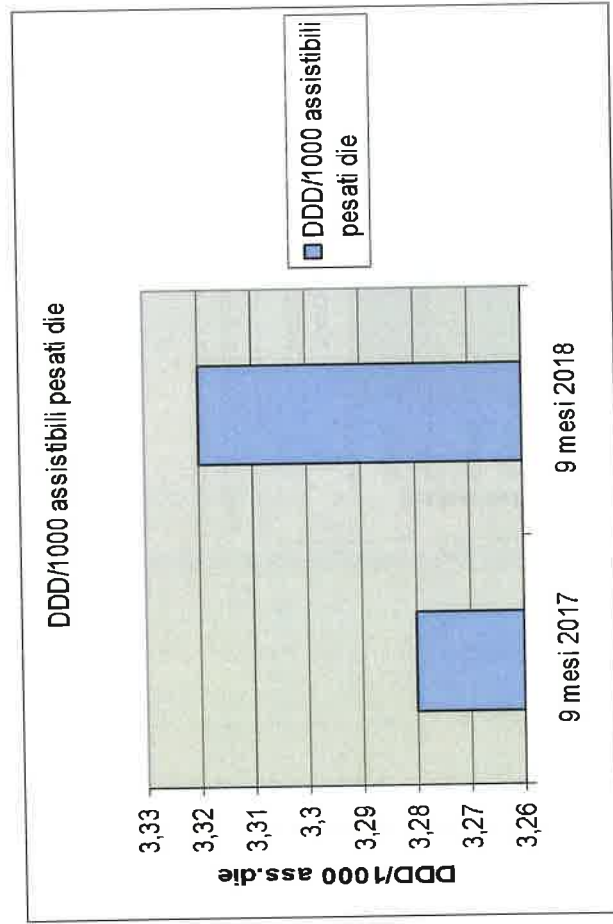


Tipologia MCA	Pavimentazione	Cassoni idrici	Canne fumarie	Coperture	Tubazioni	Comignoli	Guarnizioni/Cordone inini
kg	5.865	4.785	1.858	1.801	159	55	0,3

4. VALUTAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

4A. Spesa farmaceutica

Consumo territoriale di farmaci oppioidi



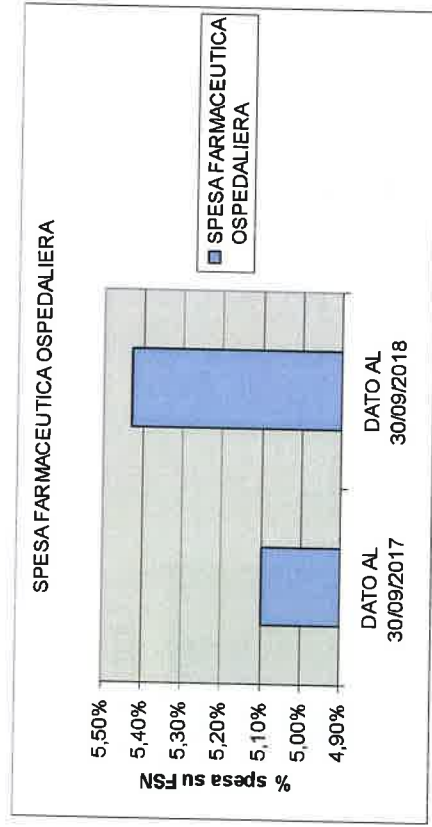
Il consumo di oppioidi mostra il grado di attenzione che il sistema sanitario dedica alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Il grafico mostra un incremento del 12% ,nei primi 9 mesi 2018 rispetto all'analogo periodo 2017, delle DDD per 1000 assistiti die che rappresenta una misura della quantità di farmaci prescritti, cioè il numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti.

Tale risultato, che conferma il trend di aumento dei consumi dei farmaci oppioidi, denota un ottimale monitoraggio del dolore da parte dei professionisti sanitari aziendali a favore degli assistiti nella Provincia.

Fonte: UOC Farmacia Aziendale

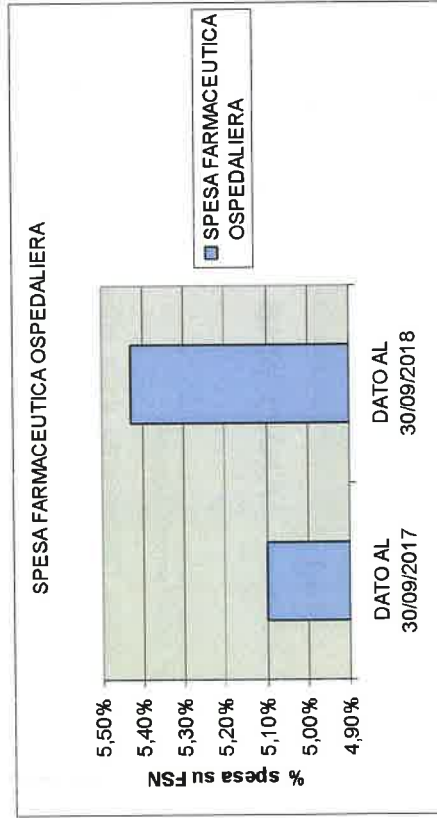
Riduzione dell'uso delle cefalosporine in età pediatrica



Fonte: UOC Farmacia Aziendale
La valutazione ottima è <= a 14%

La percentuale di popolazione pediatrica trattata con cefalosporine nei primi 9 mesi del 2018 risulta inferiore rispetto allo stesso periodo 2017. Tale risultato è dovuto ad una maggiore attenzione alla prescrizione degli antibiotici da parte dei pediatri anche in relazione al crescente bisogno di ridurre le resistenze antibiotiche.

Farmaceutica ospedaliera % di spesa sul FSN (ex tetto del 3,5%)

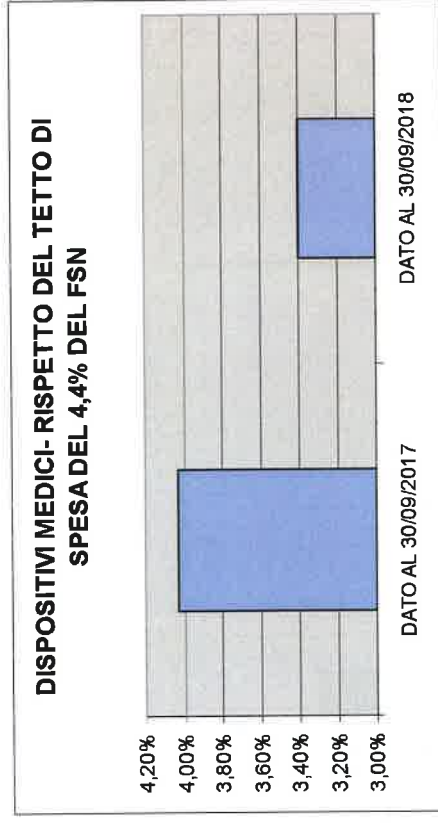


Fonte: UOC Farmacia Aziendale

Il grafico mostra i risultati della spesa farmaceutica OSPEDALIERA (spesa per gli acquisti diretti al netto della spesa per erogazione diretta e DPC); in particolare la % della spesa sul FSN (ex tetto del 3,5%, modificato poi dalla legge finanziaria 2017 che ha istituito il tetto per acquisti diretti del 6,89% del FSN, comprendente la spesa ospedaliera, la spesa per l'erogazione diretta e la spesa per la Distribuzione per Conto).

Si evidenzia il lieve incremento della stessa rispetto al dato 2017, specificando che nella spesa sono inseriti i farmaci innovativi che accedono ad un fondo economico ad hoc dell'AIFA. Lo scorporo di questa voce di spesa e delle note di credito dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA con particolari modalità di rimborso, porterà ad una diminuzione della % di spesa; il dato consolidato sarà quindi disponibile solo a fine anno.

Dispositivi medici - rispetto del tetto di spesa assegnato annualmente

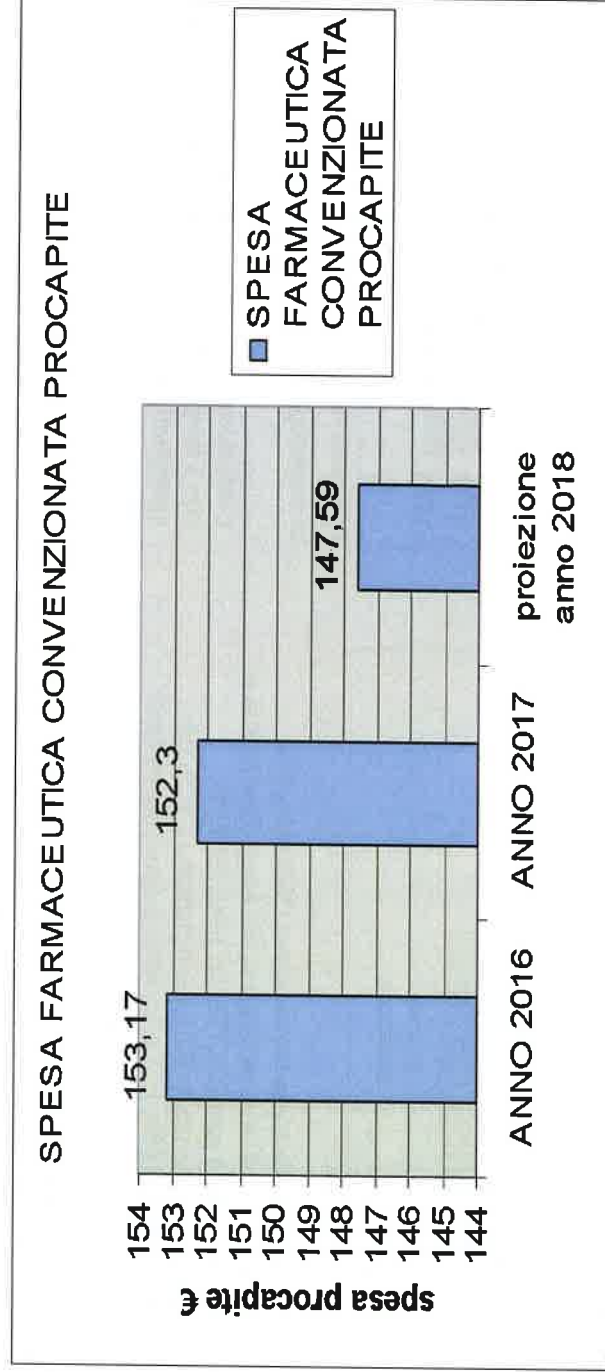


Fonte: UOC Farmacia Aziendale

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

L'adesione e approvazione di nuove gare e la ricontrattazione con i fornitori il monitoraggio puntuale dei consumi dei Dm alto spendenti, ha determinato un impatto complessivo positivo sul settore dei dispositivi medici.

**Spesa convenzionata netta procapite: confronto anno 2016-2017- 2018
(il dato 2018 è la proiezione con i dati dei primi nove mesi)**



Fonte: UOC Farmacia Aziendale

Il grafico mostra l'andamento della spesa netta convenzionata procapite nella Asl VT nel triennio 2016-2018. La scadenza brevettuale di molecole ad alto impatto di spesa e la conseguente diminuzione del costo, l'aumento dell'aderenza agli indicatori di appropriatezza regionale riguardanti categorie terapeutiche che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica convenzionata (e sulle quali nel corso del 2018 la farmacia Aziendale ha provveduto a svolgere degli AUDIT con i MMG) e l'incremento della Distribuzione per Conto regionale, hanno determinato una costante diminuzione della spesa netta convenzionata procapite.

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

Consumi suddivisi per CDR e confronto con il budget assegnato

n. cd	CDR 2018	2018 con ribalziamenti	Budget assegnato 2018	Differenza tra budget assegnato e stima anno 2018
1	UOC Affari Generali e Relazioni Esterne	€ 19.561	€ 34.890	€ 8.698
2	UOC Ingegneria Clinica	€ 170	€ 324	€ 96
3	UOC Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione, Bilancio e Sistemi Informativi	€ 12.401	€ 12.159	€ 576
4	UOC Programmazione e Gestione nell'Offerta Accreditati	€ 3.010	€ 2.192	€ 818
5	UOC E-Procurement	€ 48.677	€ 15.023	€ 50.057
6	Accordi AI/UC Farmacia Aziendale	€ 319.400	€ 535.759	€ 63.783
7	UOC Farmacia Aziendale	€ 744	€ 11.937	€ 10.812
8	Sviluppo dei Sistemi Informativi e della Sicurezza	€ 7.877	€ 4.430	€ 594
9	UOC Pratiche e Certificazioni della Ricerca Italiana	€ 26.098	€ 26.512	€ 8.381
10	UOC Direzione Sanitaria Polo Ospedaliero	€ 400	€ 677	€ 91
11	UOC Formazione Universitaria Ricerca ICM	€ 22.506	€ 35.063	€ 4.972
12	UOC Governo delle Professioni sanitarie	€ 77.878	€ 113.063	€ 8.940
13	UOSD Antracologia Gastroenterica	€ 5.787	€ 609.573	€ 61.837
14	UOSD Chirurgia generale dell'Obesità	€ 124.531	€ 191.115	€ 71.619
15	UOC Chirurgia generale e miniminvasiva - week surgery Tarquinia	€ 497.745	€ 821.709	€ 156.226
16	UOC Chirurgia generale e Week Surgery Civita Castellana	€ 431.705	€ 619.604	€ 140.07
17	UOC Chirurgia Maxillo-Facciale	€ 63.313	€ 134.468	€ 49.819
18	UOC Chirurgia Maxillo-Facciale	€ 17.971	€ 59.917	€ 9.701
19	UOC Chirurgia Vascolare e d'Urgenza	€ 1.054.770	€ 1.858.702	€ 373.218
20	UOC Neurochirurgia	€ 19.641	€ 42.910	€ 10.091
21	UOSD Day e Week Surgery Polo	€ 23.605	€ 85.431	€ 53.872
22	UOC Endoscopia Digestiva Tarquinia	€ 406.073	€ 399.406	€ 107.148
23	UOC Neurochirurgia	€ 644.624	€ 959.809	€ 113.320
24	UOSD Oftalmologia e Rete Territoriale	€ 349.930	€ 438.276	€ 79.580
25	UOSD Ortopedia Civita Castellana	€ 417.119	€ 782.334	€ 224.620
26	UOSD Ortopedia e Traumatologia e Centro Microchirurgia della mano	€ 674.119	€ 1.101.080	€ 799.107
27	UOC Ortopedia e Traumatologia Tarquinia	€ 343.332	€ 399.406	€ 207.772
28	UOC Ortopedia e Traumatologia Tarquinia	€ 299.790	€ 336.216	€ 2.817
29	UOC Ortopedia Tarquinia	€ 203.391	€ 285.621	€ 13.688
30	UOC Anestesiologia	€ 1.181	€ 3.013	€ 1.437
31	UOSD Anestesiologia Centro per la Terapia del dolore e cure palliative	€ 99.513	€ 138.113	€ 5.067
32	Direttoriale	€ 42.573	€ 42.241	€ 14.089
33	UOC Anestesiologia Civita Castellana	€ 65.720	€ 928.925	€ 53.873
34	UOC Anestesiologia Tarquinia	€ 64.970	€ 2.012.921	€ 672.114
35	UOC Cardiologia	€ 75.880	€ 977.873	€ 10.145
36	UOC Cardiologia per lo studio funzionale e dell'elettrofisiologia	€ 385.282	€ 312.903	€ 65.119
37	UOC Neurologia e TIN	€ 17.054	€ 83.990	€ 7.000
38	UOC Diagnostica e Genetica Polo	€ 213.889	€ 294.762	€ 8.794
39	UOC Pronto Soccorso Civita Castellana	€ 87.170	€ 99.751	€ 10.106
40	UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaliero	€ 344.454	€ 490.643	€ 30.096
41	UOC Pronto Soccorso Tarquinia	€ 36.967	€ 49.747	€ 1.538
42	UOC Radiologia	€ 778	€ 1.000	€ 40
43	UOSD Utr Polo	€ 34.252	€ 650.000	€ 614
44	UOSD Coordinamento Programmi di Vaccinazione	€ 490	€ 1.216	€ 1.216
45	UOC Servizio Igiene e Sanità pubblica	€ 1.757	€ 2.740	€ 1.644
46	UOC Servizio Veterinario Sanità Animale e C. Igiene degli allevamenti	€ 21.697	€ 32.495	€ 3.486

Fonte: Controllo di Gestione

Il budget assegnato a ciascuna U.O. è stato determinato sulla base del consumato 2017.

Sono stati presi inoltre in considerazione:

- eventuali differenze positive tra budget assegnato e consumato 2017 dovute ad una sovrastima della previsione di spesa;
- eventuali differenze negative tra budget assegnato e consumato 2017 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 2018") risulta coerente con i costi previsti nel bilancio 2018.

n. del 2018 - COD 2018	2018 con ribaltamenti		Budget assegnato 2018		Differenza tra budget assegnato e stima anno 2018	
	€	€	€	€	€	€
-50	UCC Servizio Veterinario	6.640	6.984	7.093		
-52	UCC SPRESAL	8.430	10.200	770		
-53	UOSD Vaccinazioni Pediatriche	1.907.993	7.464.577	378.096		
-54	UCC Salute Mentale e Distretto A	138.818	148.578	37.024		
-55	UCC Salute Mentale e Distretto B	140.313	170.170	17.535		
-56	UCC Salute Mentale e Distretto C	140.536	176.782	11.114		
-57	UCC SPDC	89.139	48.288	4.041		
-58	UCC TSMEE	1.685	3.025	777		
-59	UCC Anatomia e Istologia Patologica	117.307	101.577	56.069		
-60	UCC Citogenetica e Citologia Vaginale	222.785	241.676	56.160		
-61	UOSD Diagnostica clinica di urgenza Civita Castellana e Biologia	412.753	678.620	126.771		
-62	Molecolare Viterbo Hub	85.417	169.693	31.255.489		
-63	UOSD Diagnostica clinica di urgenza Tarquinia	1.504.565	2.907.797	351.401		
-64	UOSD Diagnostica clinica Polo	31.541	40.074	1.271		
-65	UOSD Diagnostica e Screening oncologico	693.574	720.564	206.723		
-66	UCC Diagnostica per Immagini	4.135.409	4.734.134	772.573		
-67	UCC Imatologia	21	80	51		
-68	UOSD Fisica Sanitaria	198.863	246.679	10.251		
-69	UOSD Medicina Nucleare	4.658.958	5.362.616	1.133.793		
-70	UCC Oncologia e Rete oncologica	3.439	4.296	307		
-71	UCC Radioterapia	608.906	704.978	109.127		
-72	UCC SIMNT	35.974	35.974	17.177		
-73	UCC Diagnostica per Immagini Civita Castellana	3.660	6.766	1.873		
-74	UOSD Centro Diabetologico Adulti UOS Pediatrica	43.229	87.817	30.075		
-75	UOSD Centro per il Trattamento onco BPCO	141.573	108.383	80.899		
-76	UOSD Dermatologia	777.511	333.017	11.334		
-77	UCC Dipendenza	617	787	37		
-78	UOSD Disabile Adulto	982.882	1.010.194	303.915		
-79	UCC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto A	1.026.360	1.113.818	258.430		
-80	UCC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto B	1.371.805	1.576.035	308.130		
-81	UCC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse Distretto C	4.059.194	4.474.637	965.861		
-82	UCC Cure Primarie	3.954	6.625	1.338		
-83	UCC Medicina Legale	94	416	291		
-84	UCC Psicologia		109	109		
-85	UOSD Urologia	70.805	37.678	4.817		
-86	UOSD Angiologia	1.297.419	1.723.233	11.412		
-87	UCC Centro Aids	1.045.565	1.793.177	104.745		
-88	UCC Gastroenterologia	1.368.306	1.704.898	124.522		
-89	UCC Malattie Infettive	81.200	97.416	9.548		
-90	UOSD Medicina Generale Civita Castellana	200.424	193.585	74.381		
-91	UCC Medicina Generale e Coordinamento clinico Acquapendente	2.631.355	3.582.235	64.094		
-92	UCC Medicina Generale Polo	96.170	102.776	24.467		
-93	UOSD Medicina Generale Tarquinia	753.134	704.076	134.364		
-94	UCC Medicina Pronto Soccorso	1.518.089	2.496.040	483.336		
-95	UCC Neurologia e Dialisi	465.753	770.814	1.890		
-96	UCC Pediatria	6.899	11.114			
-97	UOSD Riabilitazione	3.066	3.987	117		
-98	UOSD Servizio Cardiologia Civita Castellana					

Fonte: Controllo di Gestione

Il valore dei beni consumati (stima a fine anno 2018), risulta in linea con il budget assegnato.

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 triennio 2015/2018 il risultato economico d'esercizio ha mostrato un trend costante, passando da valori negativi registrati fino al 2013 al pareggio di bilancio nel periodo in esame.

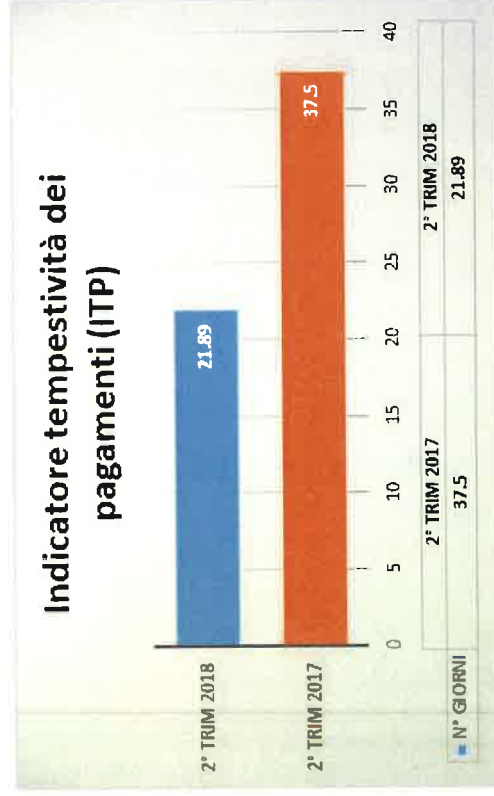
Tale importante risultato che ha consentito di raggiungere l'auspicato equilibrio economico-finanziario e di conseguire gli obiettivi regionali pianificati per il riequilibrio del bilancio aziendale è stato la sintesi di un'intensa attività volta a conciliare il consolidamento del percorso di innovazione e di miglioramento nei servizi sanitari offerti con una potenziata attività di razionalizzazione delle risorse economiche da utilizzare.

L'Azienda è costantemente impegnata, difatti, a ricercare e percorrere ogni possibile azione utile a tale scopo, attraverso, tra gli altri:

- analisi del fabbisogno nella fase relativa alla programmazione della procedura di gara, sia essa svolta in forma aggregata che in forma autonoma;
- corretta gestione delle scorte di magazzino e attenta pianificazione dei fabbisogni;
- assegnazione di budget economici agli ordinatori di spesa e monitoraggio periodico del rispetto dei budget assegnati;
- adesione a procedure di acquisto previste da convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento, ai sensi dell' art. 1 c. 449 L.296/2006.

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

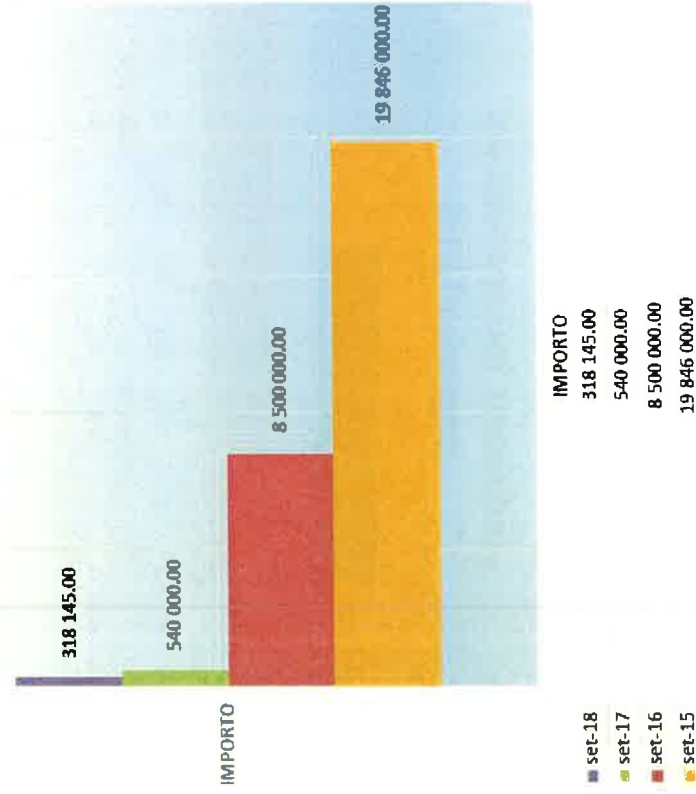
La tabella mostra un significativo miglioramento dell'indicatore dovuto sia ad un incremento delle disponibilità liquide rimesse dalla Regione, sia alla sottoscrizione della procedura denominata "Accordo Pagamenti" che, grazie alla messa in campo di un importante apparato organizzativo è riuscita ad 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.

Dalla tabella in esame si rileva un trend in deciso miglioramento passando dai 37,5 gg rilevati al II trimestre 2017 ai circa 22 gg del medesimo periodo del 2018, tanto maggiore se paragonato ai quasi 70 gg dell'anno 2016.

Valore esposizione debiti immessi sul sistema pagamenti

Valore esposizione debiti immessi sul sistema pagamenti

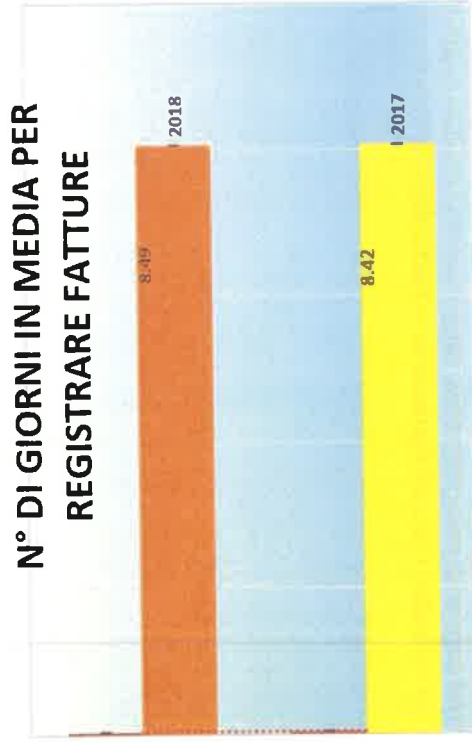


L'andamento del valore della voce indicante l'esposizione debitoria dell'Azienda, ha fatto registrare un significativo decremento.

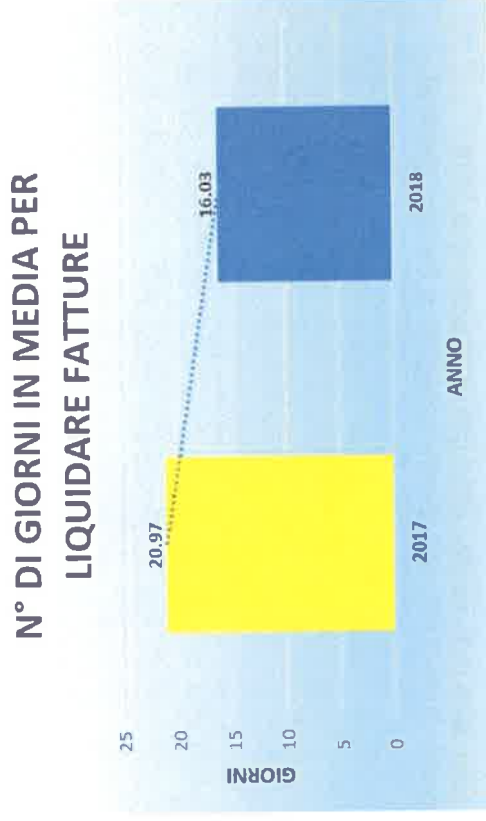
Tale sensibile contrazione risulta, come già detto, sia alla maggiore disponibilità finanziaria di cui l'Azienda si è trovata a disporre grazie alle rimesse regionali, sia all'adesione sempre più massiva dei fornitori alla procedura denominata "Accordo Pagamenti", scaturita dalla Deliberazione della 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, 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. Anche le Strutture che erogano prestazioni sanitarie hanno aderito a tale Accordo così uniformando tempi e modalità di trattamento anche di tali importanti categorie di soggetti fornitori di servizi che rappresentano per questa Azienda un'importante percentuale del totale del proprio debito, 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.

Nel corso del 2018, anche le Farmacie, che erano rimaste escluse da tale procedura, relativamente al pagamento della Distinta Contabile Riepilogativa (D.C.R.) mensile, hanno aderito a tale procedura.

Tempo medio di registrazione fatture



Tempo medio di liquidazione fatture



GIORNI

Al fine di contenere il processo di pagamento dei fornitori all'interno delle tempistiche fissate dalla normativa, è stata di enorme ausilio l'introduzione della fatturazione elettronica, obbligatoria per tutte le pubbliche amministrazioni dal 31 marzo 2015. Essa ha rappresentato una semplificazione del 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).

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 2018. Gli indicatori misurati riguardano in particolare l'aderenza ai Programmi Operativi 2016-2018, agli obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

AREA	MACRO OBIETTIVO*	OBBIETTIVO	INDICATORE	RIFERITO A/TITOLO	DATA RILEVATO AL: 30/09/2018
OBBIETTIVI DI SALUTE	PREVENZIONE SALUTE	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, calcolato nel periodo di riferimento X 100	≥ 60%	III TRIMESTRE 2018: 59,3%; DATO COMPLESSIVO RILEVATO AL 30/09/2018: 63%
OBBIETTIVI DI SALUTE	PREVENZIONE SALUTE	1.1 - Coperture 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 da luglio nel periodo di riferimento X100	≥ 30%	III TRIMESTRE 2018: 25,6%; DATO COMPLESSIVO RILEVATO AL 30/09/2018: 40,3%
OBBIETTIVI DI SALUTE	PREVENZIONE SALUTE	1.1 - Copertura test screening oncologici	1.1.3 - Numero di test di screening per la ricerca del sangue occulto fecale effettuato sulla popolazione target (50-74 anni) nel programma di screening organizzato, calcolato nel periodo di riferimento X100	≥ 50%	III TRIMESTRE 2018: 10% eseguite nel trimestre colonoscopie di follow up ripresa attiva inviti dal 1° ottobre, - DATO COMPLESSIVO RILEVATO AL 30/09/2018: 33,6%
Prevenzione	24.b	Screening area oncologica	raggiungere i seguenti standard per i tradizionali test di screening: -Mammella 2 50%; -Cervice Uterina 2 40%; -Colon retto pari 343%.	di riferimento proporzionale rispetto allo standard	III TRIMESTRE 2018: mt: 59,3; ct: 25,6; ccr: 10 - DATO COMPLESSIVO RILEVATO AL 30/09/2018: mc: 63; ct:40,3; ccr: 33,6
Prevenzione	14.g	Screening area oncologica	1.2 - Migliorare e consolidare la copertura vaccinale prevista per la vaccinazione MPR (Morbilli-Parotite-Issolia) e adattare offerta attiva delle vaccinazioni come standard operativo per l'età evolutiva	direttamente proporzionale rispetto allo standard	III TRIMESTRE 2018: mt: 50%; ct: 50%; ccr: 50% - DATO COMPLESSIVO RILEVATO AL 30/09/2018: mt: 50%; ct: 50%; ccr: 50%
OBBIETTIVI DI SALUTE	PREVENZIONE SALUTE	1.1 - Migliorare e consolidare la copertura vaccinale prevista per la vaccinazione MPR (Morbilli-Parotite-Rosola) e adottare 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%	95%
OBBIETTIVI DI SALUTE	PREVENZIONE SALUTE	2.1 - Potenziamento dell'assistenza domiciliare (AD): raggiungimento a livello regionale della copertura di almeno il 5% della popolazione di età uguale o superiore a 65 anni seguita in assistenza domiciliare come previsto dagli standard LEA	1.2.2 - N. nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita (chiamata attiva alle vaccinazioni)	2016: 60% 2017: 80%	100%
OBBIETTIVI DI SALUTE	ASSISTENZA TERRITORIALE	2.2 - Avvio in esercizio del Sistema Informativo di Assistenza Territoriale della Regione Lazio - SIAT nelle Aziende Sanitarie Locali	% di persone di età ≥ 65 anni seguite in AD / residenti nella ASL (Fonte dati SIAT) / numero di persone di età ≥ 65 anni residenti nella ASL (Fonte dati STAT)	2016: 2 1,8%; 2017: 2 2%	PONTE DATI SIAT AL 30/09/2018: 3943/74498 (dati popolazione al 1/1/2017)= 5,29%
OBBIETTIVI DI SALUTE	ASSISTENZA TERRITORIALE	2.3 - Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali: progressiva presa in carico a livello territoriale delle persone con patologia cronica e gestione integrata del percorso tra medico di medicina generale e ambito specialistico.	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 attivati: -La registrazione dei dati anagrafici del territorio; -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	RILEVAZIONE AL 30/09 DISTRETTI ASL: 1. dati anagrafici degli assistiti in AD vengono tutti registrati nel 5° mese operativo / 2. le richieste dei bisogni complessi vengono valutate nelle unità valutative distribuite / 3. per ogni bisogno complesso viene effettuato un piano assistenziale integrato. 4. a la data del 30/09/2018 risultano inseriti in SIAT aziende n. 2490 utenti con 2656 PAI in AD / 5. al 30/09/2018 erogate per casi complessi n. 19.320 prestazioni (fisioterapiche, n. 105.259 prestazioni infermieristiche e 16.436 prestazioni di operatori socio-sanitari)
OBBIETTIVI DI SALUTE	ASSISTENZA TERRITORIALE	3.1 - incremento dell'attività di raccolta nell'anno indice rispetto a quello dell'anno precedente	Prese in carico di pazienti affetti da diabete e/o BPCO (neo diagnosticati e/o prevalent)	SI in tutti i Distretti dell'ASL	SI
OBBIETTIVI DI SALUTE	AUTOSUFFICIENZA SANGUE E DERIVATI	Incremento del numero di donazioni di sangue	Incremento dell'attività di raccolta nell'anno indice rispetto a quello dell'anno precedente	50% PER IL 2017:100%	FORNTE DATI SIMT: donazioni 9 mesi 2017: n. 10.404; donazioni 9 mesi 2018: n. 10.360 - IL RESPONSABILE FA PRESENTE CHE IL RISULTATO NON E' ATTRIBUIBILE ESCLUSIVAMENTE ALLE AZIONI MESSE IN ATTO DAL SIMT
Economico-Gestione	11.g	Incremento del numero di donazioni di sangue	Incremento donazioni di almeno il 5% anno rispetto alla media del periodo 2012/2015	5%	FORNTE DATI SIMT: donazioni 9 mesi 2017: n. 10.404; donazioni 9 mesi 2018: n. 10.360 - IL RESPONSABILE FA PRESENTE CHE IL RISULTATO NON E' ATTRIBUIBILE ESCLUSIVAMENTE ALLE AZIONI MESSE IN ATTO DAL SIMT

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

AREA	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	INDICAZIONE	BIQUOTAZIONE	DATA RILEVATA AL 30 SETTEMBRE 2018
OBIETTIVI DI SALUTE	FUNZIONAMENTO DEI PRONTI SOCCORSO	4.1 - Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore a 12 ore	Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi	> 95%		FONTE DATI S.I. rilevato al 30/09/2018: BELCOLLE: 97,98%; TARQUINIA: 96,18%; CIVITA 97,04%
OBIETTIVI DI SALUTE	FUNZIONAMENTO DEI PRONTI SOCCORSO	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 DAI FLUSSI AZIENDALI
OBIETTIVI DI SALUTE	FUNZIONAMENTO DEI PRONTI SOCCORSO	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 su totale pazienti con esito ricovero/trasferimento	< 10%		FONTE DATI S.I.; BELCOLLE: 9,79%; TARQUINIA: 3,63%; CIVITA: 3,48%
OBIETTIVI DI SALUTE	FUNZIONAMENTO DEI PRONTI SOCCORSO	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 sui totali pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento	< 10%		FONTE DATI S.I.; BELCOLLE: 10,96%; TARQUINIA: 1,16%; CIVITA: 1,80%
OBIETTIVI DI SALUTE	APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	5.1 - Riduzione dei ricoveri diurni	Numero di dimissioni in regime diurno sul totale delle dimissioni	< 25%		FONTE DATI S.I. rilevato al 30/09/2018: 17,45%
OBIETTIVI DI SALUTE	APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	5.2 - Degenza in area medica e degenza preoperatoria	5.2.1 - Numero giornale di degenza ordinaria in reparto di medicina generale sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di medicina generale 5.2.2 - Numero giornale di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari con tipologia di assistenza chirurgica in elazione/DIG chirurgico sul numero di dimissioni nell'anno da reparto di assistenza chirurgica in elazione /ORG chirurgico	≤ 0,5 gg ≤ 1,7 gg		FONTE DATI S.I. rilevato al 30/09/2018: 9,46 FONTE DATI S.I. rilevato al 30/09/2018: 1,41
OBIETTIVI DI SALUTE	APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI	5.3 - Trasparenza delle agende di prenotazione	Prestazioni specialistiche erogate nel IV trimestre 2016 / analisi ad altre Unità o Branch specialistiche ed accesso diretto senza prenotazione, le prestazioni erogate in ambito PAC/ABA e quelle tipicamente erogate in C.C.I.) Prenotazione di infarti miocardici con soprallivellamento del tratto ST (STEMI) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti	< 10%		FONTE DATI S.I. rilevato al 30/09/2018: 40%
OBIETTIVI DI SALUTE	ESITI E APPROPRIATEZZA CLINICA	5.1 - Aumento della tempestività dell'esecuzione di PTCA nei pazienti con STEMI	Numero di esiti 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 esiti 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	≥ 60%		FONTE DATI S.I. rilevato al 30/09/2018: 47,71%
Appropriatezza qualità ed esiti	2.a	Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	1) proporzione di STEMI infarcti miocardici con soprallivellamento del tratto STI 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.	Valore soglia: 2,55		FONTE DATI S.I. rilevato al 30/09/2018: 47,71%
OBIETTIVI DI SALUTE	ESITI E APPROPRIATEZZA CLINICA	5.2 - Aumento della tempestività dell'esecuzione degli interventi chirurgici per 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.	≥ 60%		FONTE DATI S.I. al 30/09/2018: BELCOLLE: 66,93%; TARQUINIA: 49,01%; C.C.: 72,30%
Appropriatezza qualità ed esiti	2.a	Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	2) intervento chirurgico entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano	Valore soglia: 2,70 Belcolle e 60 Civita Caselliana e 60 Tarquinia		FONTE DATI S.I. al 30/09/2018: BELCOLLE: 86,93%; TARQUINIA: 49,01%; C.C.: 72,30%

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

AREA	MACRO OBIETTIVI*	OBiettivo	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATA RILEVATO AL 30 SETTEMBRE 2018
OBIEETTIVI DI SALUTE	ESITI E APPROPRIATEZZA CLINICA	5.3 - Riduzione della degenza post-operatoria dopo intervento di colecistectomia laparoscopica e riorganizzazione dell'attività chirurgica	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni. Numero di ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni sul totale dei ricoveri in regime ordinario/day surgery con intervento di colecistectomia laparoscopica.	≥ 70%	FORNTE DATI S1 al 30/09/2018: 80,51%
Appropriatezza qualità ed esiti	2.a	Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	Di proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 gg.	Valore soglia ≥ 70 Belcolle e ≥ 70 Civita Castellana e ≥ 70 Tarquinia	FORNTE DATI S1 al 30/09/2018: Adesione 80,51% - Belcolle: 71,55% / Civita Castellana 93,44% / Tarquinia 85,18%
OBIEETTIVI DI SALUTE	ESITI E APPROPRIATEZZA CLINICA	5.4 - 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 tota e degli interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella.	≤ 10%	FORNTE DATI S1 al 30/09/2018: 3,991 INTERVENTI (3,30%)
OBIEETTIVI DI SALUTE	ESITI E APPROPRIATEZZA CLINICA	5.5 - 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%	FORNTE DATI S1 al 30/09/2018: N. ricoveri 351 (solo tanto numeratore)
Appropriatezza qualità ed esiti	2.b	Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	2) ospedalizzazioni per complicanze a breve e lungo termine del diabete mellito nei pazienti assistiti diabetici.	≤ 0 = 53%	FORNTE DATI S1 al 30/09/2018: N. ricoveri 351 (solo tanto numeratore)
OBIEETTIVI DI SALUTE	ESITI E APPROPRIATEZZA CLINICA	5.6 - 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.	≤ 14%	FORNTE DATI S1 al 30/09/2018: ricoveri 247 (solo tanto numeratore)
Appropriatezza qualità ed esiti	2.b	Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	3) ospedalizzazione per riacutizzazione di broncopneumopatia cronico costruttiva in pazienti con diagnosi di BPCO.	≤ 0 = 53+100%	FORNTE DATI S1 al 30/09/2018: ricoveri 247 (solo tanto numeratore)
OBIEETTIVI DI SALUTE	ESITI E APPROPRIATEZZA CLINICA	5.7 - 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% (totale con volume magg. di 1000 parti annui); ≤ 13% (part. con volume magg. di 500 parti annui)	FORNTE DATI S1 al 30/09/2018: 20,59%
Appropriatezza qualità ed esiti	2.b	Esiti e qualità delle cure (tabella allegata)	4) proporzione di parti con taglio cesareo primario	≤ 0 = 18%	FORNTE DATI S1 al 30/09/2018: 20,59%
OBIEETTIVI DI FUNZIONAMENTI SANITARI	PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE	1.1 - Attuazione degli interventi finalizzati con risorse in conto capitale e 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'obice del completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini ultimi previsti	Non applicabile	NON APPLICABILE
OBIEETTIVI DI FUNZIONAMENTI SANITARI	PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE	1.2 - Aggiornamento impiantario delle apparecchiature sanitarie presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate ai fini dell'erogazione dei LEA.	Alimentazione del flusso informativo ministeriale	100%	100%

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

AREA	MALENO OBIETTIVI	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATA PRELIMINARE AL 30 SETTEMBRE 2018
OBIETTIVI DI FUNZIONAMENTO	PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE	<p>1.3 - Rilancio dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento della sede</p> <p>2.1 - Nel corso del triennio 2016-2018 si intende avviare e completare una nuova serie di interventi e di lavori finalizzati alla realizzazione di un edificio a incisa gestione del personale. Nell'ambito di tale attività di programmazione delle politiche gestionali del personale, con il DCA n. 000156 del 12 maggio 2016, si è previsto di definire un budget assunzionale, in termini sia di valore complessivo sia in termini di costi, attribuendo la facoltà di assumere all'interno del budget concordato alle Aziende e agli Enti del SSR. In tale nuova fase si rileva da un lato l'autonomia e la conseguente responsabilità aziendale e, dall'altro lato, il fondamentale rispetto della Legge n. 191 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 copiazioni organiche aziendali. Ciò allo scopo di garantire la coerenza e la sistemistica del livello di personale di ciascuna azienda o ente del servizio sanitario regionale con la nuova struttura della rete associata, con quanto previsto dai piani strategici triennali e degli otto aziendali.</p>	Presentazione del piano di assetto e di valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso entro il 31.12.2017	100%	OBIETTIVO CONCLUSO
OBIETTIVI DI FUNZIONAMENTO	GESTIONE PERSONALE	<p>3.1 - Adozione di un Piano di Azioni di Miglioramento per la prevenzione delle cadute secondo le linee di indirizzo regionali (con particolare riferimento alle attività legate ai operatori/medici) (vedi "Innovazioni") e quelle organizzative e gestionali dei pazienti valutati ad alto rischio.</p>	Presenza del Piano Prevenzione delle Cadute sul sito Intranet	SI / NO	OBIETTIVO CONCLUSO
OBIETTIVI DI FUNZIONAMENTO	RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE	<p>4.1 - Spesa farmaceutica convenzionata; rispetto del tetto di spesa farmaceutica convenzionata 7,96% sul fabbisogno sanitario</p>	Spesa farmaceutica territoriale:	2016: € 11.551,13 (spesa farmaceutica territoriale) 2017: € 7.65K (spesa farmaceutica convenzionata)	8,32%
OBIETTIVI DI FUNZIONAMENTO	APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA	<p>4.2 - Adeguata trasmissione Flussi Informativi - Adempimenti LEA in ambito farmaceutica</p>	<p>lo scorporamento deve essere s illo 0,5 % del tetto di spesa su base regionale (11,35%) - FARMACA TERRITORIALE, COMPRESO DISTRIBUZIONE DIRETTA PER CONTO</p> <p>Adeguata trasmissione Flussi Informativi Adempimenti LEA in ambito farmaceutica.</p>	Inversamente proporzionale	9,22% (il valore della spesa farmaceutica territoriale convenzionata si intende al lordo del Payback che verrà riconosciuto alle Regioni da le Aziende Farmaceutiche)
Economico Gestionale	10.a			100%	100%
OBIETTIVI DI FUNZIONAMENTO	APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA	<p>4.2 - Adeguata trasmissione Flussi Informativi - Adempimenti LEA in ambito farmaceutica</p>	Realizzazione degli interventi previsti dal DCA sulla rimodulazione dell'offerta ospedaliera	50%	DIREZIONE
Qualità nei servizi	1.a	Razionale organizzazione della rete di assistenza ospedaliera	1) Atto di rimodulazione su base funzionale dei posti letto di Area Chirurgica secondo il modello week & long	50%	DIREZIONE
Qualità nei servizi	1.b	Razionale organizzazione della rete di assistenza ospedaliera		50%	DIREZIONE

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

AREA	MACRO OBIETTIVI	OGGETTIVO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	DATA RELATIVA AL 30 SETTEMBRE 2018
Appropriet�zza qualit� ed esiti	3.a	Autorizzazione ed accreditamento	1) Analisi sulla rispondenza delle strutture ascendenti ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, preceduta dal percorso di autorizzazione e di accreditamento isobazionale; 50 % del peso, l'obiettivo sar� valutato in base a una relazione prodotta. Mantenimento dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento del SIMT N. carne della salute realizzata. Standard: apertura di almeno una Casa della Salute nei primi sei mesi; apertura di un'altra Casa della Salute nei 18 mesi	produzione relazione	RELAZIONE DELLA DOTT.SSA MIGLIORATI SUGLI INTERVENTI DI VERIFICA DELLE STRUTTURE
Appropriet�zza qualit� ed esiti	3.b	Autorizzazione ed accreditamento		S/N	SI
Appropriet�zza qualit� ed esiti	4.a	Ricerche assistenzia territoriale		S/N	Il report delle attivit� delle CDS di Soriano nel Cimino e di Baginoro ha evidenziato un trend in positivo delle attivit�
Appropriet�zza qualit� ed esiti	4.b	Ricerche assistenzia 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	SI
Appropriet�zza qualit� ed esiti	5.a	Risk management	1) edizione del piano annuale per la gestione del rischio clinico 2018 entro 45 giorni dalla data di adesione della Linea Guida regionale	S/N	SI
Appropriet�zza qualit� ed esiti	5.a	Risk management	2-70% di raggiungimento degli obiettivi prefissati nel Piano annuale di attivit� entro il 31/12/2018	S/N	SI
Appropriet�zza qualit� ed esiti	5.a	Risk management	3- 80% di obiettivi raggiunti contenuti nel Piano di attivit� alla scadenza dei 18 mesi	S/N	SI
Appropriet�zza qualit� ed esiti	5.b	Risk management	3) inserimento nel sistema Rating ASI del la scheda A entro 5 giorni dell'evento sentinella	S/N	S
Appropriet�zza qualit� ed esiti	5.b	Risk management	2) inserimento nel sistema Rating ASI della scheda B entro 45 giorni dell'evento sentinella. % di scheda carica nel sistema secondo i tempi e parametri indicati	S/N	SI
Appropriet�zza qualit� ed esiti	5.b	Risk management	Realizzazione di almeno 3 eventi formativi entro 6 mesi della nomina indirizzati ai medici prescrittori (dipendenti e convenzionati) sui temi dell'appropriatezza prescrittiva e del corretto uso delle classi di priorit� nella prescrizione delle prescrizione di primo accesso.	S/N	SI
Appropriet�zza qualit� ed esiti	5.b	Risk management	Predazione ed invio alla Direzione Regionale Salute di un report semestrale sintetico che documenti almeno 1 intervento per ciascuna delle 6 linee indicate nel PISOLA	S/N	SI
Appropriet�zza qualit� ed esiti	6.a	Governo delle liste di attesa	ricerca attuale (2018) alla prescrizione demeritologica da parte di almeno il 60% degli specialisti dipendenti e convenzionati	S/N	44%
Appropriet�zza qualit� ed esiti	6.d	Governo delle liste di attesa	Predazione ed invio alla Direzione Regionale Salute di un report semestrale che documenti - il costante monitoraggio dei rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'ASL e volumi e tempi di attesa dell'attivit� isobazionale - l'eventuale adozione di provvedimenti di riduzione e/o sospensione dell'attivit� libero professionale in quelle unit� operative in cui i tempi di attesa dell'attivit� isobazionale superino quelli massimi previsti dal PISOLA	S/N	SI - FONTE DATI REFERENTE ALPI: il confronto tra i volumi in attivit� isobazionale e libero professionale non ha reso evidente la necessit� di attivare azioni correttive; S in fase di valutazione un possibile intervento per singola specialit�.
Appropriet�zza qualit� ed esiti	6.e	Governo delle liste di attesa		S/N	VALORE MOBILITA' 2017<2015
Appropriet�zza qualit� ed esiti	7.a	Mobilit� sanitaria	Valorizzazione ricoveri in mobilit� passiva 2017/2015 > 10%	S/N	NON MISURABILE, SONO STATE POSTE IN ESSERE TUTTE LE AZIONI MIRATE AL RAGGIUNGIMENTO DELL'INDICATORE
Economico Gestionale	7.b	Mobilit� sanitaria	riduzione del tasso di errore attuale (4,2%)	4,2% > 3,0-4 4,3 - > 2,25%*1 4,25%*2	FONTE DATI BILANCIO: si, nel rispetto delle scadenze previste dal DCA 69/2018
Economico Gestionale	8.a	Corretta e completa attuazione PAC	rispetto delle azioni contenute nel piano stimolare entro i tempi previsti	S/N	Il valore dell'indice di tempestivit� nei pagamenti alla data del 30/9 � pari a 137,6 giorni; il consuntivo monitoraggio e l'adeguamento dei ritardi sui tempi di liquidazione riducono l'esposizione dell'Admide al rischio di addebito per interessi passivi
Economico Gestionale	8.b	Corretta e completa attuazione PAC	misura degli interessi passivi richiesti addebitabile al ritardo nella certificazione del debito	interessi passivi proporzionale	

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

AREA	MACRO OBIETTIVO	OBETTIVO	INDICATORI	RISULTATO ATTESO	DATA RILEVATA AL 30 SETTEMBRE 2018
Economico Gestionale	9.a	Spesa del Personale	4 monitoraggi/anno da inviare alle componenti strutture regionali, attestanti il rispetto del Budget assegnato	Rispetto Budget Anno 2016 - 51,7 punti - NO.0 punti / Rispetto Budget n. mesi 2017 - 51,1 punto - NO.0 punti	SI, I MONITORAGGI VENGONO TRASMESSI TRIMESTRALMENTE
Economico Gestionale	9.b	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 termine assegnato.	Avvenuta trasmissione dei monitoraggi al competente ufficio regionale - 31,2 punti - NO.0 punti	SI - VENGONO TRASMESSI NEI TEMPI
Economico Gestionale	9.b	Spesa del Personale	Verifica utilizzo fondi contrattuali rispetto alla capienza deliberata. 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 anno (in arretrato). Verifica attestante l'entità del fondo che le competenze pro quota erogate sono pro quota nel fondo.	Rispetto capienza vs competenze erogate anno 2016 - 51,1.5 punti - NO.0 punti Rispetto capienza vs competenze erogate n. mesi 2017 - 51,0.5 punti - NO.0 punti	SI - VENGONO TRASMESSI NEI TEMPI
Economico Gestionale	10.b	Farmacuetica	lo accantonamento deve essere 5 allo 0,5 % del tetto di spesa su base regionale	Inversamente proporzionale	5,43% (il valore della spesa farmaceutica ospedaliera si intende al lordo dei farmaci innovativi e delle note di credito AIFA da detrarsi e fine anno)
Economico Gestionale	10.c	Farmacuetica	lo accantonamento deve essere 5 allo 0,5 % del tetto di spesa su base regionale (4,4%) - DISPOSITIVI MEDICI	Inversamente proporzionale	3,40%
Economico Gestionale	11.b	Incremento del numero di donazioni di sangue	Almeno 4 riunioni/anno finalizzate alle stesure di interventi di miglioramento dell'uso del sangue	S/N	REDATTA PROCEDURA DEL PATIENT BLOOD MANAGEMENT (DELINE 264 DEL 15/2/2018)
Economico Gestionale	12.a	Trasparenza negli acquisti	spesa totale procedure negoziate e/o affidamento di retto 2016 590% spesa totale per procedure negoziate e/o affidamento diretto 2015	73%	(davo E procurement)
Economico Gestionale	12.b	Trasparenza negli acquisti	spesa totale acquisto beni infungibili 2016 590% spesa totale per acquisto beni infungibili 2015	89%	(davo E procurement)
Economico Gestionale	13.	Flussi informativi	Invio di tutti i flussi informativi, aggregati ed analizzati entro i termini, con le modalità e con i requisiti di qualità previsti dalla Regione e dai Ministeri competenti	S/N	100%
Previdenziale	15.	Sicurezza nei luoghi di lavoro	numero imprese sottoposte a vigilanza nel territorio aziendale di competenza	direttamente proporzionale	780/900
ECONOMICO FINANZIARIO	1.1.1 - Budget concordamenti	1.1.1 - Budget concordamenti	1.1.1 Risorse aggiuntive rispetto al budget concordamenti	0% = 100% risorse aggiuntive rispetto al concordato pari a 0 euro/min; tra 0,1% e 0,2% = 75% (19,2 €/min); tra 0,21% e 0,4% = 90% (38,5 €/min); >0,6% = 0%	Budget concordamenti: la stima del risultato economico 2018 effettuata alla data odierna, ed elaborata sulle base dei dati di bilancio e delle previsioni di spesa fornite dai servizi, risulta in linea con l'obiettivo assegnato dalla Regione Lazio in sede di Concordamento di Budget 2018
ECONOMICO FINANZIARIO	1.1.2 - tempi di pagamento	1.1.2 - tempi di pagamento	1.1.1. Riduzione del tempo medio di pagamento rispetto all'anno precedente (oggettiva definita per singola ASL/Azienda)	1) se emerge un miglioramento tra 2017 e 2018: ridurre la tempistica di ulteriori 5 giorni; 2) se emerge un peggioramento tra 2017 e 2018: ripristinare la tempistica di pagamento dell'anno 2017 ridotto in media di ulteriori 5 gg; 3) se la tempistica di pagamento riscontrata nel 2018 è vicina ai 60 gg, l'obiettivo sarà mantenere tale performance; 4) la tempistica di pagamento non può essere mai superiore a 90 gg	Tempi di pagamento: la rilevazione dei tempi di pagamento effettuata dalla Regione Lazio in data 17.10.2017 e 16.10.2018, comunicata rispettivamente con note prot. 00543095/2017 e 00684350/2018, mostra una riduzione di tale valore che da 302,6 gg passa a 8,35 gg.

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

AREA	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATA RILEVATA AL 30 SETTEMBRE 2018
FARMACELUTICA	5.2.2 - budget prodotti farmaceutici ed emoderivati		5.2.1. rispetto del budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati e per DPC al netto della quota innovativi riconosciuta da AIFA	100% se spesa al netto innovativi comprensivo della spesa DPC è inferiore o uguale al budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati e per DPC; 83% se la spesa al netto innovativi comprensivo della spesa DPC 50% è inferiore o uguale al budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati e per DPC.	SI
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO	6.1 - monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento		6.1.1. inizio progetti per gli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018	raggiunto se: a) sarà presentato aggiornamento del cronoprogramma attuativo sul sistema documentale ALFRESCO (dicembre 2018); b) sarà presentata relazione sullo stato attuativo delle fasi procedurali, relativamente a tutte le schede di cui alle DGR sulindicate (dicembre 2018); c) sarà presentato all'Area competente il progetto degli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018 secondo le template di cui alla nota Regione Lazio 428988 del 13/7/2018 (la determinazione regionale di approvazione esecutive entro il 9/9/2020; non oltre ottobre 2019)	trasmessa tramite portale ALFRESCO in data 29/10/2018; b) è in fase di redazione la relazione sulle singole schede.
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO	6.3 - monitoraggio del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie pubbliche - aggiornamento dello stato di attuazione delle verifiche di vulnerabilità sismica degli immobili di proprietà ai sensi dell'ordinanza P.C.M. n. 3274/2003 e s.m.i. e del DM 14/7/2008		6.3.1. invio delle schede di sintesi e relative stime dei costi degli interventi	raggiunto al 100% se: a) saranno compilate le schede di sintesi con gli indici di rischio relative della verifica di vulnerabilità sismica effettuato per gli immobili di proprietà e la stima dei costi per singola struttura ovvero sarà presentata una relazione che espliciti lo stato di avanzamento degli adempimenti richiesti a dicembre 2018	nel mese di ottobre incontro in Regione sullo stato dell'arte; la Regione il 5/11 con nota 62429 ha richiesto integrazioni alla documentazione già trasmessa dalla ASL - saranno inserite le Tabelle nel sistema ALFRESCO
PATRIMONIO EDILIZIO E TECNOLOGICO	6.3 - monitoraggio ed implementazione del flusso informativo per le altre tecnologie per le strutture pubbliche e private di cui al D.M. 22/04/2014 e s.s.m.m.		6.3.1. implementazione del flusso informativo ministeriale	100% se effettuata l'implementazione; sono previsti incontri trimestrali con i delegati aziendali per la definizione degli stati di avanzamento	100%

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

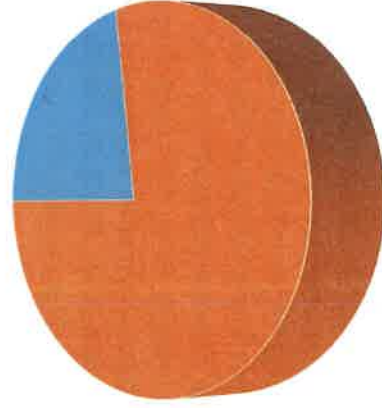
6. ECM e formazione del personale aziendale

Premessa

La formazione è un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento con le trasformazioni dei bisogni sanitari, con i mutamenti della domanda sanitaria, con la richiesta di maggiori e qualificate conoscenze tecnico-scientifiche e con la continua evoluzione dei modelli organizzativi e produttivi. L' Azienda Sanitaria di Viterbo programma e realizza gli eventi formativi in base alla peculiarità del proprio contesto organizzativo e con particolare attenzione alla formazione sul campo (FSC).

L'Azienda ha riconosciuto le caratteristiche costitutive della FSC come particolarmente rilevanti per un sistema ECM efficace: si tratta di una metodologia infatti ben ancorata alle teorie dell'apprendimento dell'adulto, mai disgiunta dalla pratica clinica, né nella dimensione temporale né da quella spaziale, e focalizzata prevalentemente sulle competenze, sulle prestazioni e sugli esiti di salute dei pazienti. Nei grafici di seguito riportati si evidenzia la tendenza all'incremento degli eventi in FSC nell'anno 2018 (FSC 33%) rispetto al 2017 (FSC 23%).

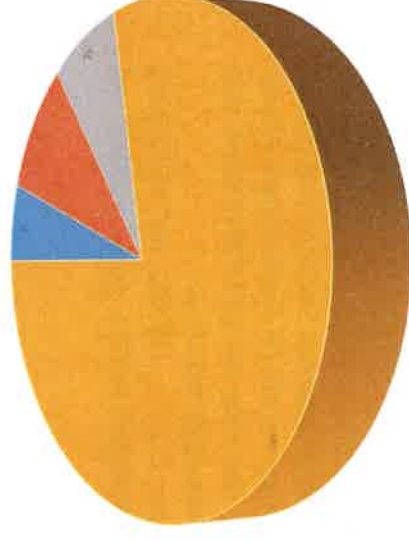
FSC VS RES
anno 2017



FSC 23%

RES 77%

TIPOLOGIA DI FSC



FSC 73%

FSC+RES 17%

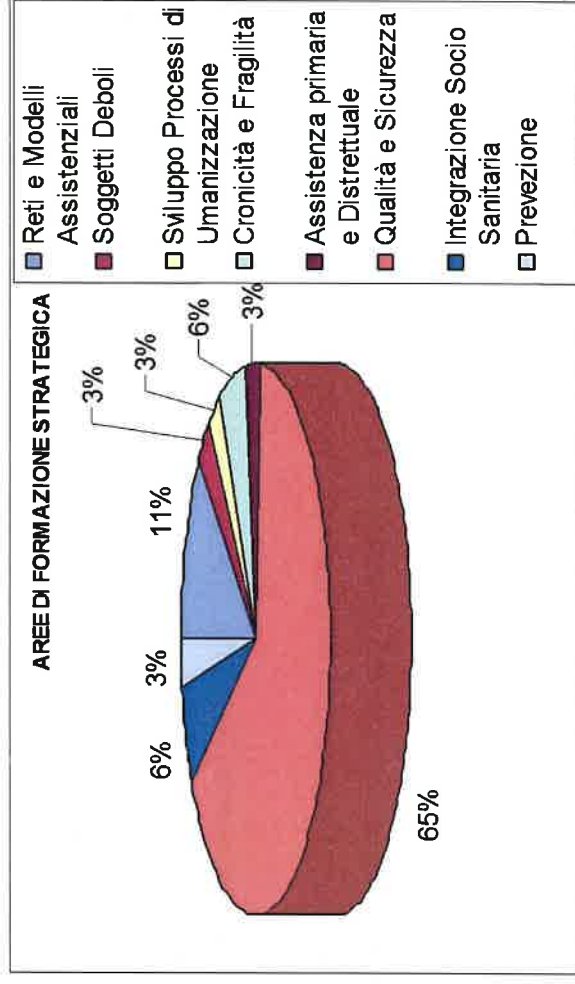
RES 10%

ECM aziendale anno 2018

Di seguito è rappresentata l'attività formativa ECM svolta dalla ASL di Viterbo alla data del 12 Novembre 2018. Le proposte delle Unità Operative aziendali di eventi formativi ECM per l'anno 2018 sono state 99, di queste 78 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. 1113 del 28/06/2018. La programmazione dei 78 eventi è stata inserita dal Provider Aziendale Id. n.34, nei tempi di scadenza previsti, nel sistema Agenas per l'accreditamento. Alla data del 12/11/2018 sono stati accreditati 60 su 78 Progetti Formativi Aziendali, sono stati inoltre accreditati anche n. 9 Eventi Formativi Residenziali fuori PFA. L'offerta formativa aziendale ha tenuto conto anche delle 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.

Gli eventi hanno insistito maggiormente sull'Area *Qualità e Sicurezza e Rischio* come già 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 60 + 9 progetti, accreditati e svolti, sono state 1952 per un numero di partecipanti pari a 1366 operatori appartenenti a tutte le professioni sanitarie sempre alla data del 12/11/2018.

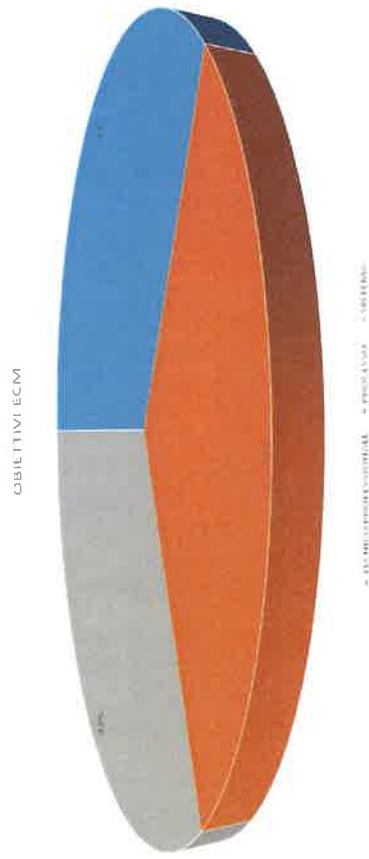
Nell'anno 2018 si è avviata la tipologia formativa **FAD e accreditato** il Corso base sulla sicurezza di 4 ore formative



In riferimento al Sistema di Formazione Continua in Medicina, e come ripreso dall'Accordo Stato Regioni dell'aprile 2012, per la nostra Azienda hanno assunto rilievo tre tipologie di obiettivi formativi :

- obiettivi formativi **tecnico professionali**, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nello specifico settore di attività;
- obiettivi formativi **di processo**, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia , appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie . Questi obiettivi sono stati rivolti ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione;
- obiettivi formativi **di sistema**, finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia , appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi sono stati rivolti a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali.

Nel grafico che segue viene rappresentata la percentuale dei progetti formativi per tipologie di obiettivi.



Il Piano Formativo Aziendale 2018 ha incluso tra gli obiettivi azioni specifiche rivolte al miglioramento di attività cliniche, organizzative, assistenziali , ma anche a quelle relazionali/comunicative nei confronti dell'utenza.

PARTE B LE STRATEGIE AZIENDALI

Introduzione alle politiche sanitarie del piano strategico

Le azioni sviluppate nel Piano Strategico 2019-2021 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 triennio. 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 pone 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. la riqualificazione dei servizi e delle strutture, attuando il passaggio da un'organizzazione in rete ad un'organizzazione a rete, costruendo i percorsi di cura sulla persona e non sulla patologia, garantendo omogeneità nell'offerta, direttamente collegata ai bisogni ed alla domanda, espressa e inespresa, in una logica di corretta allocazione delle risorse 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

A.1 Azioni di integrazione ospedale territoriale e sistema delle reti

A.1.1 Dal Piano Strategico 2015-2018 al Piano Strategico 2019-2021: gli esiti

Con l'Atto di Autonomia Aziendale approvato con DCA U00115 del 20/3/2015 è stata ridisegnata l'architettura aziendale, introducendo il nuovo modello organizzativo per aree funzionali e per complessità assistenziale in ambito ospedaliero e la definizione di un modello territoriale incentrato sulla distinzione tra la funzione di committenza, assegnata ai Distretti cui compete il governo della domanda, attraverso l'analisi dei bisogni di salute e verifica dell'offerta e le Cure Primarie con funzione di erogazione diretta dei servizi e delle prestazioni.

Con l'adozione di questo modello organizzativo la ASL ha aderito al lungo processo di cambiamento volto a caratterizzare sempre di più l'ospedale come luogo di cura delle acuzie, restituendo al territorio la tipica funzione della presa in carico della popolazione e dei diversi bisogni assistenziali, con particolare riguardo al tema della cronicità.

In ambito **ospedaliero**, l'elemento caratterizzante del modello organizzativo è rappresentato dall'ospedale per intensità di cura, assegnando nuovi ruoli professionali, definendo nuovi strumenti e ripensando la presa in carico del paziente al fine di renderla personalizzata, univoca e condivisa a tutti i livelli di cura. Si è passati dall'idea di curare la malattia a quella di farsi carico del malato, dall'hosting al case management "gestore del caso".

Questo ha determinato la necessità di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per percorsi e obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli condivisi, portando alla creazione di un team multidisciplinare capace di operare secondo tale impostazione concettuale. 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)

Anche i Presidi di Tarquinia, Civita Castellana ed Acquapendente sono stati riorganizzati, seppur nei limiti strutturali, seguendo la stessa impostazione per le aree medica e chirurgica.

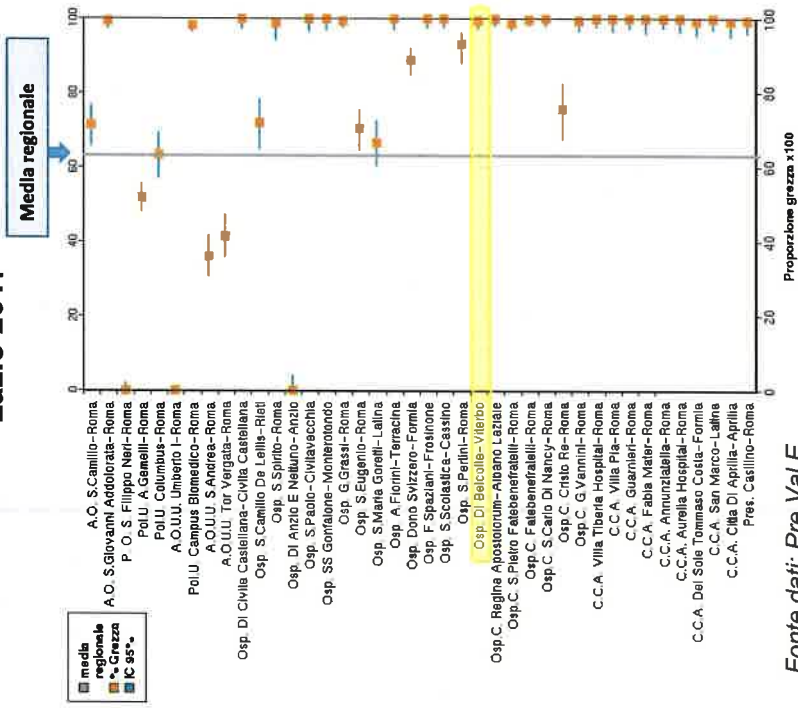
L'organizzazione per aree omogenea e complessità assistenziale è articolata nei tre livelli di setting assistenziale:

- **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.

Il modello ha trovato applicazione con deliberazione del Direttore Generale n. 822 del 21/5/2018 con cui è stato rimodulata l'area medica per setting assistenziali per intensità di cura nei presidi aziendali.

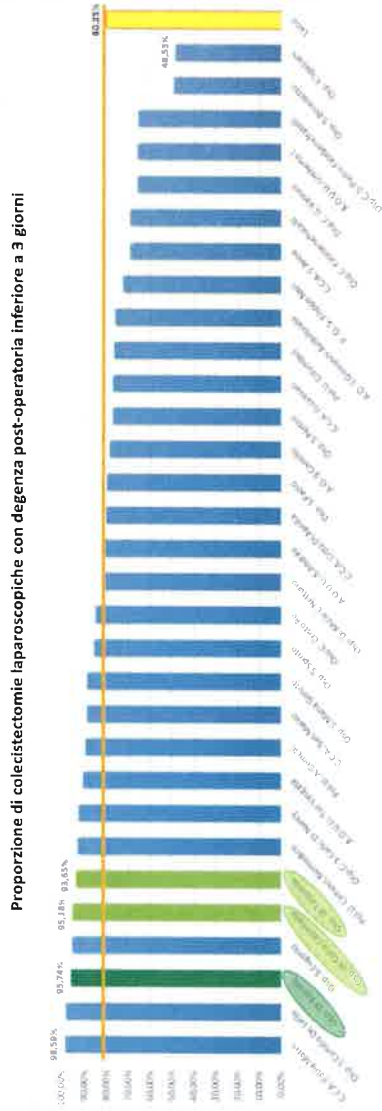
Le azioni poste in essere hanno portato ad un complessivo miglioramento degli esiti.

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui - Lazio 2017



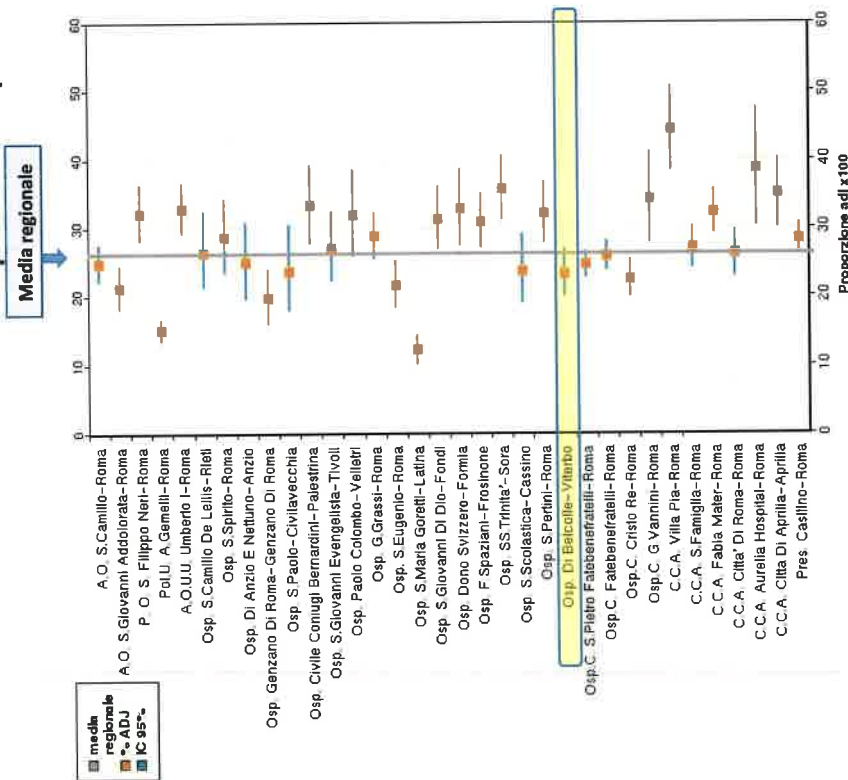
Fonte dati: Pre. Val.E

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

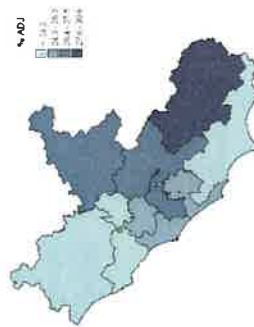


Il grafico di sinistra evidenzia l'appropriatezza degli interventi di colecistectomia che, nella pressoché totalità dei casi, vengono eseguiti con procedura laparoscopica. L'utilizzo di tale procedura permette una riduzione dei tempi di degenza post operatoria che, per i presidi della ASL di Viterbo, si attestano al di sopra della media regionale (v. grafico di destra)

Proporzione di parti con taglio cesareo primario - Lazio 2017



STRUTTURA	COMUNE	N	% GINEZZA	% ADJ
Lazio				
Osp. C. S. Pietro Fatebenefratelli	Roma	3112	26.00	24.63
Pol.U. A. Gemelli	Roma	2766	21.91	15.03
Pres. Casilino	Roma	2570	27.78	28.34
Osp. C. Fatebenefratelli	Roma	2444	25.82	25.87
A.O. S. Camillo	Roma	1559	30.34	24.82
Osp. S. Maria Goretti	Latina	1281	19.98	12.12
Osp. C. Cristoforo Colombo	Roma	1269	23.33	22.49
C.C.A. S. Famiglia	Roma	1240	24.11	27.09
Osp. G. Grassi	Roma	1122	21.39	28.75
A.O. S. Giovanni Addolorata	Roma	956	24.37	21.19
A.O.U.U. Umberto I	Roma	932	35.73	32.70
Osp. Di Boiccolle	Viterbo	889	22.61	23.24
Osp. F. Spaziani	Frosinone	875	23.31	30.84
Osp. S. Eugenio	Roma	837	20.67	21.57
P. O. S. Filippo Neri	Roma	687	29.69	32.12
Osp. S. Perini	Roma	635	25.83	32.07
Osp. S. Giovanni Di Dio	Fondi	617	28.04	31.28
Osp. S. Spirito	Roma	394	24.37	28.63
Osp. S. Camillo De Lellis	Rieti	388	23.71	26.46



La proporzione di parti con taglio cesareo primario si attesta al di sotto della media regionale, rispettando anche lo standard di riferimento indicato con DCA 412/2018

Fonte dati: Pre. Val.E

Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella - Lazio 2017

STRUTTURA	COMUNE	N (n / N)	% GREZZA
Lazio		3643	7.41
A.O. S. Camillo	Roma	131	12.98
A.O. S. Giovanni Addolorata	Roma	228	4.82
P. O. S. Filippo Neri	Roma	86	18.60
Pol.U. A. Gemelli	Roma	480	2.29
Pol.U. Columbus	Roma	38	10.53
A.O.U.U. Umberto I	Roma	197	9.14
Pol.U. Campus Biomedico	Roma	152	15.13
A.O.U.U. S. Andrea	Roma	160	10.63
A.O.U.U. Tor Vergata	Roma	100	8.00
Osp. S. Camillo De Lellis	Rieti	80	2.50
Osp. S. Spirito	Roma	182	3.85
Osp. Albano Laziale	Albano Laziale	55	16.36
Osp. S. Paolo	Civitavecchia	65	4.62
Osp. S. Giuseppe Marino	Marino	98	13.27
Osp. S. Eugenio	Roma	219	3.65
Osp. S. Maria Goretti	Latina	150	0.00
Osp. SS. Trinita'	Sora	107	4.67
Osp. S. Pertini	Roma	143	2.80
Osp. Di Belcolle	Viterbo	83	2.41
IRCCSpub Regina Elena	Roma	262	12.98
Osp.C. Fatebenefratelli	Roma	134	2.99
C.C.A. Città Di Roma	Roma	52	5.77
C.C.A. San Marco	Latina	31	3.23

Il grafico di sinistra evidenzia un risultato eccellente: è un indice di esito importante nel trattamento della neoplasia della mammella;

il grafico a destra evidenzia l'ottimo risultato di Belcolle ed il buon risultato di Tarquinia nei tempi di esecuzione per frattura di femore nell'anziano, fondamentale per la prognosi fausta negli ultrasessantacinquenni .

Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di ricovero) - Lazio 2017

STRUTTURA	COMUNE	N (n / N)	% GREZZA
Lazio		6542	54.37
A.O. S. Camillo	Roma	293	71.67
A.O. S. Giovanni Addolorata	Roma	242	58.68
P. O. S. Filippo Neri	Roma	136	83.82
Pol.U. A. Gemelli	Roma	292	85.96
A.O.U.U. Umberto I	Roma	161	44.72
A.O.U.U. S. Andrea	Roma	194	58.25
A.O.U.U. Tor Vergata	Roma	170	74.71
Osp. Di Tarquinia	Tarquinia	67	56.72
Osp. S. Camillo De Lellis	Rieti	210	65.71
Osp. S. Spirito	Roma	168	64.29
Osp. Di Anzio E Nettuno	Anzio	103	14.56
Osp. Albano Laziale	Albano Laziale	100	44.00
Osp. S. Paolo	Civitavecchia	124	62.90
Osp. S. Eugenio	Roma	280	60.00
Osp. S. Maria Goretti	Latina	146	33.56
Osp. SS. Trinita'	Sora	137	32.12
Osp. S. Pertini	Roma	187	24.06
Osp. Di Belcolle	Viterbo	159	77.99
Osp. C. Fatebenefratelli	Roma	99	79.80

In ambito territoriale con l'atto aziendale approvato nel 2015 è stato introdotto il modello organizzativo e funzionale delle cure primarie finalizzato a 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 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.

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

Il processo di integrazione ospedale territorio, implementato con successo negli ultimi tre anni, ci consegna i seguenti risultati:

Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici - Lazio 2017

ASL	n (n / N)	TASSO GREZZO X1000
LAZIO	24469	67.60
ASL RM 1	3945	68.08
ASL RM 2	5678	71.82
ASL RM 3	2426	67.84
ASL RM 4	1132	57.36
ASL RM 5	2000	60.50
ASL RM 6	2747	78.62
ASL VITERBO	1130	55.43
ASL RIETI	857	76.61
ASL LATINA	2377	64.10
ASL FROSINONE	2177	65.60

Nella tabella si evidenzia un indice di appropriatezza nella presa in carico dei pazienti con patologia diabetica: la ASL di Viterbo registra una percentuale di ospedalizzazione per complicanze decisamente al di sotto della media regionale

Fonte dati: Pre.Val.Ec

Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica - Lazio 2017

ASL	n (n / N)	TASSO GREZZO X1000
LAZIO	828	0.90
ASL RM 1	61	0.40
ASL RM 2	198	0.96
ASL RM 3	31	0.32
ASL RM 4	6	0.11
ASL RM 5	166	1.98
ASL RM 6	101	1.06
ASL VITERBO	24	0.54
ASL RIETI	20	0.97
ASL LATINA	79	0.86
ASL FROSINONE	142	1.94

Nella tabella si evidenzia un tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica ben al di sotto della media regionale decisamente al di sotto della media regionale

**Ospedalizzazione per angina senza procedure -
Lazio 2017**

ASL	n (n/N)	TASSO GREZZO X1000
LAZIO	3186	0.67
ASL RM 1	695	0.81
ASL RM 2	806	0.77
ASL RM 3	316	0.65
ASL RM 4	164	0.65
ASL RM 5	192	0.49
ASL RM 6	250	0.56
ASL VITERBO	80	0.31
ASL RIETI	83	0.65
ASL LATINA	343	0.74
ASL FROSINONE	257	0.64

La tabella evidenzia un ottimo indice di appropriatezza nella presa in carico dei pazienti con angina per i quali il ricorso all'ospedalizzazione è al di sotto della media regionale

Fonte dati: Pre.Val.E

IMA- MACCE a 1 anno- Lazio 2017

ASL	n (n/N)	TASSO GREZZO X1000
LAZIO	8458	17.31
ASL RM 1	1523	18.65
ASL RM 2	1751	18.39
ASL RM 3	891	16.95
ASL RM 4	490	16.33
ASL RM 5	673	13.08
ASL RM 6	917	17.45
ASL VITERBO	413	12.83
ASL RIETI	284	17.61
ASL LATINA	824	20.63
ASL FROSINONE	692	15.32

La tabella mostra, per gli eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari a 12 mesi nei sopravvissuti ad infarto acuto del miocardio un risultato ottimale, in particolare se confrontato con la media regionale

A.1.2 L'evoluzione del modello organizzativo

A partire dal 2018 si è evidenziata la necessità di un nuovo approccio sistemico al governo della complessità dell'azienda sia in ambito ospedaliero che territoriale: prende l'idea di una organizzazione più trasversale nella quale, dimensioni quali la continuità e l'integrazione dei processi di cura e assistenza, abbiano pari dignità rispetto alla dimensione prettamente clinica.

Accanto alla organizzazione per livelli gerarchici (UOC, UOSD,UOS), attraverso un processo a tendere nel prossimo triennio, si va consolidando una organizzazione di tipo orizzontale: quella delle Reti, che possono attraversare setting assistenziali diversi, sia ospedalieri che territoriali, a garanzia della continuità della presa in carico del cittadino.

Nella logica di sviluppo delle reti, con deliberazione del Direttore Generale n. 731 del 2/5/2018, in coerenza con le indicazioni del DCA 257/2017, sono stati rimodulati i posti letto della rete ospedaliera aziendale: conservando il numero complessivo dei posti letto di area medica e di area chirurgica assegnati alle strutture, è stato favorito il criterio della flessibilità organizzativa, basata sulle reali esigenze dei servizi e sul modello organizzativo della long, week e day surgery e long, week e day hospital.

Grazie all'introduzione della tecnologia regionale ADVICE tutti i presidi ospedalieri saranno messi nelle condizioni di valutare i pazienti attraverso il teleconsulto; in altri termini sarà possibile una presa in carico che garantisca la risposta adeguata al bisogno di salute. Il teleconsulto e la consulenza "a distanza" attraverso equipe multidisciplinari, restituisce dignità ai presidi ospedalieri periferici, che assumono una propria peculiare fisionomia all'interno di un progetto complessivo di rete ospedaliera, a garanzia del rispetto dei livelli di qualità e di sicurezza per i pazienti. Il teleconsulto rappresenta uno degli strumenti per l'attuazione della rete dell'emergenza, adulti e pediatrica, nella gestione delle patologie tempo- dipendenti e per le malattie infettive. Attraverso la tecnologia ADVICE, il teleconsulto viene attivato dal P.S. dell'Ospedale Spoke secondari nei percorsi di Rete per a valutare la necessità del trasferimento del paziente presso l'ospedale hub. In caso di necessità di trasferimento immediato del paziente presso l'hub, l'attivazione del teleconsulto è finalizzata alla visualizzazione della documentazione clinica e delle immagini utili a predisporre la disponibilità immediata di competenze.

Il sistema ADVICE sarà attivo in tutti i Presidi Aziendali a partire da gennaio 2019.

A.1.3 La logica dipartimentale

Basata su questa logica è la organizzazione dei Dipartimenti prevista nel nuovo Atto di Autonomia Aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2111 del 22/11/2018: dal dipartimento ad impostazione verticale basato sulle discipline, al dipartimento trasversale dove per tutti i presidi ospedalieri siano garantiti omogenei percorsi clinici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi, la sicurezza delle prestazioni e l'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 orientano 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.

Tale organizzazione 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.

In particolare oltre al Dipartimento Salute Mentale, al Dipartimento di Prevenzione, al Dipartimento delle Professioni ed al Dipartimento Governo dell'Offerta e Cure Primarie, i Dipartimenti Ospedalieri sono declinati secondo il percorso del paziente, che aggrega unità operative afferenti a discipline diverse ma coinvolte nei medesimi percorsi assistenziali:

- Dipartimento di Emergenza Accettazione e Terapia del Dolore
- Dipartimento della salute della donna e del Bambino
- Dipartimento di Neuroscienze e organi di senso
- Dipartimento oncoematologico e di Diagnosi e Cura
- Dipartimento medico chirurgico e dei percorsi integrati

I Dipartimenti, così come disegnati nell'Atto di Autonomia Aziendale recentemente adottato, rappresentano il nuovo modello organizzativo che l'Azienda intende promuovere per rafforzare le politiche attive dedicate a particolari bisogni clinico assistenziali.

Il Dipartimento medico chirurgico e dei percorsi integrati rappresenta la piattaforma operativa dedicata ai percorsi di diagnosi e cura integrati finalizzati all'assistenza del paziente che necessita di valutazione, eventuale ricovero e cura in urgenza o in elezione e di dimissione in continuità di cura con il territorio. L'attività chirurgica in elezione del Dipartimento è organizzata centralmente attraverso l'Unità di Programmazione delle Attività Chirurgiche (UPAC) che gestisce anche il servizio di preospedalizzazione, mentre la degenza post operatoria avviene prevalentemente in regime di day surgery e week surgery.

Per quanto riguarda le patologie di aria medica, afferiscono al dipartimento affetti da patologie croniche riacutizzate, patologie infettive (compreso AIDS), gastroenteriche, nefrologiche e cardiologiche provenienti dal territorio. E' il dipartimento che più di altri è inserito nei percorsi integrati di cura e nei PDTA che delineano la rete di competenze (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, TAO, ecc.) interagendo con i servizi territoriali (Case della Salute, Poliambulatori, Assistenza Domiciliare, Centrali Operative della Cronicità).

Il Dipartimento 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 Consulitori 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.

Il Dipartimento 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 il Dipartimento la UOC Neurochirurgia, specializzata nella diagnosi e nella 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.

Il **Dipartimento Oncoematologico di Diagnosi e Cura** è costituito 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 UOOCOC che condividono procedure e competenze cliniche al fine di assicurare una maggiore qualità delle cure e migliorare gli esiti.

Il **Dipartimento di Emergenza, Accettazione e Terapia del Dolore** assicura l'erogazione dei servizi, delle prestazioni e delle attività sanitarie correlate a situazioni di urgenza e di emergenza medica e chirurgica con l'obiettivo di costruire un sistema a rete che integri territorio e ospedale. Garantisce l'omogeneità della presa in carico attraverso l'applicazione di protocolli per la gestione dei pazienti in emergenza urgenza con patologie tempo dipendenti; assicura percorsi dedicati di accesso al Pronto Soccorso di Belcolle (Fast Track), DEA di 1° livello. Collabora con ARES 118, anche attraverso il sistema di elisoccorso attivo nei presidi aziendali, sia verso il DEA di 1° livello che verso le diverse strutture dell'Azienda. Gestisce funzionalmente il Blocco Operatorio.

A.1.4 L'organizzazione a rete dell'Azienda e il sistema di networking

La realizzazione di un **sistema di networking** è attualmente uno dei temi centrali della programmazione sanitaria. Negli ultimi anni le organizzazioni in rete sono state promosse come una risposta di forte interesse per affrontare alcune delle preminenti esigenze delle attuali organizzazioni sanitarie. In particolare le reti vengono giudicate fondamentali per raggiungere obiettivi di qualità e sostenibilità delle cure che altri modelli organizzativi non riescono a soddisfare pienamente.

Infatti la frammentazione erogativa conseguente ad un sistema ancora troppo incentrato sull'autonomia programmatica delle singole unità operative è oggi uno dei principali elementi di criticità dei sistemi sanitari e le reti aziendali sono ritenute la dimensione ottimale nella quale orientare i servizi per rispondere a cluster di pazienti i cui bisogni di salute travalicano la 'sfera di azione' di una singola unità operativa.

Tale evoluzione del modello organizzativo favorisce la centralizzazione del paziente nel percorso di cura, la differenziazione dei contributi professionali, l'utilizzo più efficiente delle risorse, la condivisione delle migliori pratiche, una maggiore circolazione delle informazioni con conseguente accelerazione dei processi di diffusione dell'innovazione;

Le reti assumono un ruolo di crescente importanza nel sistema sanitario provinciale, nel nostro modello di offerta le reti ci permettono di **connettere** in maniera più efficace i professionisti, coordinare e sviluppare servizi e condividere risorse per ottenere migliori risultati nel prendersi cura della salute dei cittadini.

È necessario potenziare ulteriormente lo sviluppo delle reti passando da una **«organizzazione in rete»**, che si incentra principalmente su un coordinamento tecnico-scientifico e la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali, ad una **«organizzazione a rete»**, concepita come un insieme di servizi interdipendenti ed in relazione funzionale mediante connessioni e modalità di interazione fortemente strutturate.

In tal senso il Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70, recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", al punto 8 dell'Allegato 1 'Reti ospedaliere', prevede che all'interno della rete ospedaliera sia necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale

Il presupposto di base della riprogettazione dell'offerta mediante reti è la ricerca di soluzioni che consentano:

- accessibilità a risposte con contenuti clinici avanzati;
- maggiore garanzia della sicurezza e della qualità delle prestazioni, attraverso la concentrazione della casistica per le risposte a maggiore complessità organizzativa e tecnologica, in modo da favorire la specializzazione delle équipe mediche e la sostenibilità degli investimenti
- recupero di efficienza, da un lato con investimenti mirati in relazione alla riorganizzazione delle specialità e dell'assistenza all'interno del sistema ospedaliero, dall'altro con una migliore organizzazione e lo sviluppo dell'assistenza territoriale;
- raggiungimento di una flessibilità organizzativa e produttiva adeguata, in modo da rispondere proattivamente ai cambiamenti dei bisogni sanitari.
- Di personalizzare le cure sulle persone attraverso un sistema di valutazione dei bisogni della persona tali da consentire un'assistenza adeguata e integrata nel modo giusto, al momento giusto, nella sede giusta, per ciascun paziente.

Nel corso del 2018 sono stati delineati gli indirizzi per l'articolazione della matrice delle responsabilità nell'ambito dell'organizzazione aziendale al fine governare e gestire le reti per patologia e i centri, le centrali operative, i percorsi assistenziali, attraverso una modalità di responsabilizzazione diffusa, graduata in base ai livelli di complessità e coerente con l'intero disegno organizzativo aziendale .

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

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

Le reti cliniche devono evolversi da "comunità di pratica" in articolazioni organizzative della azienda sanitaria alle quali è affidata la programmazione e l'attuazione dei percorsi di cura per ambiti definiti di patologie.

Come previsto nell'atto aziendale, la ASL di Viterbo è organizzata oltre che per livelli gerarchici formali, in Reti, Centri e Percorsi trasversali alla componente ospedaliera e territoriale , spostando la logica organizzativa dal singolo servizio sede di produzione delle prestazioni all'intero percorso assistenziale del paziente La ASL di Viterbo ha quindi rimodulato la propria architettura organizzativa promuovendo modelli integrati di erogazione delle risposte che coinvolgono una pluralità di servizi quali reti, centri, centrali operative.

Le reti possono essere organizzate per macro ambiti di intervento (ed esempio la rete oncologica) e in reti operative (es. rete chirurgica); le prime sono possono poi essere articolate reti cliniche per patologia che possono essere realizzate anche all'interno delle macro reti rivolte a specifici target di pazienti come appunto nel caso delle reti oncologiche della mammella o del colon.

Le reti cliniche sono quindi aggregazioni funzionali di servizi ed operatori che collaborano continuamente ed in modo coordinato per raggiungere obiettivi condivisi. In particolare:

- i Centri sono nodi delle Reti (es. Breast Unit);
 - le Centrali Operative sono strumenti di gestione e monitoraggio delle Reti (Centrale Operativa della Cronicità dello scompenso cardiaco, diabete, BPCO);
 - i Percorsi assistenziali (PDTA, PIC) sono strumenti di governo clinico della rete;
 - le reti cliniche includono tutti i servizi ed i professionisti delle diverse aree geografiche, ambiti professionali e setting di cura (ospedale, cure primarie, ecc.) coinvolti nei percorsi di cura assicurati dalla rete;
 - i cittadini svolgono un ruolo chiave nell'ambito delle reti clinica e devono essere coinvolti a diversi livelli e con modalità adeguate
- Il disegno della rete implica:
- una riconfigurazione dell'offerta in termini di ridefinizione della tipologia quali-quantitativa di prestazioni necessarie ad assicurare i percorsi di cura;
 - l'individuazione di ruoli specifici e l'attribuzione di responsabilità per il coordinamento tecnico ed organizzativo dell'intera rete;

In questo ambito, i **quattro requisiti fondamentali** di sistema di **Networking** sono:

- qualità della componente professionale e dell'organizzazione; la rete è innanzitutto un serbatoio di competenze (competenze tecnico-professionali) che – in virtù delle relazioni tra servizi – permette di sedimentare nuove conoscenze che non sono riferite più alle singole aziende ma diventano patrimonio dell'intero SSR attraverso la rete e si manifesta nello svolgersi integrato delle diverse attività (competenze organizzative);
- infrastrutture e processi interni definiti e fortemente digitalizzati ed elevato 'value' delle risposte; l'investimento che l'azienda sta facendo in sistemi informatici e gestionali le infrastrutture tecnologiche necessarie alla digitalizzazione dei processi ed allo sviluppo di sistemi gestionali e in tele assistenza. Il percorso nascita 4.0, le Centrali Operative per le Cronicità, Kosmos e PSopen per il Pronto Soccorso, la cartella clinica informatizzata, le nuove sale operatorie integrate sono infatti alcuni esempi dell'infrastruttura tecnologica di supporto;
- un sistema di comunicazione capace di valorizzare la prossimità con il paziente e la possibilità di interazione con il "competence center" della rete;
- la creazione di sinergie tra le diverse reti, che permettano di implementare un network aggregato ed organico.

A partire dal 2015 e con maggiore spinta nel corso del 2016, 2017 e 2018, in coerenza con la programmazione regionale ed in attuazione agli specifici Decreti Commissariati, 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 2018-2020. 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.

Il sistema a rete si interfaccia con il sistema dello sviluppo professionale della dirigenza medica, poiché le reti cliniche richiedono una strutturazione dei livelli di responsabilità chiamati ad assumere le decisioni sulle modalità migliori per raggiungere gli obiettivi di cura. Altro elemento fondamentale delle reti è quello di promuovere la consapevolezza della necessità di una più ampia responsabilità a sostenere un approccio bottom up per la definizione delle priorità avendo come finalità la trasparenza e l'inclusività anche mediante una comunicazione efficace attraverso un'ampia diffusione dei contenuti e dei percorsi intrapresi.

A.1.4.1 Dalla condivisione dei percorsi alla realizzazione del Piano di Diffusione

La diffusione è uno degli obiettivi prioritari di ogni percorso, rete o progetto clinico, terapeutico, assistenziale che l'Azienda ha implementato o intende implementare, nel breve e nel medio periodo, per una presa in carico efficace dei diversi bisogni di natura sanitaria o sociosanitaria. È uno strumento strategico e una base essenziale per l'attuazione, la promozione, l'utilizzo e per l'integrazione dei risultati attraverso il coinvolgimento dei target di riferimento con azioni mirate e specifiche che possono, di volta in volta, essere indirizzate verso gli utenti dei percorsi, i portatori di interesse, i professionisti aziendali o i professionisti esterni direttamente connessi con i servizi erogati.

Al fine del raggiungimento di questo importante obiettivo, la Asl di Viterbo ha introdotto il Piano di diffusione che, necessariamente, sarà parte integrante di ogni PDTA o PIC deliberato e che dovrà essere validato dai responsabili aziendali dell'area della comunicazione e della formazione.

Nel piano i professionisti impegnati nella redazione delle reti o dei percorsi individuano gli oggetti, i canali, gli strumenti, gli obiettivi, le modalità, la tempistica, i destinatari e le responsabilità per ogni azione programmata. Il Piano si articola in quattro macro fasi:

- 1) piano della comunicazione, finalizzato a favorire la circolazione delle informazioni sul nuovo modello organizzativo;
- 2) piano della formazione, definendo il percorso utile ad assolvere ai bisogni formativi;
- 3) piano per la diffusione dell'autocura, finalizzato ad implementare la partecipazione al processo di cura da parte del paziente, in un'ottica di presa di coscienza del proprio stato di salute;
- 4) piano per l'orientamento e l'accesso ai servizi, definendo la carta dei servizi e la sua diffusione al fine di migliorare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici

Il Piano della diffusione consente di garantire che la strategia messa in campo possa raggiungere i risultati prefissati, in termini di miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, di marketing interno ed esterno, di potenziamento dell'immagine dell'azienda e per un coinvolgimento proattivo di tutti i soggetti interessati.

A.1.5 Le Reti e i Percorsi Clinico Assistenziali

La tabella che segue 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, la relativa deliberazione di avvio e le normative di riferimento.

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.

A seguire, sono poi illustrati i Percorsi e le Reti già attivi nella ASL di Viterbo e quelli in corso di realizzazione che saranno implementati a partire dai prossimi mesi.

Le reti rappresentano uno strumento fondamentale nella presa in carico del paziente; sono sviluppate nell'ottica di una profonda integrazione tra le stesse al fine di garantire la migliore risposta al bisogno.

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

AMBITO	PERCORSO/RETE	DELIBERA ATTIVATA	DCA DI RIFERIMENTO
organizzazione	POOL INFERMIERISTICO vaccinale e radiologico interventistico	del.ne 955 del 20/6/2017	DCA 89/2017
organizzazione	RIMODULAZIONE POSTI LETTO RETE OSPEDALIERA ASL VITERBO	del.ne n. 731 del 2/5/2018	DCA 257/2017
organizzazione	ATTO DI RIMODULAZIONE AREA MEDICA PER INTENSITA' DI CURA	del.ne n. 822 del 21/5/2018	DCA 52/2018
organizzazione	PIANO RIORGANIZZAZIONE SORVEGLIANZA HIV E AIDS	del.ne 1053 del 20/6/2018	DCA 30/2018
REGOLAMENTI	APPROVAZIONE NUOVO REGOLAMENTO CIO E NOMINA COMPONENTI	del.ne n. 1864/2018	
RETI	la rete riabilitativa aziendale	del.ne 1422 del 22/8/2017	DCA 159 DEL 13/6/2016
RETI	rete terapia del dolore e cure palliative	del.ne 367 del 20/3/2017 - revisione con del.ne 654 del 18/4/2017	DCA 588/2015 e DCA 360/2016
RETI	rete cardiologica	del.ne 485/2016	DCA 412/2014
RETI	rete radiologica aziendale	del.ne 602/2014	
RETI	rete dei laboratori di genetica medica	del.ne 717/2016	DCA 549 DEL 18/11/2015
RETI	rete dei laboratori	del.ne D.G. n. 1009 del 4/8/2016	DCA 219/2014
RETI	rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (MAD)		
RETI	rete reumatologica aziendale		
RETI	rete dermatologica		
RETI	rete Odontoiatrica	del.ne 1626 del 18/9/2017	DCA 586/2015
rete onco	pool carcinoma della mammella - breast unit	del.ne 1015/2013	
rete onco	istituzione G.O.M. (gruppi multidisciplinari oncologici ASL VT)	del.ne 655/2017	
rete onco	PIC COLON RETTO	del.ne 655 del 26/4/2017	DCA 30/2017
rete onco	percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il tumore del polmone	del.ne 29 del 18/12/2017	
rete onco	rete oncologica: percorso terapeutico dei pazienti candidati a trattamento con Xdrofgo	del.ne 81/2015	DCA 419/2015
rete onco	rete assistenziale del tumore del polmone	proposta n. 2121 del 22/10/2018	
rete onco	rete endocrinologica aziendale PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON NODULO TIROIDEO	del.ne 1044 del 20/6/2018	DCA 358 DEL 28/6/2017
rete onco	PDTA PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATA	del.ne 239/2016	DCA 368/2014
rete chirurgica	rete chirurgica	del.ne 1000 del 1/8/2016	
rete chirurgica	U.P.A.C. (unità di programmazione dell'attività chirurgica) e percorsi di preospedalizzazione	del.ne 796/2016	DCA 386/2014
PERCORSI APPROPRI	percorso sclerosi multipla	del.ne 390/2016	DCA 384 DEL 4/8/2015
PERCORSI APPROPRI	percorso autorizzativo assistenza protesica	PROPOSTA DEL NE 2131 DEL 23/10/2018	
PERCORSI APPROPRI	Obesity Unit e ambulatorio integrato D.A.	del.ne 1021 del 19/9/2018	DCA 60/2016
PERCORSI APPROPRI	PROTOCOLLO ACCERTAMENTI PER OMICIDIO STRADALE		DCA 288/2016 e L. 41/2016
PERCORSI APPROPRI	percorso per l'appropriatezza diagnostica endoscopica	del.ne 351/2016	DCA 437 DEL 28/10/2013 e D.M. del 9/12/2015
PERCORSI APPROPRI	percorso per l'appropriatezza diagnostica di immagini	del.ne 271/2016	DCA 437 DEL 28/10/2013
PERCORSI APPROPRI	PROCEDURA RISONANZA MAGNETICA IN PORTATORI DI PACE-MAKER	del.ne 1949 del 30 ottobre 2018	Direttiva Unione Europea 2007/47/CE
PERCORSI APPROPRI	appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali	del.ne 525 del 18/4/2016; del.ne 1008 del 4/8/2016	
PERCORSI APPROPRI	Patient Blood Management	del.ne 264/2018	DCA 113/2017

AMBITO	PERCORSORETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI RIFERIMENTO
salute donna	percorso nascita per la gravidanza fisiologica	del.ne 671/2015	DCA 152/2014
salute donna	percorso nascita - riorganizzazione della rete consultoriale della ASL di VT	del.ne CS 671/2015	DCA 152 DEL 12/5/2014
salute donna	PERCORSO PARTO A DOMICILIO	del.ne 1020 del 22/6/2017	DCA 395/2016
salute donna	PERCORSO PERIPARTUM	del.ne 1601 dell'11/8/2017	1527/2014
violenza	procedura assistenza vittime violenza di genere "Non avere paura"	del.ne 333/2016	DCA 152 DEL 12/5/2014
violenza	NON AVER PAURA Ospedale	del.ne 333 del 7/3/2016	DCA 152/2015
violenza	NON AVER PAURA Territorio	del.ne 1019 del 22/6/2017	DCA 152/2015
violenza	procedura violenza sui minori	del.ne 806/2016	L. 208 del 28/1/2015
ASSOCIAZIONISMO	tavolo del volontariato	del.ne 1148 del 20/9/2016	
migranti	azienda migranti friendly	del.ne 1524 del 25/11/2016	
migranti	procedura per la gestione emergenza migranti	del.ne 1141 del 20/9/2016	
tempodip	patia ictus e trombolisi	del.ne 305/2015	DCA 75/2010; DCA 90/2010
tempodip	procedura trauma maggiore	del.ne 1899/2017	DCA 412/2014; DCA 368/2014
tempodip	protocollo provinciale infarto del miocardio e percorsi cardiologici	del.ne 660 del 18 aprile 2018	
p.s.	protocollo bed management	del.ne 952/2016	
p.s.	PATIENT MANAGEMENT NEL P.S. BELCOLLE	del.ne 111 del 29/1/2018	
p.s.	percorsi fast track al P.S. Belcolle	del.ne 938/2016	DCA 412/2014
territorio	Attivazione dei programmi attività Territoriali (PAT)	del.ne 644/2016	
territorio	Modello condiviso per la valutazione dei bisogni territoriali	del.ne 90 del 18/1/2016	
territorio	modello organizzativo del PUA	del.ne 1313 del 23/7/2018	DGR 149/2018
cronicità	patia scompenso cardiaco	del.ne 338/2014	
cronicità	patia diabete	del.ne 986/2013	
cronicità	PIC DIABETE	del.ne 369 del 28/2/2018	DCA 581/2015; DCA 113/2016
cronicità	PIC BPCO	del.ne 387 del 28/2/2018	DCA 113/2016
cronicità	PIC SCOMPENSO CARDIACO	del.ne 366 del 28/2/2018	Piano Nazionale per la Prevenzione delle malattie cardiovascolari 2009/2013
cronicità	PIC TAO	del.ne 366 del 28/2/2018	
psichiatria	percorsi di presa in carico minori e giovani adulti con problemi Psichiatrici, dipendenze sottoposti a procedimento penale	del.ne 699/2016	
psichiatria	PERCORSO TUTELA SALUTE MENTALE ADULTO IN AMBITO PENITENZIARIO - Istituzione tavolo tecnico	del.ne n. 371 del 28/2/2018	DCA n. U00563/2017
psichiatria	PIANO LOCALE RISCHIO SUICIDIO IN CARCERE	del.ne 1386 del 30/7/2018	DCA 563/2017
psichiatria	PDTA GESTIONE DELLE URGENZE IN PSICHIATRIA	del.ne 1045 del 20/6/2018	
psichiatria	procedura per interventi di riabilitazione psichiatrica: Il budget di salute	del.ne 1380 del 30/7/2018	
PREVENZIONE	Piano di Prevenzione Aziendale	del.ne 1865 del 29/1/2016	DCA 593/2015
PREVENZIONE	Piano Aziendale Miglioramento screening mx e colon retto	del.ne D.G. 1867 del 29/1/2016	DCA 309/2015 E DCA 593/2015
minori	Centro Provinciale disturbi Spello Autistico	del.ne 1018 del 22/6/2017	DCA 457 del 22/12/2014
minori	Centro di Riferimento per le Paralisi Cerebrali Infantili	del.ne 1081 del 5/7/2017	

A.1.5.1 L'Area della Salute Mentale La rete della Salute Mentale

Il modello organizzativo attuato nella ASL di Viterbo tiene da sempre in considerazione l'evoluzione cui vanno incontro nella psichiatria contemporanea le 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.

A partire dal 2016 è stata stipulata una convenzione con la Cattedra di Psichiatria dell'Università S. Andrea, che è risultata essere strategica al fine della revisione del modello organizzativo del DSM.

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)

Partendo da un concetto di cure integrate che permettano al cittadino di intraprendere un percorso di salute creando le condizioni utili per migliorare gli esiti delle azioni messe in atto nel DSM, nel 2018 si è passati da un modello che individuava il Dipartimento di Salute Mentale come struttura autonoma, seppur profondamente incardinata nel territorio, alla progettazione di un modello di **RETE DELLA SALUTE MENTALE**. E' questa la sfida lanciata dalla ASL di Viterbo per il prossimo triennio.

La Rete della salute mentale della ASL di Viterbo è un sistema di nodi (strutture) e collegamenti (passaggi d'informazioni) che costituisce l'area all'interno della quale ogni paziente con disturbo mentale di qualsiasi tipo (Handicap, deficit, disabilità o franca psicopatologia classica) si trova al centro di un contesto volto a accogliere - a partire dal PUA o altri centri d'ingresso - a orientare, a guidare e a sostenere fino all'obiettivo finale della diagnosi, della terapia e, se necessario, della presa in carico con il relativo percorso e case-manager.

Lo stesso DSM, che pur da sempre si è organizzato in una struttura a rete, tuttavia, se inserito in un sistema di rete più ampio, di cui esso stesso ne diventa un co-attore tra gli altri, acquisisce un valore aggiunto dovuto sia al superamento della autoreferenzialità, sia dovuto ad una maggiore apertura nell'ambito di una dialettica costruttiva e sinergica con strutture similari(SER.d, Disabile Adulto, Servizio Demenze, Psicologia, Cure Primarie, Distretto).

Il principio ispiratore è il superamento della chiusura e del riduzionismo tecnico dei singoli "nodi" (strutture) che devono fungere come luoghi d'incontro e di dialogo tra saperi provenienti da diversi servizi ma centrati esclusivamente sull'interesse del paziente e della famiglia che devono essere facilitati nell'accesso alle cure e nel superamento di una eccedente burocrazia.

Nella stessa logica, la stessa "Rete Aziendale" si apre su una trama ancora più ampia e complessa (il territorio) mettendo in atto un dialogo aperto, permanente e sistematico con i cittadini, gli enti locali, il III settore, il volontariato ecc, al fine di reclutare risorse informali e sinergiche con quelle erogate dai servizi Sanitari Aziendali. I luoghi privilegiati individuati sono l' UVMD i Piani di Zona Distrettuali, la Consulta Dipartimentale, ma anche molti altri luoghi reperibili sul territorio come associazioni, club, parrocchie, strutture private come Villa Rosa, Agathos e molte altre che mettono a disposizione risorse utili ai pazienti.

L'assunto di base è che la Salute Mentale è un patrimonio comune a tutti, sanitari e cittadini, che pur nella loro specifica diversità dei ruoli, formali e informali, sono chiamati a dare un contributo, in quanto portatori di saperi specifici diversi che devono confrontarsi e finalizzarsi a trovare sintesi di livello sempre superiore. La soluzione è in una alleanza tra l'Azienda e la parte sana e collaborativa della società.

Si vuole inoltre rimarcare che questa dialettica aperta intra-extra aziendale e questo superamento dei limiti perimetrali delle strutture (anche in senso simbolico) si può interpretare come un ritorno alle origini prestigiose della cosiddetta "legge Basaglia", perché è evidente il superamento continuo delle barriere che purtroppo persistono in alcune strutture ma soprattutto nella mente di chi non riesce a superare lo stigma, la rassegnazione e il pregiudizio della diversità che hanno costituito la cultura manicomiale, non ancora del tutto scomparsa.

Come tutte le innovazioni anche questa potrà essere esposta a forze omeostatiche reattive, pertanto deve essere chiaro che il progetto dovrà avere in sé la consapevolezza di poter essere avvertito.

Sarà utile un periodo sperimentale, aperto a tutte le critiche costruttive e quindi suscettibile di revisioni e monitoraggi, ma pur rimanendo fermi nella chiarezza di obiettivi a breve, medio e lungo termine di chiari indicatori e di una cabina di regia gestionale.

La Rete delle Demenze

Nella ASL di Viterbo è attivo da anni un Centro integrato per le demenze. Il modello disegnato a partire dal 2019 prevede una Rete per la demenza per i residenti nel territorio della provincia di Viterbo, in coerenza con le nuove direttive regionali, con l'obiettivo di migliorare la gestione integrata dell'utente con deficit cognitivo/demenza attraverso l'attivazione di percorsi socio-diagnostico-terapeutico-assistenziale riabilitativo in un contesto di continuità assistenziale ospedale-territorio e anche con il coinvolgimento delle reti informali e degli organi di rappresentanza dei pazienti.

La Rete disegnata si compone di tre aree funzionali (due cliniche di cui una di presa in carico ed una terza epidemiologica) e da due centri specialistici denominati Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze Territoriale –CDCD –Territoriale (1° livello: centri territoriali esperti) e Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze Ospedaliero – CDCD H (2° livello: centro diagnostico specialistico).

Il CDCD-T, per poter coprire meglio i bisogni assistenziali dei residenti, è diffuso nel territorio aziendale con quattro sedi (Acquapendente, Civita Castellana, Tarquinia e Viterbo) cui fanno riferimento quattro differenti équipe multiprofessionali integrate mentre il CDCD-H ha sede unicamente presso l'Ospedale Belcolle di Viterbo, ed è anch'esso composto da una équipe multi professionale integrata.

Saranno inoltre attivati protocolli specifici con i singoli Servizi per definire le modalità, le procedure, i percorsi e la tempistica di partecipazione al processo di Rete. Trattandosi di una gestione integrata, i servizi coinvolti afferiscono sia all'ambito sanitario che a quello socio-sanitario nonché a quello sociale e delle associazioni di volontariato.

In particolare i servizi che costituiscono la rete sono: Medicina Generale, Dipartimento per il Governo dell'Offerta e le Cure Primarie, Distretto A, Distretto B e Distretto C, la Neurologia, il Laboratorio Analisi, la Genetica Medica, l'Oncologia, le Malattie Infettive, la Neurochirurgia, la Diagnostica per Immagini, la Medicina Nucleare, la Psicologia, la Riabilitazione, la Rete delle cure Palliative che operano in collaborazione con i servizi sociali dei comuni e le associazioni di volontariato ed il terzo settore.

La Rete dei Disturbi del Comportamento Alimentare e l'Obesity Unit

L'Azienda ha definito il funzionamento della presa in carico dei pazienti affetti da 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). La Rete è fortemente integrata con il Centro Obesity Unit al fine di garantire sia ai minori che agli adulti gli interventi sia dal punto di vista psicologico psicoterapeutico e psichiatrico sia dal punto di vista internistico-nutrizionale. E' stato definito il percorso del paziente all'interno dell'Obesity Unit e dell'Ambulatorio Integrato dei disturbi alimentari in un'ottica di facilitazione e presa in carico globale dell'utente. La Rete della ASL di Viterbo favorisce la prevenzione delle patologie associate all'obesità patologica, quali il diabete, le malattie cardiovascolari e l'insufficienza respiratoria, attraverso un approccio multidisciplinare che faccia leva sull'empowerment del paziente.

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 documento è in fase di approvazione.

Il Percorso per i disturbi psichiatrici, disturbi dell'umore e disturbi gravi di personalità

Nel corso del 2018 il Dipartimento di Salute Mentale ha sviluppato percorsi diagnostico terapeutici specifici per le principali patologie psichiatriche partendo dalla differenziazione tra patologie lievi, a basso carico assistenziale, e patologie complesse ad alto carico assistenziale, intendendo con quest'ultima la necessità di obbligatorietà di strutturare trattamenti complessi, articolati e multidisciplinari. Dopo l'accoglienza, la valutazione iniziale e il triage, il paziente viene appropriatamente inquadrato, procedendo all'attivazione dello specifico percorso di cura.

Sono stati redatti i percorsi di cura per i disturbi schizofrenici, per i disturbi depressivi, per il disturbo bipolare e per i disturbi gravi della personalità.

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.

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.

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 le Paralisi Cerebrali Infantili e nucleo di valutazione per le richieste di protesi 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 fisioterapia 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.

A.1.5.2 L'Area dell'Emergenza e dei percorsi ospedalieri integrati

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: è stata approvata con deliberazione del Direttore Generale n. 485 del 4 aprile 2016, in coerenza con quanto disposto dal DCA 74/2010 e dal DM 70/2015. 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.

All'interno della rete 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 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) è stata riorganizzata 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, autonomo rispetto all'area medica; all'interno del reparto di degenza cardiologica sono presenti 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. Con deliberazione del Direttore Generale n. 660 del 18/4/2018 sono stati approvati il protocollo provinciale per l'infarto del miocardio ed i Percorsi cardiologici.

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.

È 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 del pronto soccorso aziendali. È 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.

In merito alla riorganizzazione della rete regionale tempo dipendente per il trattamento dell'ictus si fa presente che presso il P.O. di Belcolle sono presenti le competenze e le dotazioni strutturali e tecnologiche in grado di effettuare procedure endovascolari in regime di urgenza ed elezione.

In particolare è presente H24 un neurologo con competenze nella diagnosi e trattamento dell'ictus acuto, un radiologo interventista ed un neurochirurgo in guardia attiva 8-20 e in reperibilità 20-8.

La sala angiografica ha caratteristiche tecniche idonee ad effettuare trattamenti endovascolari trombectomia / tromboaspirazione ed embolizzazione di aneurismi e MAV encefaliche.

Il personale medico dedicato alle procedure endovascolari è costituito da 4 radiologi interventisti con elevata esperienza in trattamenti di patologia carotidea e neurovascolare .

Il servizio di radiologia garantisce l'esecuzione di angio-TC in urgenza ed RMN in caso di necessità
h 24.

E' disponibile un anestesista per la sala angiografica h24.

L'UOC di neurologia è provvista di 4 posti letto ad alta intensità assistenziale con monitoraggio in telemetria.

Nelle linee guida ISO-SPREAD 2017 si sottolinea che "la procedura di trasferimento dallo Spoke all'Hub di riferimento deve essere effettuata solo se sono assicurati i tempi che consentono l'inizio della procedura endovascolare entro i limiti della finestra terapeutica (in caso contrario la stessa deve essere annullata)".

Dal 2016 sono stati trattati in urgenza 124 pazienti di questi 93 hanno effettuato trombolisi endovenosa (di cui 11 in bridging); da luglio 2017 41 pazienti sono stati rivascolarizzati meccanicamente con trombectomia / tromboaspirazione (11 nel 2017, 34 da inizio anno). In collaborazione con la chirurgia vascolare vengono effettuati interventi di stenting carotideo

Tutto ciò candida il P.O. di Belcolle al ruolo di hub per le procedure in emergenza sopra descritte.

Da gennaio 2018 (deliberazione del D.G. n. 111 del 29/1/2018) è stata creata una equipe medico infermieristica dedicata specificatamente alla gestione dei pazienti in attesa di ricovero (**facilitatore DP**), affidando ad un altro dirigente medico il compito di supervisione dei processi interni del P.S. e la loro interazione con il territorio (**facilitatore POT**). Sono i facilitatori di percorso, figure professionali cui è affidato il compito di dedicarsi alla gestione ottimale dei pazienti in attesa di ricovero, di interagire con il "Bed manager", con gli specialisti di guardia nei vari reparti, di fornire informazioni ai familiari ed ai medici di famiglia, il tutto supportato dalla tecnologia informatica (Programma Kosmos con password e user ID personali).

Nel mese di novembre 2018 è stata revisionata la procedura per la “**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. È 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. Dal 2018 tutte le Unità Operative ed i servizi interessati hanno applicato la procedura all’interno del P.O. di Belcolle.

Sono stati riorganizzati i Punti di Primo Intervento di Montefiascone e Ronciglione, trasformandoli in Prima Assistenza Territoriale (**P.A.T.**) al fine di fornire una risposta più appropriata ai bisogni di salute della popolazione non rientranti nel percorso dell’emergenza urgenza.

Tale processo di riorganizzazione si colloca in un contesto di evoluzione organizzativa della ASL di Viterbo che ha previsto un processo di implementazione della medicina territoriale, trasformando le UCP semplici in UCP a sede unica con conseguente ampliamento dell’offerta oraria ed assistenziale da parte degli MMG come previsto dal DCA 376/2014. In questo contesto rientra anche l’istituzione dell’Ambulatorio di Cure Primarie (AMBUFEST) nell’anno 2017 e dell’ Ambulatorio Cure Primarie Pediatrico a partire dal 2018 con l’obiettivo prioritario di evitare il ricorso improprio al Pronto Soccorso. I PAT saranno attivi a partire da gennaio 2019.

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.

Con l'apertura dello sportello anti violenza "**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". È stato sottoscritto un Protocollo Interistituzionale, che vede il coordinamento della Prefettura di Viterbo.

Dal 2017 è attivo 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).

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 superafflusso 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.

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 dal 2018 il modello è stato esteso anche negli altri presidi della ASL di Viterbo, consentendo il collegamento tra le Unità di Programmazione chirurgica nella logica Hub Spoke.

A novembre 2018 è stata ridefinita la composizione dell'UPAC, organizzativamente collocata all'interno della Direzione Sanitaria del P.O. di Belcolle. L'UPAC coordina le attività del Blocco Operatorio; il Direttore della UOC Anestesiologia è individuato quale dirigente medico con funzioni di coordinamento per quanto attiene gli aspetti tecnico-specialistici, per garantire qualità e standard, armonizzando il lavoro all'interno del Blocco stesso.

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.

A partire dal 2018 sono state potenziate le azioni per realizzare le equipe laparoscopiche itineranti su tutti i blocchi operatori: non è 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.

E' stata riorganizzata l'attività della sezione di radiologia interventistica mediante l'istituzione di team multidisciplinari che coinvolgono le Unità Operative di Neurochirurgia, Neurologia, e Chirurgia Vascolare (deliberazione del D.G. n. 894 del 28/5/2018); la nuova sala angiografica ha consentito il potenziamento dell'attività chirurgica in elezione ed in urgenza grazie all'introduzione di metodiche innovative e iperspecialistiche.

A.1.5.3 L'Area oncologica

La Breast Unit

La Breast Unit è attiva presso il P.O. di Belcolle a partire dal 2013 (deliberazione del Commissario Straordinario n. 1015 del 29/11/2013). Il Centro di Senologia - Breast Unit rappresenta un modello di assistenza specializzato nella diagnosi e cura del carcinoma mammario, che si caratterizza per la presenza di un team coordinato e multidisciplinare in grado di garantire quel livello di specializzazione delle cure, dalle fasi di screening sino alla gestione della riabilitazione psico-funzionale, in grado di ottimizzare la qualità delle prestazioni e della vita delle pazienti e nel contempo, garantire l'applicazione di percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA) in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali.

La rete endocrinologica per la gestione del paziente con nodulo tiroideo

Nel secondo semestre del 2018 è stata progettata la rete endocrinologica per la gestione del paziente con nodulo tiroideo. La patologia è di forte impatto per il territorio del viterbese: oltre il 20% della popolazione residente presenta una patologia tiroidea nodulare. Sul territorio provinciale sono da tempo presenti ambulatori endocrinologici ospedalieri (presso i PP.OO. di Belcolle, Tarquinia, Civita Castellana ed Acquapendente), distrettuali (presso i poliambulatori di Vetralla, Montefiascone, Ronciglione e Tuscania, la Casa della Salute di Soriano nel Cimino e la Cittadella della Salute di Viterbo) e un ambulatorio dedicato all'esecuzione del PAC P241, presso il P.O. di Belcolle. Il documento redatto dai professionisti del P.O. di Belcolle è finalizzato a costruire una logica di Rete, assicurando percorsi di presa in carico omogenei ai pazienti che si rivolgono ai diversi ambulatori.

Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i pazienti con 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. È 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.

Il percorso diagnostico terapeutico per i pazienti con tumore della prostata

Il PDTA per la neoplasia della prostata è stato approvato con deliberazione del D.G. n. 1044 del 20/6/2018, in coerenza con quanto definito con DCA 358/2017. E' finalizzato a fornire una risposta ai diversi bisogni assistenziali della persona in tutte le fasi del percorso assistenziale, assicurando in particolare la tempestività della diagnosi e l'accesso ai trattamenti integrati più efficaci che, allegato al presente atto, ne forma parte integrante e sostanziale. Il percorso definisce i Centri per la diagnosi (diagnostiche) ed i Centri di trattamento (terapeutiche), identificandone i ruoli all'interno della rete. Il percorso affianca il Team Multidisciplinare per la gestione dei pazienti con patologia della prostata (il cui "Core" è costituito da case manager, urologi, radioterapisti, oncologi, patologi, radiologi, medici nucleari; psicologi) già attivo a Belcolle dal 2017.

Il Percorso diagnostico terapeutico per i pazienti con neoplasia del colon retto

Con deliberazione del Direttore Generale n. 655 del 26/4/2017 è stato approvato il PDTA per i pazienti con neoplasia del colon retto; è un percorso integrato di cura, sia territoriale che ospedaliero orientato alla continuità, alla integrazione e alla completezza della presa in carico del paziente con tumore del colon retto per garantire prestazioni in sicurezza. Il percorso presenta la catalogazione delle patologie tumorali all'interno della rete oncologica chirurgica garantendo, attraverso la valutazione del Gruppo Multidisciplinare Oncologico Digestivo di Belcolle, l'appropriatezza della sede di erogazione della prestazione. Gli obiettivi sono:

- offrire al paziente con sospetto di neoplasia del colon e del retto un percorso diagnostico-terapeutico chiaro, rapido, efficace e multidisciplinare;
- garantire ai pazienti una rete di chirurgie aziendali, che assicurano risposte con standard di qualità e sicurezza elevati;
- ridurre la mobilità passiva e la migrazione di pazienti verso altre regioni.

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 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.

A.1.5.4 L'Area della Diagnostica

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.

La Rete dei laboratori e la riorganizzazione del laboratorio 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). Nel corso dell'ultimo anno, anche grazie all'acquisizione di nuove tecnologie, è stata rivista l'organizzazione del Laboratorio di Genetica Medica del P.O. di Belcolle, ampliando le competenze e le capacità diagnostiche; il laboratorio è composto da diverse sezioni: citogenetica e citogenetica molecolare, genetica molecolare e immunogenetica. E' inserito nella Rete Regionale dei Laboratori di Genetica Medica (Laboratorio di 1° livello) offrendo standard di qualità grazie all'adozione di percorsi diagnostici e assistenziali appropriati e garantendo equità e correttezza nell'informazione fondata a pazienti e famigliari in ogni percorso di consulenza genetica. Il modello prevede la centralizzazione delle attività ad elevata complessità in Laboratori di Genetica Medica definiti di II livello.

La 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.

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'esofagogastroduodenoscopia 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 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 ad offrire di nuovo 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).

La procedura per l'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.

La procedura per la risonanza magnetica in portatori di pace maker

La Risonanza Magnetica costituisce una metodica diagnostica di secondo livello indispensabile nell'iter diagnostico-terapeutico di molte patologie. Diversamente da qualche anno fa, l'evoluzione tecnologica ha permesso di individuare soluzioni tecniche che hanno consentito la realizzazione di impianti di pace maker/ICD ed elettrocaterteri cosiddetti MR-conditional, ovvero compatibili con la R.M. in determinate condizioni di utilizzo. Con deliberazione del Direttore Generale n.1949 del 30/10/2018 è stata approvata una procedura condivisa dai professionisti della Diagnostica per Immagini, della Radiologia Interventistica e della Fisica Sanitaria che, recependo le indicazioni aggiornate condivise nell'ambiente scientifico individua i presupposti indispensabili alla formulazione del percorso e fornisce le Istruzioni Operative.

A.1.5.5 L'Area della salute della donna e del bambino

Il 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.

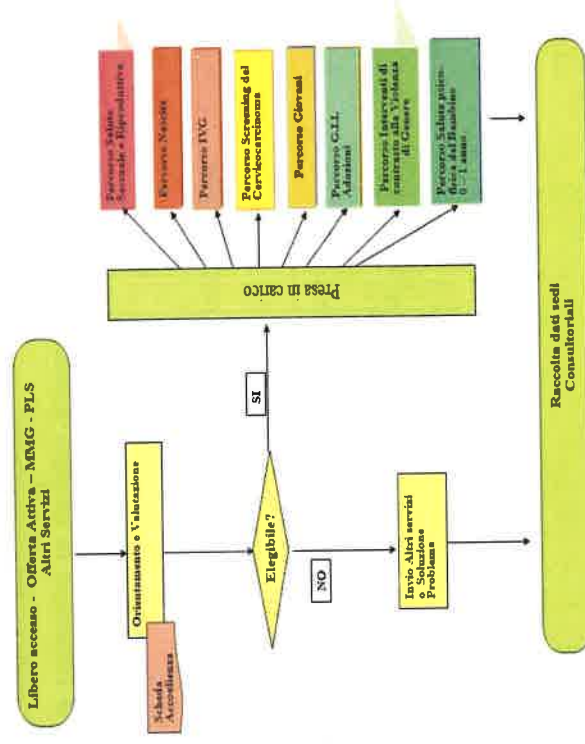
I percorsi consultoriali

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 già a partire dal 2017 i seguenti percorsi elaborati in ottemperanza al DCA 152/2014



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 l'arruolamento nei diversi percorsi; la costante attività di monitoraggio e di rilevazione dei dati statistici consente la verifica di qualità e la capacità di intervenire sui processi migliorandoli.

Nel secondo semestre 2018 sono stati costituiti gruppi di lavoro per l'integrazione. In particolare il percorso nascita, IVG, interventi di contrasto alla violenza di genere, integrando le azioni positive tra ospedale e territorio, e il percorso giovani.

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 Hom Mam. È 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**, 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.

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. 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.

A.1.5.6 L'Area delle cronicità

Il Percorso Integrato di Cura del Diabete

Con deliberazione del Direttore Generale n. 369 del 28/2/2018 è stato approvato il P.I.C. per la gestione e la presa in carico del paziente con diabete di tipo 1 e 2. La popolazione diabetica è eterogenea dal punto di vista clinico, comprendendo soggetti che possono essere in buona salute e privi di complicanze/comorbidità da un lato fino a soggetti fragili e non autosufficienti dall'altro. Anche il contesto sociale, economico, culturale e affettivo può variare in maniera significativa, determinando un approccio alla malattia completamente differente nei diversi casi in esame. La configurazione del P.I.C. ha necessitato di una progettualità particolarmente attenta. Anche in questo caso, la Centrale Operativa della Cronicità per il Diabete è l'elemento fondamentale per la gestione del P.I.C.

Il Percorso Integrato di Cura della BPCO

Il P.I.C. della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è stato approvato con deliberazione del D.G. n. 267 del 28/2/2018; così come gli altri percorsi integrati di cura connessi alle Centrali Operative delle Cronicità (Scompenso Cardiaco e Diabete) è stato predisposto da un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, coadiuvato da esperti nella costruzione di PDTA/PIC che hanno fornito supporto metodologico, informatico ed hanno condotto i tavoli tecnici specifici al fine di garantire la più appropriata presa in carico del paziente affetto da patologia cronica. La BPCO rappresenta un grave e crescente problema di sanità pubblica essendo una delle maggiori cause di mortalità e morbilità cronica a livello mondiale in ragione della sua ampia diffusione nella popolazione generale e della riduzione della qualità ed aspettativa di vita; una tempestiva diagnosi ed una appropriata strategia terapeutica rappresentano cardini imprescindibili anche per l'ottimizzazione dei costi.

Il Percorso Integrato di Cura dello Scompenso Cardiaco

Il P.I.C. dello Scompenso Cardiaco è stato approvato con deliberazione del D.G. n. 366 del 28/2/2018; il percorso disegnato è funzionale all'attivazione della Centrale Operativa delle Cronicità territoriale (v. paragrafo A.2.3) che riconosce le Case della Salute quali cardini della Rete delle Cure Primarie tramite l'attivazione dei percorsi integrati di cura attraverso i PIC del Diabete, dello Scompenso Cardiaco, della BPCO e TAO, dando origine ad un continuum clinico diagnostico assistenziale avente per obiettivo la Medicina d'iniziativa e la presa in carico delle cronicità. Lo Scompenso Cardiaco è infatti una delle patologie croniche a più alto impatto su sopravvivenza, qualità di vita/autosufficienza e su assorbimento di risorse. L'aumento della popolazione anziana, associato al miglioramento della prognosi delle cardiopatie, rappresenta uno dei fattori principali dell'incremento dell'incidenza e della prevalenza della malattia.

Il Percorso Integrato di Cura della Terapia Anticoagulante Orale (T.A.O.)

Con deliberazione del Direttore Generale n. 368 del 28/2/2018 è stato approvato il PIC per il trattamento anticoagulante orale. La presa in carico del paziente in TAO è fondamentale per ridurre in modo controllato e reversibile la coagulabilità del sangue per ottenere la massima protezione possibile dagli incidenti tromboembolici e il minimo rischio di emorragie.

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;
 - 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.

A.1.5.7 L'Area delle Cure Primarie

La 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.

La 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.

La Rete della 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 posti 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 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.

A.2 Azioni di innovazione e governo dell'offerta dei servizi territoriali

A.2.1 La governance del territorio

La governance del territorio della ASL VT è stata condotta seguendo tre direttrici :

- ristrutturazione della organizzazione territoriale
- analisi della domanda di salute
- ristrutturazione organizzativa della ADI

La prima direttrice ha preso corpo nel 2015 con la modifica della organizzazione della attività territoriale che ha accorpato i distretti socio sanitari tra di loro modificando il precedente assetto;

I Distretti socio sanitari prima identificati in 5 sedi sono stati riassetmati in tre sedi (tabella 1)

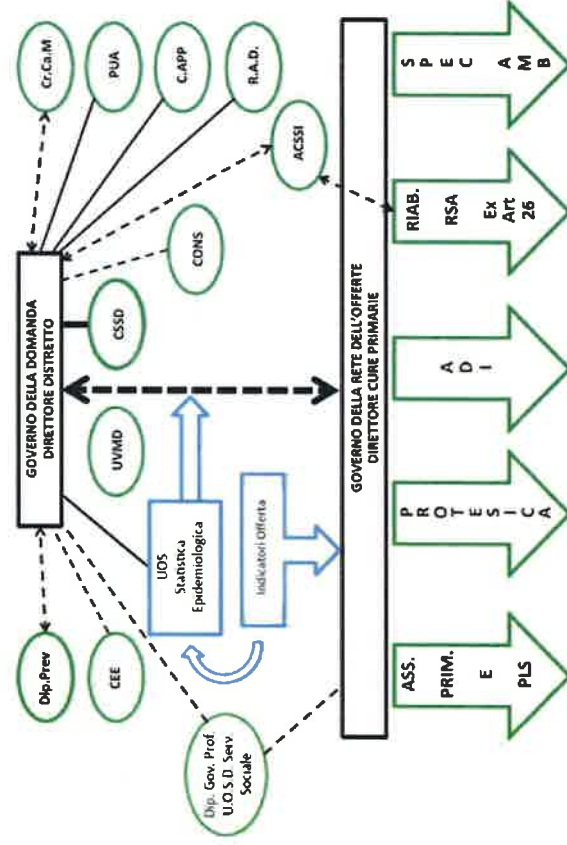
PRIMA DEL 2015		DOPO IL 2015	
DENOMINAZIONE	SEDE PRINCIPALE	DENOMINAZIONE	SEDE PRINCIPALE
DISTRETTO 1	MONTEFIASCONE	DISTRETTO A	TARQUINIA
DISTRETTO 2	TARQUINIA		
DISTRETTO 3	VITERBO	DISTRETTO B	VITERBO
DISTRETTO 4	VETRALLA	DISTRETTO C	CIVITA CASTELLANA
DISTRETTO 5	CIVITA CASTELLANA		

Il riassetto territoriale che ha ridefinito i confini territoriali in rapporto alle sedi, è stato accompagnato da una sostanziale modifica del sistema territoriale secondo i principi del government e della governance del territorio. È stata istituita la UOC per il Governo dell'offerta-delle cure primarie e, le Unità Operative Complesse per il governo della domanda e distribuzione delle risorse, una per ciascuno dei Distretti socio sanitari.

Le Unità Operative Complesse Governo della domanda sono state affidate ai singoli Direttori del Distretto socio sanitario con il compito del governo del territorio di pertinenza (analisi della domanda, dei bisogni, etc.) mentre la UOC governo della offerta è stata affidata al Direttore della UOC Cure Primarie con il compito della gestione dell'intera rete dell'offerta territoriale.

Lo schema appresso evidenziato illustra il modello di riferimento.

Schema della governance territoriale



Il modello illustrato sinteticamente, attraverso l'utilizzo di specifici indicatori di processo/esito consente di avere una governance del territorio essenzialmente tesa a verificare il grado di coerenza tra la domanda/bisogno di salute e l'articolazione dell'offerta dei servizi su scala aziendale ma anche nell'ambito del singolo Distretto socio sanitario territoriale.

La seconda direttrice, strettamente connessa alla prima che ha assegnato responsabilità separate alla gestione ed alla governance, è stata perseguita attraverso la realizzazione di uno studio sulla domanda di salute dell'intero territorio della ASL VT. Lo studio ha portato alla realizzazione del documento aziendale Profili di salute.

Tale documento, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 893 del 28/5/2018, e realizzato sulla base di un modello di ricerca (vedi fig. 1) per un intero anno ha preso in esame 4 aspetti:

- i determinanti di salute prossimali e distali
- il profilo socio demografico
- profilo epidemiologico
- la rete dell'offerta dei servizi

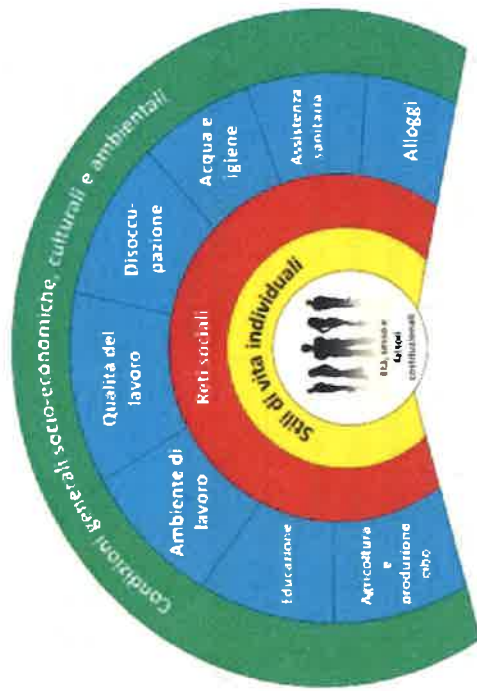


Fig. 1: Modello di ricerca

Il documento ha consentito per la prima volta alla ASL VT di avere una visione sistemica della attività territoriale così da poter dettagliare meglio la propria strategia di intervento (risposta) in ragione della domanda di salute che, come appare nel documento territoriale, è profondamente diversa tra i tre. Tale strumento (profili di salute) oggi in evoluzione ha focalizzato l'attenzione sulle principali patologie croniche a gestione territoriale utilizzando specifici indicatori che permetteranno di ottenere il trend gestionale di tali patologie in base alla figura appresso indicata. La figura n.2 sta ad indicare, il livello e l'intensità di intervento (risposta sanitaria necessaria) in base allo studio del fenomeno in esame (es. malattia BPCO, tasso ospedalizzazione, insoddisfazione del cittadino, insoddisfazione dell'operatore etc.) e due parametri: un benchmark di riferimento ed il trend del fenomeno analizzato nel Distretto o nella ASL VT in generale.

AREA DI ATTEZIONE	AREA DI SUCCESSO DA MANTENERE
AREA DI PRIORITA' DI INTERVENTO	AREA IN CUI INSISTERE NEL MIGLIORAMENTO

Fig. 2: Le aree da presidiare

Le aree focalizzate sono:

- A) Valutazione della popolazione (es. mortalità etc.)
- B) Capacità perseguimento orientamenti regionali (es. copertura screening etc.)
- C) Valutazione sanitaria (es. tassi di ospedalizzazione per patologia)
- D) Valutazione esterna (es. soddisfazione cittadini rispetto ai servizi offerti etc.)
- E) Valutazione interna (es. formazione, stress, comunicazione etc.)
- F) Valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa (Es. budget, % aderenza terapia, % utilizzo farmaci etc.)

La terza direttrice, anch'essa collegata alle altre due è stata perseguita attraverso la istituzione del modello *Sistema gestione qualità (SGQ) del servizio ADI* in quanto uno dei servizi più articolato e quindi necessitante di attenta valutazione quali-quantitativa. Tale sistema basato sia sulle norme ISO 9000 specifiche che sui DCA Regionali relativi all'accreditamento emanati dalla Regione Lazio con DCA 469 del 7 novembre 2017, consente alla ASL VT sia il controllo di qualità sui soggetti accreditati esterni ai quali può essere affidata dalla ASL VT la gestione dell'assistenza domiciliare integrata che il controllo quali quantitativo della ADI internalizzata già da tempo operativa. Il SGQ ha previsto quindi la redazione di un manuale della qualità, di una carta dei servizi, delle procedure gestionali specifiche, delle istruzioni operative relative, di una modellistica aziendale per le registrazioni di rito. Per il controllo sulle società che la ASL VT sceglierà dopo una gara istituzionale ed alle quali verrà affidata la gestione della ADI saranno utilizzati appositi strumenti di valutazione e controllo già redatti allo scopo. Le tre direttrici percorse fanno parte di un unico disegno strategico che ha l'obiettivo di rispondere nel modo migliore ad una domanda di salute complessa ed in continuo divenire. I risultati di questo lavoro hanno permesso di conoscere bene la domanda di salute che proviene dal territorio, di rispondere in maniera più puntuale in base alle diverse necessità territoriali (vedi l'apertura di attività ambulatoriali e la diversa dislocazione (rispetto al passato) di specifiche attività ambulatoriali (vedi la geriatria, l'oculistica, la ortopedia) nei tre distretti socio sanitari. A partire dai primi mesi del 2019 si potrà conoscere lo stato dell'arte e valutare il trend dell'offerta in rapporto alla domanda relativamente alle sei aree specifiche. Lo strumento (conseguenza dello sviluppo del documento profili di salute) consentirà la base per uno studio sistematico focalizzato di anno in anno.

Tali documenti sono stati presentati e portati a conoscenza dei Comuni della ASL VT e dei piani di ambito.

Sulla base di tale lavoro, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali nel più generale ambito socio-sanitario, sarà possibile sviluppare nel tempo i Piani Integrati di Salute che rappresenteranno la reale risposta tecnico sanitaria alla domanda di salute dei cittadini che saranno stati partecipi del processo costruttivo delle reti comunitarie tutte definite (alcune operative ed altre in stato avanzato di realizzazione) attraverso il tavolo delle associazioni, gli audit laici.

A.2.2 L'offerta territoriale

Al fine di rispondere alla diversità dei bisogni territoriali, spesso disomogenei per distretto di appartenenza, la ASL sta predisponendo un'offerta articolata della rete poliambulatoriale specialistica in maniera che la diversa organizzazione degli orari possa consentire di avere la risposta necessaria nell'arco dell'intera settimana. In altri termini, il cittadino del Distretto A riesce ad ottenere la risposta specialistica al proprio bisogno ambulatoriale anche nel contiguo Distretto B o C in quanto gli orari di accesso agli ambulatori sono articolati sia in ragione dell'arco della giornata che su giorni diversi. E' stato preso a riferimento l'immagine geometrica del quadrilatero come rappresentazione sintetica dell'intero territorio (quadrilatero dell'offerta).

L'organizzazione dei servizi nelle tre Case della Salute di Soriano nel Cimino, Bagnoregio e Ronciglione (apertura prevista nel corso del 2019), 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 utilizzando in maniera oculata le risorse disponibili .

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

Le parole d'ordine nella gestione del paziente cronico sono 'interoperabilità' e 'interdisciplinarietà'; il cittadino ha bisogno di essere seguito in maniera proattiva da differenti attori del SSR e soltanto una gestione globale del paziente e un reale controllo degli stili di vita, può condurre ad un miglioramento sia delle sue patologie che della sua qualità di vita. In questa ottica la Casa della Salute si configura come spazio utile all'integrazione tra le attività sanitarie e sociali. E' in esse infatti che si incontrano le Cure Primarie e la medicina del territorio la domanda di salute dei cittadini e l'offerta di cure, il benessere e nuova socialità. Nelle Case della Salute sono presenti una serie di servizi, ora solo parzialmente integrati, finalizzati a dare risposte territoriali ai problemi di salute e di cura dei cittadini, in particolare a quelli affetti da patologie croniche o definiti "Fragili" .

Il nuovo modello organizzativo territoriale ruota intorno alla figura del *Case Manager*, figura professionale che, a partire dalla presa in carico del paziente, condivide con il MMG e/o con lo specialista il percorso clinico assistenziale ottimale, ponendo in essere la pianificazione e la gestione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche previste nello specifico piano assistenziale; è lui che aggiorna la documentazione e, seguendo i protocolli definiti, rimanda la relativa valutazione al MMG/specialista in caso di scostamento dei parametri clinici.

La presa in carico avviene:

- 1) a seguito di valutazione da parte della Unità Valutativa Multidimensionale (tramite MMG, specialista di riferimento, Casa della Salute, servizio ADI e programma di auto monitoraggio e teleassistenza/telesorveglianza domiciliare);
- 2) accedendo spontaneamente ai Punti Unici Aziendali con relativo arruolamento nei PDTA e/o ADI/PAI;
- 3) tramite ambulatorio infermieristico territoriale;
- 4) mediante la sinergia tra assistenza sanitaria e assistenza sociale che operano in maniera congiunta con i Distretti, con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

Ovviamente il modello di assistenza territoriale è strettamente connesso alla dotazione tecnologica che verrà ulteriormente implementata, che permette di integrare prodotti e servizi a sostegno dell'innovazione in sanità.

A tale finalità, nelle Case della Salute sono stati introdotti i seguenti modelli di governance e strumenti operativi:

- nuovi sistemi informativi ed informatici con il progetto SIAT della Regione Lazio;
- la teleassistenza per l'erogazione a distanza di forme assistenziali;
- il servizio PUA per un reale orientamento del cittadino nell'offerta assistenziale e per la sua reale presa in carico;
- attività specialistiche integrate per una facilitazione agli accessi alle cure;
- politiche d'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale raccordando tra loro i Distretti, soggetti istituzionali e i poli della rete di assistenza;

Le Case della Salute rappresentano un nodo della Rete socio-sanitaria territoriale; per 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 mantenuto come riferimento il Chronic Care Model secondo il modello di seguito sintetizzato:

- servizi di assistenza primaria per i quali, attraverso i singoli percorsi di cura, è stata sviluppata 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 sono state integrate 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, sviluppando programmi di teleassistenza e incentivando i sistemi di assistenza indiretta (assistenza ai familiari);

Gli strumenti che il nuovo modello territoriale metterà in atto nel prossimo triennio si basano su:

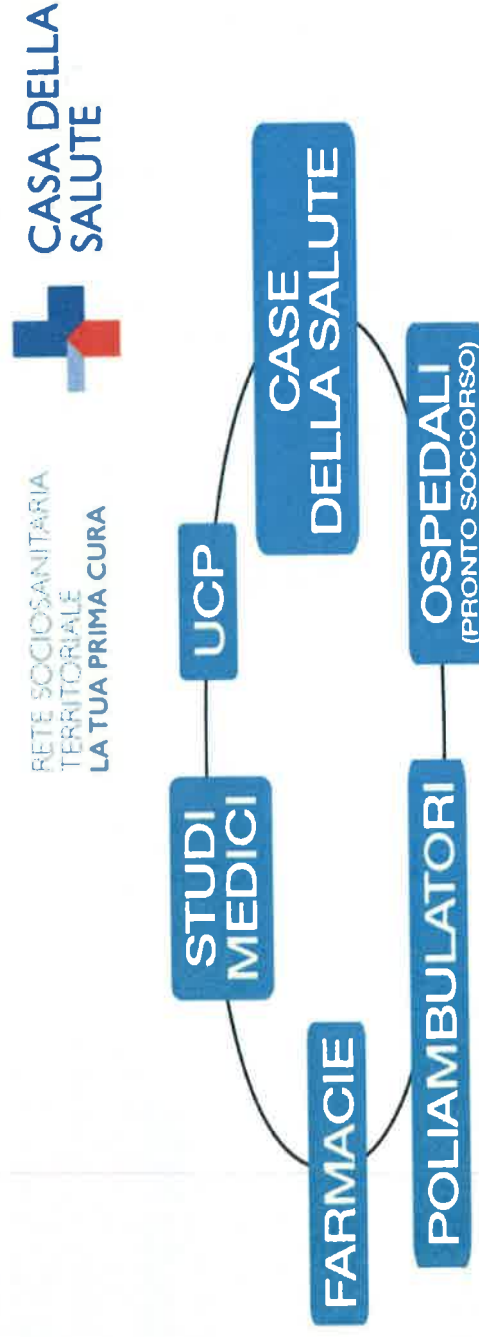
- ulteriore potenziamento delle attività di valutazione multidimensionale;
- implementazione della costruzione della rete socio-sanitaria con l'apertura della Casa della Salute di Ronciglione;
- ulteriore implementazione del percorso nascita su tutto il territorio provinciale e attivazione della parto analgesia;
- ulteriore 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 socio-sanitario (PUA) rappresenta la funzione di orientamento e di prima presa in carico del paziente; esso è la ragione per la quale è necessario sviluppare utili modelli di comunicazione ai cittadini, modelli orientati alla maggiore comprensione dell'organizzazione territoriale.

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 e sulla base della sperimentazione dell'utilizzo di nuovi strumenti e tecnologie (telemedicina e telemonitoraggio domiciliare). Nello sviluppo del modello integrato di presa in carico è fondamentale 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. I Distretti della ASL di Viterbo per valutare in in termini di efficacia e di costo-efficacia il bisogno e domanda di salute hanno elaborato un complesso sistema di indicatori che si basano 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 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



Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie

A.2.2.1 Le Case della Salute



Bagnoregio

a Casa della Salute di Bagnoregio inaugurata 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 Colleno, 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.

È importante sottolineare che soltanto il 29% della popolazione anziana accede al servizio di assistenza domiciliare. 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 il case manager 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.

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.

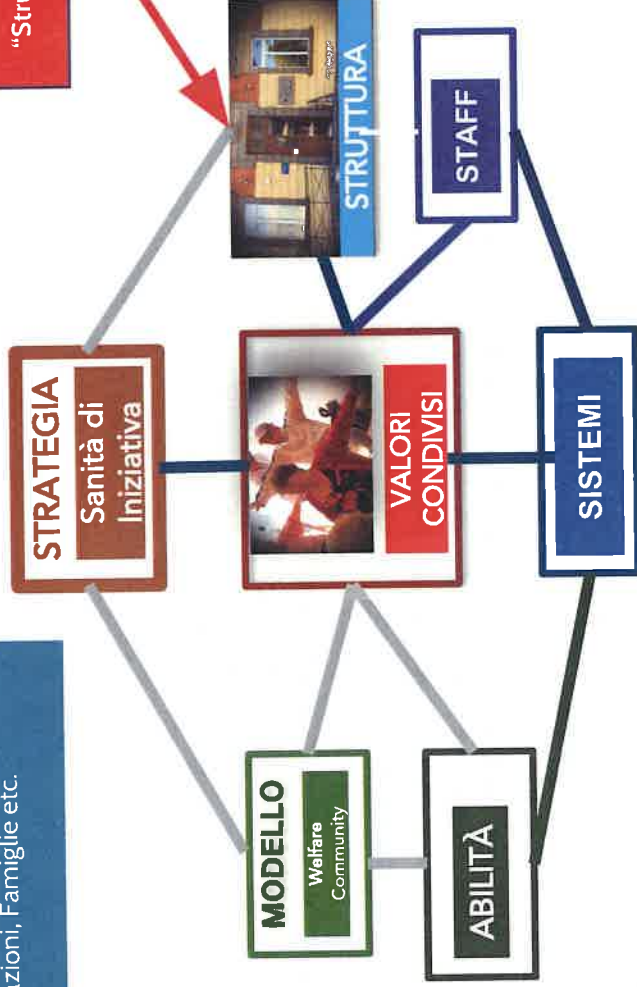
Il progetto di Community Care della Cds di Bagnoregio

la Casa della Salute erogherà un'assistenza integrata; saranno impegnati i diversi attori della comunità: ASL, MMG, 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

“Struttura segue la strategia”



Team di professionisti con il Case Manager che collaborano alla pianificazione e implementazione degli interventi con i seguenti principi:
 Comunicazione aperta
 Obiettivi comuni
 Unità e parità tra i membri
 Fiducia e reciproco rispetto
 Soluzione dei conflitti
 Libero accesso alla documentazione.

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

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 in tutto il territorio di competenza, mettendo in atto continue azioni per rispondere in maniera sempre più efficace ai bisogni di salute. A Soriano nel Cimino sono stati attivati poliambulatori specialistici, Punti Prelievo, attività di terapia riabilitativa TSMEE 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, e 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 domiciliari, 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 già nel 2017 è stata oggetto di 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.

A.2.3 Le Centrali Operative per le Cronicità (C.O.C.)

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 Scemenso 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 quello 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/e 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 avverrà attraverso l'individuazione e la 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.

Il 20% della popolazione della ASL di Viterbo convive con una o più patologie croniche, sono "malati complessi" e cioè persone con due o più patologie croniche concorrenti che hanno un effetto avverso sullo stato di salute, sull'autonomia o qualità della vita e che richiedono una gestione assistenziale, decisioni cliniche, coordinamento, caratterizzati da complessità, (fonte AHRQ).

La frequente non aderenza alle terapie riduce drammaticamente nel tempo lo stato di salute nei pazienti affetti da patologie croniche, con enorme dispersione di risorse che non aggiungono i benefici previsti.

Unica possibile soluzione, a questa emergenza sanitaria, è che la medicina del territorio si assuma in prima persona il compito di governare questa "popolazione" con modalità organizzative innovative e capaci di garantire i più idonei percorsi di cura.

Per la ASL di Viterbo le **Case della Salute** rappresentano una modalità operativa innovativa del sistema delle cure primarie, che consentono 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 all'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.

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;

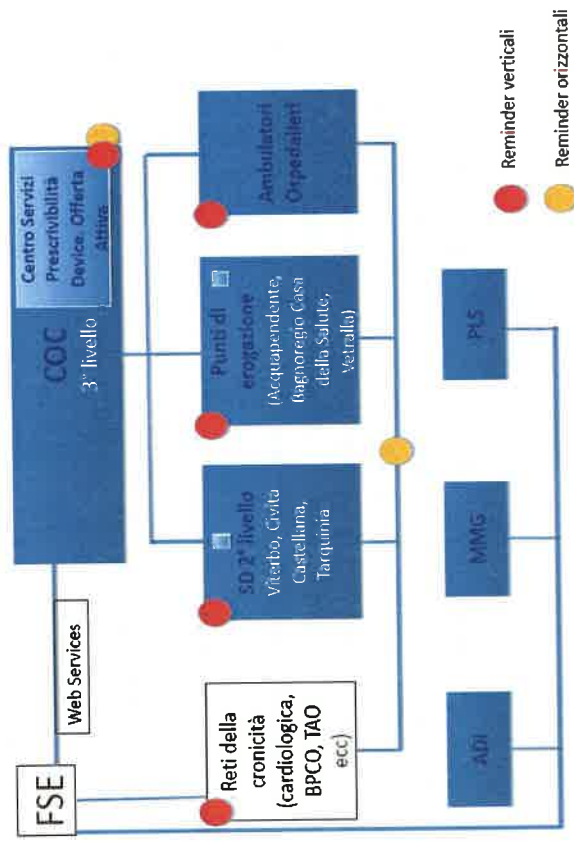
Residenzialità: con la funzione di presa in carico di tutta la eventuale domanda di residenzialità sia essa definitiva e/o temporanea e della semi-residenzialità;

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.

Centrali Operative della Cronicità (COC)



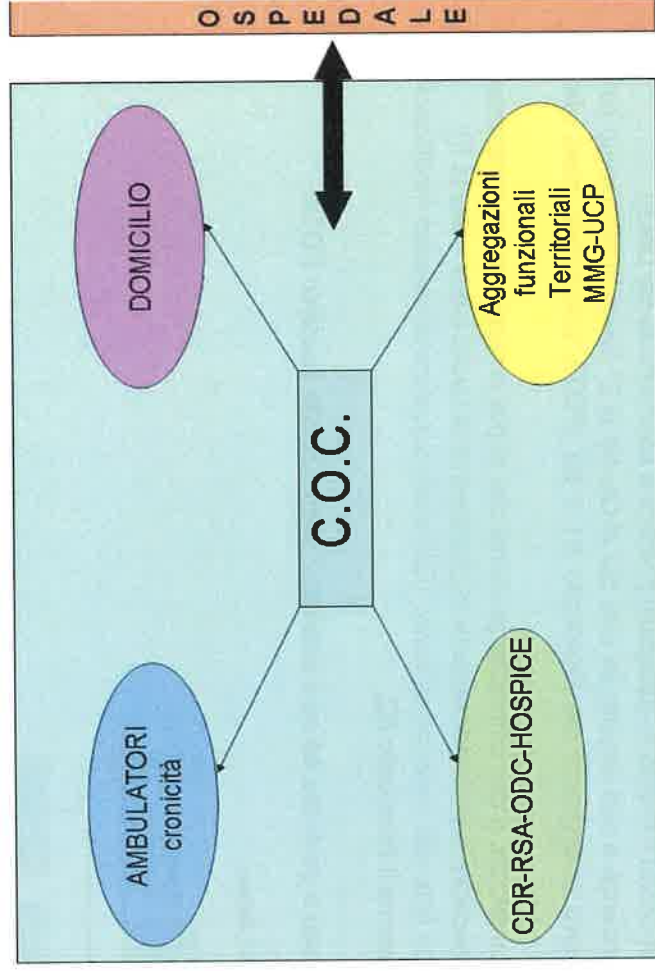
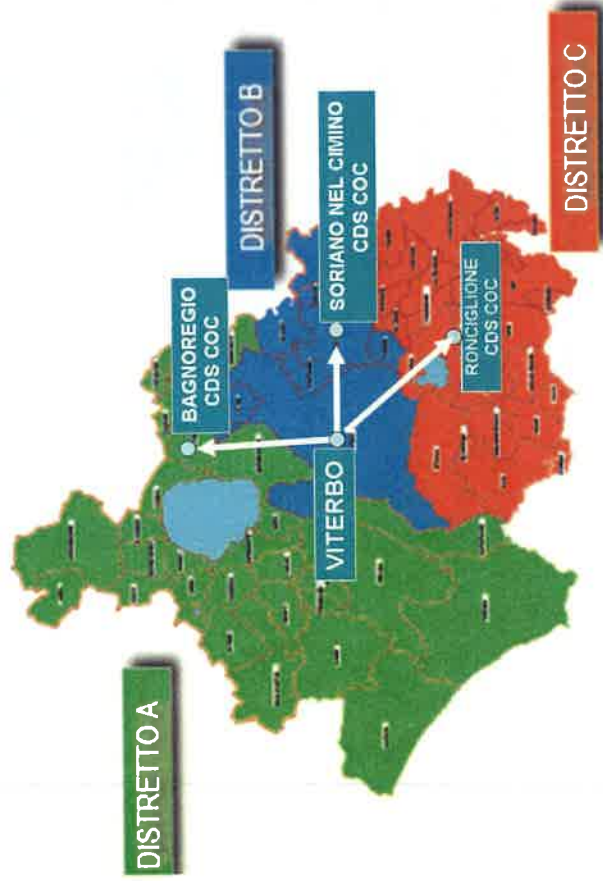
Punto di forza delle C.O.C. è la totale integrazione con tutte le realtà professionali e specialistiche necessarie alla corretta gestione del paziente. Per tutte le patologie croniche gestite dall' ambulatorio infermieristico sarà infatti possibile interagire con lo specialista a seconda delle necessità 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 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 2019 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.**

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 delle COC 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 all' azione di condivisione di azioni e procedure di controllo ottemperando in maniera ancora più efficace ai principi trasparenza e anticorruzione.

LE CENTRALI OPERATIVE DELLA CRONICITÀ: LE SEDI E IL MODELLO



C.O.C. E RETE DIABETOLOGICA

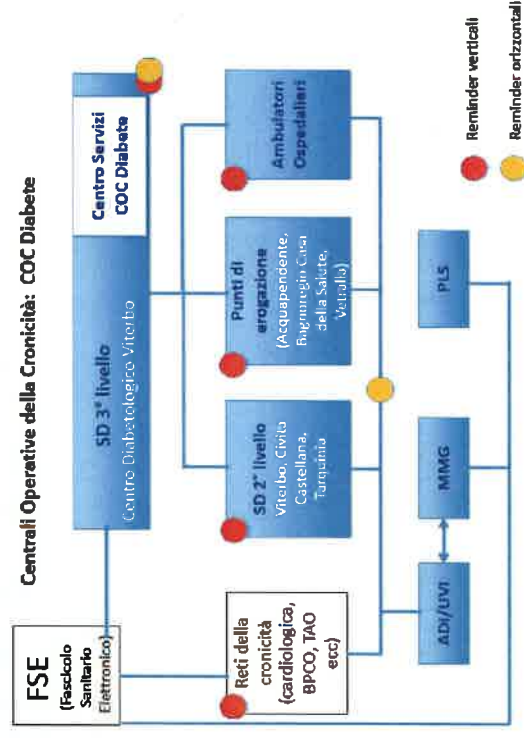
Primo Livello

Per la Rete Diabetologica la COC si articola su 3 livelli a complessità crescente.

MMG e PLS:

- a. Segue i soggetti appartenenti alla classe 7, cioè i soggetti a rischio, secondo il Profilo A (Diagnosi precoce e prevenzione del DM2);
- b. Invia le persone con DM2 neo-diagnosticato o diagnosticato in precedenza e non seguite da una SD al Centro di 2° livello di riferimento per residenza per l'inquadramento diagnostico-terapeutico e il successivo inserimento nel Protocollo B1 o B2 (PDTA specifico) in base alle condizioni cliniche;
- c. segue le persone con DM2 assegnate al Protocollo B1 (DM2 non complicato, o con complicanze stabili che abbiano raggiunto un compenso adeguato e stabile della glicemia e degli altri fattori di rischio cardiovascolare o un soddisfacente miglioramento di questi ultimi - classe 5);
- d. rinvia alla SD il paziente secondo piano di cura individuale (anche con intervalli superiori all'anno: 1/2/3 anni) o qualora dovessero modificarsi le condizioni cliniche che determinano la necessità di attivare nuovamente il Protocollo B2;

Nella cartella del MMG vengono attivati dei reminder che aiutano il Medico stesso a garantire ad ogni paziente l'aderenza allo specifico PDTA.



Secondo Livello

1. Strutture Specialistiche Diabetologiche (SD) di 2° livello - Tarquinia per il Distretto A, Viterbo per il Distretto B, Civita Castellana per il Distretto C:

- a. Inquadrono dal punto di vista diagnostico-terapeutico i pazienti neodiagnosticati inviati dal 1° livello, dai punti di erogazione e dagli ambulatori ospedalieri o ad accesso diretto;
- b. Seguono i pazienti con DM2 in classe 4 secondo il Protocollo B2

2. Punti di erogazione di Acquapendente, Bagnoregio Casa della Salute, Vetralla:

- c. arruolano i nuovi pazienti e provvedono al successivo inserimento nel Protocollo B1 o B2 (PDTA specifico) in base alle condizioni cliniche;
- d. rivalutano i pazienti in Protocollo B1 rinvii periodicamente dal MMG secondo il piano di cura individuale (anche con intervalli superiori all'anno: 1/2/3 anni)

3. Ambulatori ospedalieri di Diabetologia:

- e. valutano i pazienti con DM ricoverati o con neodiagnosi durante il ricovero;
- f. rinviano alla dimissione i pazienti con DM2 al MMG o alla SD di riferimento per residenza secondo il grado di complessità e la conseguente assegnazione al Protocollo B1 o B2;
- g. inviano alla dimissione del paziente con DM1 al Centro di 3° livello.
- h. l'attività delle COC, in particolare delle SD di secondo e terzo livello e dei Punti di erogazione per i quali è prevista l'attività di follow-up, è guidata da reminder verticali e orizzontali:
 - i reminder verticali attivano il diabetologo di riferimento del paziente in caso di peggioramento del compenso metabolico (es. incremento di glicata);
 - i reminder orizzontali favoriscono la comunicazione tra gli specialisti di branche diverse afferenti alla Rete della Cronicità permettendo loro di attivarsi reciprocamente quando necessario (es. paziente afferente alla Rete cardiologica per acuzie che potrebbe aver necessità di rivalutazione diabetologica anticipata rispetto al piano di cura concordato)

Gli ambulatori ospedalieri non hanno funzione di follow-up, ma rappresentano un elemento di garanzia della continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio.

Terzo Livello
Struttura Specialistica Diabetologica (SD) di 3° livello: Centro Diabetologico Aziendale di Viterbo (che svolge anche funzione di 2° livello per il Distretto B) segue:

- a. i pazienti con DM2 in classe 2,3 e 4 secondo il Protocollo B2
- b. i soggetti con DM1 (Profilo C)
- c. i soggetti con diabete in gravidanza o gestazionale
- d. i pazienti con piede diabetico
- e. i pazienti in terapia con le tecnologie avanzate (CGM, CSII, SAP)

Il 3° livello, oltre ad essere guidato dai reminder verticali e orizzontali come il 2° livello, rappresenta la sede del Centro Servizi della COC Diabete e come tale:

- a. svolge funzione di controllo attraverso un cruscotto di indicatori che permettono il monitoraggio costante dell'intero sistema;
- b. favorisce l'aderenza del paziente diabetico al PDTA attraverso l'offerta attiva, che si realizza sia con l'invio al paziente di SMS in modo automatico direttamente dalla cartella informatizzata, sia con telefonate di recall;
- c. autorizza e verifica il corretto utilizzo di tecnologie prescritte al paziente dal 2° livello.

C.O.C. E RETE DELLO SCOMPENSO CARDIACO (SC)

Nel PIC Scompenso cardiaco è prevista la presa in carico sia dei pazienti a rischio di sviluppare lo scompenso cardiaco (medicina di iniziativa), sia di quelli affetti da scompenso cardiaco; secondo le raccomandazioni internazionali abbiamo identificato quattro classi riportate in tabella:

Stadio A	Pazienti a rischio di scompenso cardiaco ma senza alterazioni strutturali cardiache - fattori di rischio (ipertensione arteriosa e/o diabete mellito, obesità), situazioni cliniche (insufficienza renale cronica, aterosclerosi polidistrettuale, assunzione prolungata di cardiotossici, familiarità per cardiomiopatia)
Stadio B	Pazienti con alterazioni strutturali cardiache ma senza sintomi di scompenso cardiaco - ipertensione arteriosa con danno d'organo, diabete mellito complicato, insufficienza renale cronica severa, pregresso infarto miocardico, malattia valvolare emodinamicamente rilevante
Stadio C	Pazienti con alterazioni strutturali cardiache e sintomi di scompenso cardiaco, che rispondono al trattamento terapeutico - classe NYHA I-II-III stabile.
Stadio D	Pazienti con SC grave che necessitano di particolari trattamenti intraospedalieri - Instabilità: classe NYHA III instabile e classe NYHA IV.

La presa in carico prevede il coinvolgimento del MMG, dell'ambulatorio cardiologico di I livello, dell'ambulatorio cardiologico di II livello e il ricovero ospedaliero. Il PIC è articolato su tre livelli:

Primo Livello

Il MMG recluterà i pazienti e provvederà ad inserirlo nel percorso di presa in carico a lui più appropriati secondo il PIC:

- monitoraggio clinico e terapeutico delle situazioni a rischio quali ipertensione/sindromi metaboliche, dislipidemia, insufficienza renale, terapia cardiotossiche (Stadio A);
- invio presso ambulatorio specialistico cardiologico di I-II livello se sospetto diagnostico di cardiopatia e/o scompenso di nuova insorgenza (Stadio B-C);
- gestione dei casi di scompenso cardiaco già noti e stabili con il supporto dell'ambulatorio di I-II secondo il piano di cura individuale definito (stadio C).

Secondo Livello

Si definiscono ambulatorio cardiologico di I livello e un ambulatorio cardiologico di II livello.

L'**ambulatorio di I livello** fornisce un' adeguato supporto diagnostico e terapeutico ai soggetti a rischio o in fase conclamata della patologia, garantendo oltre l'attività diagnostica e terapeutica della malattia e delle sue complicanze, anche attività al domicilio del paziente, nonché attività di informazione e di educazione sanitaria. Svolge compiti relazionali con i soggetti cardiopatici e con i MMG, con il responsabile del Distretto nonché cura i rapporti professionali con altri specialistici (tra cui i medici ospedalieri). Lo specialista cardiologo è coadiuvato nello svolgimento delle sue attività da un infermiere. Sono organizzati in modo da offrire assistenza nei giorni feriali. In questo livello le prestazioni garantite sono visita, ECG, rinnovo PT, certificazioni utili ai fini medico -legali, visite domiciliari. Si effettuano ecocardiografie di base dove possibile.

L'**ambulatorio di II livello**, oltre a quanto descritto sopra, offre attività diagnostiche avanzate quali le prove da sforzo e i test funzionali, l'ecocardiografia di base ed avanzata, l'infusione di farmaci, il monitoraggio telemetrico, l a cardioversione della fibrillazione atriale. Inoltre, erogano PAC per personalizzare e rendere efficiente il percorso diagnostico-terapeutico del paziente con lo SC e non solo, attivano in collaborazione con il personale infermieristico, un programma educativo nell'ottica di prevenire le instabilizzazioni e la progressione della malattia, anche attraverso la preparazione di materiale didattico/educativo. Sono organizzati in modo da offrire assistenza nei giorni feriali.

Distretto	I Livello	2 Livello
A	Acquapendente Montefiascone Bolsena Bagnoregio Valentano Tarquinia Tuscania Montalto Canino Marta	Ospedale Montefiascone Ospedale Tarquinia Casa della salute Bagnoregio Ospedale Acquapendente prossima attuazione, in attesa di dotazione diagnostica.
B	Viterbo Orte Soriano nel Cimino	Viterbo – Belcolle Casa della salute di Soriano nel Cimino prossima attuazione, in attesa di dotazione diagnostica. Casa della salute Ronciglione prossima attuazione
C	Vetrata Ronciglione Civita Castellana Nepi Vignanello Fabbrica di Roma	UOSD Servizio di cardiologia Ospedale Civita Castellana

C.O.C. E RETE B.P.C.O.

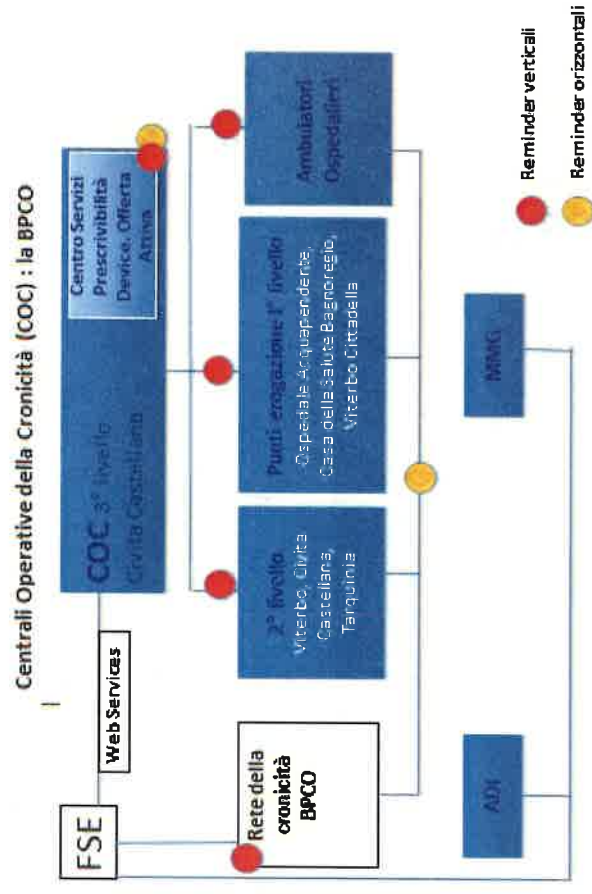
Obiettivi del progetto sono ottimizzare il trattamento e prevenire le complicanze mediante:

- Diagnosi precoce della malattia;
- Promozione della partecipazione attiva del malato alla gestione della propria malattia;
- Monitoraggio/gestione del paziente BPCO da parte del MMG (attività di 1° livello);
- Ottimizzazione e razionalizzazione dell'accesso alle attività di 2° livello di Pneumologia;
- Diagnosi e cura delle complicanze e integrazione delle diverse competenze professionali;
- Utilizzo appropriato delle risorse disponibili.

Secondo le ultime Linee Guida (LG) GOLD dell'OMS si distinguono 4 classi di gravità BPCO:

- BPCO lieve o soggetti asintomatici ma a rischio BPCO (ad esempio fumatori),
- BPCO moderata,
- BPCO severa,
- BPCO severa con insufficienza respiratoria e/o in ossigenoterapia o ventiloterapia.

La COC della Rete Pneumologica si articola su 3 livelli a complessità crescente



Primo Livello

Figure previste

Medico di Medicina Generale (MMG)

Pneumologo territoriale (1° livello)

Il medico di medicina generale (Primo livello)

I compiti del MMG, primo operatore sanitario a cui il paziente si rivolge, sono molteplici ed insostituibili. Statisticamente, per ogni MMG, su 1000 assistiti saranno attesi circa 100 pazienti con BPCO lieve, 15 con BPCO moderata, 5-6 con BPCO severa, 0-5 con Insufficienza Respiratoria e in ossigenoterapia domiciliare continua (OLT).

Nella gestione integrata della BPCO spetta al MMG la diagnosi e il follow-up del paziente, con un dialogo continuo con gli specialisti territoriali e ospedalieri:

- Individua e segue i soggetti appartenenti alla classe 1 GOLD, cioè i soggetti a rischio (diagnosi precoce e prevenzione dello sviluppo della malattia).
- Invia le persone con BPCO neo-diagnosticata, o diagnosticata in precedenza ma non ancora seguite, al Centro di I livello di riferimento per residenza per l'inquadramento diagnostico-terapeutico in base alle condizioni cliniche;
- Segue le persone con BPCO non complicata, o con complicanze stabili che abbiano raggiunto un compenso stabile delle altre comorbidità.

Il MMG è corresponsabile, insieme allo Pneumologo, della gestione di tutti i pazienti BPCO e, avvalendosi del supporto dei vari specialisti, delle loro comorbidità.

Il MMG verifica la periodicità dei controlli, l'andamento della patologia di base, le comorbidità e le eventuali complicanze del paziente BPCO.

Il MMG presta particolare attenzione ai pazienti in OLT con o senza VMD, per la gestione dei quali deve esservi uno stretto collegamento con il Servizio di Pneumologia. Il MMG, attraverso l'organizzazione distrettuale o l'ambulatorio ospedaliero deve avere, ove necessario, la possibilità di inviare in urgenza il paziente riacutizzato all'osservazione dello specialista o del Servizio di Pneumologia.

Il MMG utilizza lo strumento dell'Audit Clinico insieme agli specialisti, per il miglioramento dell'appropriatezza nella gestione del paziente.

Nella cartella del MMG vengono attivati dei reminder che aiutano il Medico stesso a garantire ad ogni paziente l'aderenza allo specifico PDTA.

Lo pneumologo territoriale (Primo Livello)

Specialista ambulatoriale operante nel Distretto o nella Casa della Salute o in Ospedale presso l'ambulatorio pneumologico di Viterbo, Civita Castellana, Tarquinia, Acquapendente, Bagnoregio.
Compiti dello pneumologo di I livello:

- Valutazione clinico-funzionale di base (questionario sulla dispnea e sulla qualità di vita, spirometria, saturazione di O₂ (SpO₂), emogasanalisi (EGA) ecc.;
- Prenotazione contestuale della visita successiva con richiesta degli accertamenti ritenuti opportuni su ricettario regionale;
- Aggiornamento dei dati delle visite nel software di gestione condiviso con il MMG;
- Rinforzo del counseling in tutti i pazienti;
- Disponibilità a fornire al MMG un contatto (telefono, sms, whatsapp, mail,) per l'interazione urgente;
- Aggiornamento di un archivio informatizzato con i nominativi dei pazienti BPCO e pronta trasmissione al MMG delle nuove diagnosi;
- Partecipazione alle riunioni periodiche del personale impegnato nel progetto;
- Prescrizione su ricettario regionale degli esami di II° livello, dandone comunicazione, secondo il percorso informativo previsto, al MMG ed allo Pneumologo di II livello.

Secondo Livello

Compiti dello pneumologo di II livello

- Valutazione clinico-funzionale di II livello dei pazienti BPCO gravi/molto gravi - appartenenti alle classi 3 e 4 delle LG GOLD - attraverso l'esecuzione di spirometria globale, DLCO, test da sforzo, 6MWT, stato nutrizionale, studio dello stress ossidativo, valutazione ipertensione polmonare secondaria, monitoraggio cardio - respiratorio notturno ecc.;
- Gestione dei pazienti BPCO che non riescono a raggiungere un compenso soddisfacente;
- Valutazione delle comorbidità;
- Prescrizione del trattamento farmacologico e non (Riabilitazione Respiratoria) in base alle LG GOLD;
- Monitoraggio degli effetti collaterali delle terapie;
- Prescrizione dell'OLT e VMD, mantenendo costantemente aggiornato il registro ASL di questi pazienti che, al loro inserimento vengono segnalati al MMG, allo pneumologo di I livello e all'ADI che attiverà se necessario il monitoraggio domiciliare;
- Gestione delle riacutizzazioni domiciliari secondo il livello clinico di gravità;
- Ricovero quanto più rapidamente possibile, se necessario, dei pazienti scompensati.

Terzo Livello

Messa in rete dei professionisti (MMG, specialisti, medici CAF, CAD, infermieri/care-manager, fisioterapisti) utilizzando una cartella clinica elettronica condivisa e il FSE.

Attraverso Telemonitoraggio e Teletrasmissione dei parametri respiratori dal suo domicilio il paziente viene monitorato costantemente: eventuali peggioramenti sono prontamente riconosciuti e gestiti.

Il Centro di III Livello svolge anche funzione di II Livello per il Distretto C.

L'attività delle COC, in particolare quelle di II e III livello e dei Punti di erogazione per i quali è prevista l'attività di follow-up, è guidata da reminder verticali e orizzontali:

- I reminder verticali attivano lo specialista di riferimento del paziente in caso di peggioramento;
- I reminder orizzontali favoriscono la comunicazione tra gli specialisti di branche diverse afferenti alla Rete della Cronicità permettendo loro di attivarsi reciprocamente quando necessario (es. paziente afferente alla Rete cardiologica per acuzie che potrebbe aver necessità di rivalutazione pneumologica anticipata rispetto al piano di cura concordato).

Il III livello, oltre ad essere guidato dai reminder verticali e orizzontali come il II livello, rappresenta la sede del Centro Servizi della COC e come tale:

- svolge funzione di controllo attraverso un cruscotto di indicatori che permettono il monitoraggio costante dell'intero sistema;
- favorisce l'aderenza del paziente al PDTA attraverso l'offerta attiva, che si realizza sia con l'invio al paziente di SMS in modo automatico direttamente dalla cartella informatizzata, sia con telefonate di recall;
- autorizza e verifica il corretto utilizzo di tecnologie prescritte al paziente dal II livello.

PERCORSI DA PRONTO SOCCORSO VERSUS AMBULATORI PNEUMOLOGICI (già attivo):

Collaborazione con il PS per la presa in carico di pazienti che giungono al PS ma non necessitano di ricovero. Al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione per BPCO, dopo l'accesso e il trattamento d'urgenza al PS, i pazienti in condizioni non critiche e che non necessitano di ricovero urgente sono inviati all'ambulatorio pneumologico di II livello che li prende in carico. Le consulenze interne da PS, in quanto rientrano nella continuità dell'assistenza, devono essere effettuate prima della dimissione del paziente dal PS. I pazienti che dal PS vengono dimessi, ma necessitano di approfondimento pneumologico di controllo (dimissione a struttura specialistica ambulatoriale), possono essere così inquadrati:

- controllo a breve termine (entro 1-3 giorni)
- controllo differibile (entro 7 giorni).

I pazienti che risulteranno affetti da BPCO verranno quindi arruolati nel PDTA.

Collaborazione tra i reparti ospedalieri e i CAD per la presa in carico domiciliare dei pazienti dimessi.

Prescrizioni su ricettario regionale degli esami necessari ai pazienti arruolati nel PDTA.

Collaborazione con i reparti e i servizi ospedalieri o territoriali di Cardiologia, Diagnostica per immagini, Lab Analisi, ecc. per prenotare in tempi brevi gli esami necessari.

VALUTAZIONE DI IMPATTO E DI ESITO

Sono previsti sistemi di valutazione con specifici indicatori per valutare:

- l'impatto sull'integrazione professionale (ospedale / territorio e sociale / sanitaria) associato all'utilizzo dei profili di salute;
- gli interventi di medicina di iniziativa attivati;
- la stima dei costi sostenuti e valutazione economica degli interventi.

Le COC e gli strumenti della Telemedicina

Le CC.OO.CC all'interno delle Case della Salute, si configurano come uno snodo importante nella cura dei pazienti cronici e fragili e la ASL ha previsto a supporto delle attività di presa in carico, di implementare 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 patologia 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 della Case della Salute.**
- **Assistenza domiciliare svolta in mobilità attiva dal personale del servizio ADI.**
- **Automonitoraggio Domiciliare dei pazienti.**

In questa architettura i **client** di centrale operativa e quelli dei medici svolgono le funzioni specifiche di telemedicina:

- video sorveglianza;
- attività di controllo e monitoraggio: visualizzazione lista delle priorità (allarmi), visualizzazione dati puntuali e trend di ciascun paziente arruolato, presa in carico del paziente, altre procedure di gestione del monitoraggio; gestione delle segnalazioni o richiesta di informazioni da parte del paziente;
- gestione dell'instradamento delle segnalazioni al professionista più appropriato in funzione dell'allarme rilevato;
- rilevano e gestiscono i parametri di telemonitoraggio raccolti dai dispositivi del paziente.

Nell'ambito della gestione dei pazienti cronici domiciliari e instabili da parte degli MMG, il Client di Centrale Operativa si integra con FSE per:

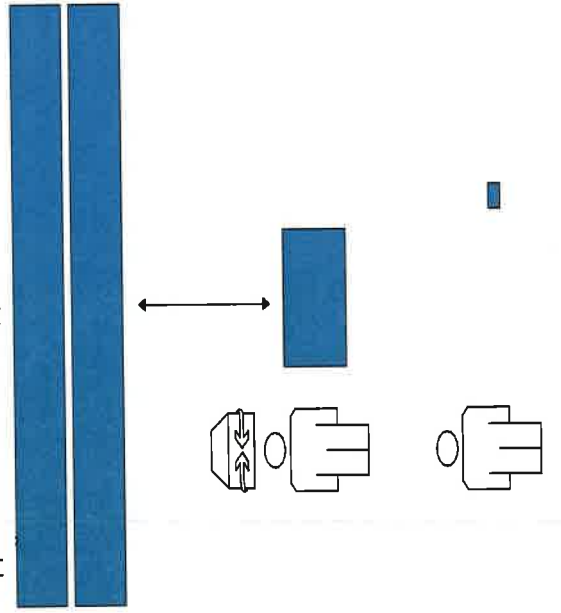
- Consentire all'operatore di centrale che riceve una segnalazione la consultazione di tutti i documenti clinici presenti nel FSE che rappresentano la storia clinica del paziente. Nel caso in cui è attivo uno o più PDTA per il paziente, le cartelle cliniche potranno accedere al percorso PDTA e a tutti i documenti clinici ad esso collegati. Questo consente una migliore gestione dell'instradamento della segnalazione al professionista più adeguato la gestione del paziente;

L'**IoT Gateway** è la componente che ha la responsabilità di alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico con i dati di telemonitoraggio (rilevati ad esempio alimentando i diari di glicemia e pressione del Taccuino del Paziente), trasformandoli nel formato dati atteso dal FSE e inviandoli con le modalità previste dell'FSE stesso. Sempre in quest'ambito, le Cartelle Cliniche di MMG e Specialista/Ospedaliere si integrano per consentire al medico che riceve l'instradamento del caso da parte del personale di CO, la consultazione di tutti i documenti clinici presenti nel FSE che rappresentano la storia clinica del paziente. Nel caso in cui è attivo uno o più PDTA per il paziente, le cartelle cliniche potranno accedere al percorso PDTA e a tutti i documenti clinici ad esso collegati (**compreso il PAI e i documenti risultanti dalle Unità di Valutazione**). Il paziente in cura all'interno di un PDTA dovrà necessariamente dare il proprio consenso per la costituzione del proprio FSE.

Le Cartelle Cliniche Specialistiche/Ospedaliere dovranno essere integrate con FSE a cura della ASL, secondo le specifiche pubblicate dalla Regione Lazio.

Le Cartelle Cliniche di MMG sono in corso d'integrazione con FSE all'interno dell'accordo siglato tra Regione, MMG e software house.

L'identificazione del paziente, a livello dei propri dati amministrativi, è assicurata invece dall'integrazione con l'Anagrafica Sanitaria Unica Regionale (ASUR). Tutto ciò rappresenta un utile supporto ai medici di medicina generale ed alla Medicina d'iniziativa.



Nell'ambito della Medicina di Iniziativa, il FSE si integra con la Cartella Clinica SISMED, che la Regione Lazio mette a disposizione delle CdS, per:

- Consultazione di tutti i documenti clinici presenti nel FSE che rappresentano la storia clinica del paziente. Nel caso in cui è attivo uno o più PDTA per il paziente, le cartelle cliniche potranno accedere al percorso PDTA e a tutti i documenti clinici ad esso collegati (compreso il PAI e i documenti risultanti dalle Unità di Valutazione). C'è da sottolineare che per scelta della Regione Lazio, ogni paziente in cura all'interno di un PDTA dovrà necessariamente dare il proprio consenso per la costituzione del proprio FSE;
- Alimentare il FSE con i referti e i dati prodotti nell'ambito dell'intervento in telemedicina.

La Cartella Clinica SISMED è già integrata con l'FSE di Regione Lazio.

Gli strumenti tecnologici a supporto delle C.O.C.: la cartella clinica informatizzata

La cartella clinica informatizzata è fondamentale nella:

- gestione delle informazioni cliniche del paziente;
- gestione dei *reminder* orizzontali, legati ad eventi paziente per l'informazione orizzontale tra professionisti dei percorsi
- gestione dei *reminder* verticali, tra COC e paziente per la gestione di eventi legati al monitoraggio di parametri e l'evoluzione temporale del percorso di cura (offerta attiva)
- integrazione nell'ecosistema informatico aziendale per l'interscambio e la condivisione di dati (MPI, LIS, RIS/PACS, Cartella Clinica Ospedaliera)
- integrazione nell'ecosistema informatico regionale (Fascicolo Sanitario Elettronico regionale e SAR)
- possibilità d'integrarsi per con la ricezione/invio di dati clinici provenienti da piattaforme di telemedicina nei casi di telemonitoraggio e teleassistenza

Si caratterizza per:

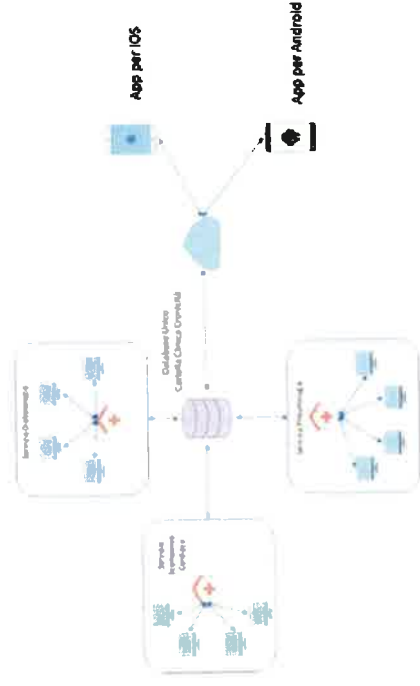
- implementazione di un database unico condiviso tra le diverse cartelle cliniche per i vari percorsi di cronicità;
- sistema di reminder verticali (COC vs Paziente) basato su valori ematochimici raccolti dal LIS (Diabetologia) e su questionari clinici erogati al paziente tramite APP (BPCO e Scompenso Cardiaco);
- sistema di reminder orizzontali tra clinici (COC vs COC) che hanno in gestione lo stesso paziente con diverse cronicità;
- possibilità di accedere alla cartella clinica del paziente con reminder attivo con un click;
- sistema per lo scambio messaggistica diretta e privata con il paziente;

Per la gestione dei reminder verticali (COC vs Paziente) clinici nell'ambito delle cronicità BPCO e Scospeso Cardiaco, è stata realizzata un APP (liberamente scaricabile dal paziente su piattaforme iOS e Android), finalizzata alla raccolta di opportuni questionari clinici indirizzati al paziente in carico.

La APP si caratterizza per:

- possibilità di compilazione del questionario erogato dal sistema a cadenze stabilite
- elabora il punteggio ottenuto e da una indicazione in tempo reale al paziente sul quando effettuare la prossima visita
- possibilità di chiedere la ricompilazione del questionario da remoto con un click;
- sistema di messaggistica diretta e privata

Cin strumenti tecnologici a supporto



A.3 Azioni di promozione della salute

Nel corso dell'ultimo triennio sono state rivisitate alla luce del Regolamento CE 882/2004 tutte le procedure relative ai controlli ufficiali nel settore alimentare, a maggiore garanzia della sicurezza del consumatore. In questo ambito è stata organizzata l'attività dell'autorità competente locale; è stato costituito un gruppo interdisciplinare per la formazione e la revisione di tutte le procedure dipartimentali e di servizio. Dal 2017 viene redatto il Piano Aziendale Integrato dei Controlli (PAIC), fondamentale strumento di programmazione delle attività di controllo ufficiale. In collaborazione con la Regione Lazio, è stata sviluppata un'attività per la formazione di personale dedicato all'attività di audit nel settore alimentare. Per quanto riguarda le attività di audit, il personale della ASL di Viterbo formato, collabora all'interno dei gruppi di audit regionali.

Attraverso un importante investimento di risorse umane e organizzative, nell'ultimo triennio è stato puntualmente atteso il Piano Regionale della Prevenzione, con particolare attenzione alla popolazione scolastica ed alle fasce di popolazione più deboli quali la prima infanzia, l'adolescenza e gli anziani over 65.

Il triennio è stato caratterizzato dall'apertura di un confronto costruttivo con le associazioni di volontariato animalista che ha portato alla progettazione di eventi promozionali per la riduzione del fenomeno del randagismo ("Giornata del microchip"). Sono stati revisionati tutti i procedimenti per il riconoscimento delle colonie feline e dell'adozione diretta di cani abbandonati. Nel 2018 è stato sottoscritto un protocollo condiviso con la RM4 per l'implementazione delle attività assistite da animali (I.A.A.).

A.3.1 Piano Aziendale Prevenzione (P.A.P. ASL Viterbo)

La ASL di Viterbo, in linea con il Piano Regionale della Prevenzione, già da diversi anni, ha realizzato interventi nel campo della protezione e promozione della salute e della prevenzione delle malattie, nonché della riduzione dei fattori di rischio in diversi ambiti quali, in particolare, le malattie infettive e le malattie croniche non trasmissibili (BPCO, diabete, patologie cardiovascolari e tumori). Poiché una "buona salute" è un bene e una fonte di stabilità economica e sociale, essendo la chiave per ridurre la povertà in quanto contribuisce allo sviluppo sostenibile, non può più essere considerata il risultato del solo settore sanità: i miglioramenti sostenibili ed equi in materia di salute sono il prodotto di una politica efficace a tutti i livelli di governo e degli sforzi di collaborazione tra tutti gli ambiti della società. In linea con tali obiettivi e con le indicazioni attualmente definite del PSN e del PSR della prevenzione, la strategia adottata è stata e sarà, nel prossimo quinquennio, quella di ampliare, il più possibile, il messaggio di prevenzione, attraverso collaborazioni e sinergie non solo intra-aziendali, ma anche con i principali stakeholder esterni (soggetti istituzionali, del mondo del volontariato e delle varie associazioni portatrici di interesse).

Secondo tale strategia, oltre ai programmi specifici del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, nella ASL di Viterbo saranno realizzati, nel prossimo triennio 2019 - 2021 specifici progetti di prevenzione aziendale, elaborati sulla base dei profili di salute del territorio, in linea con la vision del PRP Lazio attualmente in vigore.

A) La vision ed i principi del PAP della ASL di Viterbo 2014-2018:

In linea con il Piano nazionale e con il PRP della Regione Lazio, rimodulato e prorogato al 2019 ai sensi dell'Intesa, Stato-Regioni del 21 dicembre 2017 (rep. atti 247/CSR), il **PAP della ASL di Viterbo 2014-2018** ha inteso rispondere a una **vision** i cui elementi sono:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare, in particolare alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze;
- esprimere la visione culturale nei valori, obiettivi e metodi della sanità pubblica di una "prevenzione, promozione e tutela della salute" che pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile;
- basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le disuguaglianze;
- accettare e gestire la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione, della governance;
- perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

Per quanto riguarda i **principi**, in linea con le indicazioni regionali del PRP 2014-2019, il **PAP della ASL di Viterbo 2014-2018 prorogato al 2019**:

- intende essere un Piano per una promozione della salute e una prevenzione attuata attraverso azioni che prevedono la possibilità di una programmazione operativa frazionata e di una periodica valutazione dello stato di realizzazione degli interventi;
- persegue tutti gli obiettivi comuni prioritari fissati dal PRP e supportati da strategie e azioni evidence based, in grado nel medio-lungo termine di produrre un impatto sia di salute sia di sistema e quindi di essere realizzati attraverso interventi sostenibili e "ordinari"; risponde a tutti i macro obiettivi di salute del PRP e intende valutare i risultati raggiunti attraverso indicatori di outcome oppure di early-outcome o di output dei processi sanitari, per i quali sia dimostrabile una relazione tra output e outcome;

- recepisce tutti gli obiettivi del PRP e quindi anche quelli sottoscritti a livello nazionale ed internazionale, incorporando gli obiettivi già decisi all'interno di Piani nazionali e regionali di settore per quanto attiene alla promozione, prevenzione e tutela della salute, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo;
- garantisce la trasversalità degli interventi, perseguita anche in termini di integrazione ai fini del
- raggiungimento degli obiettivi, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative; pertanto, nel definire le strategie e le azioni tiene in considerazione sia la funzione del SSR di diretta erogazione degli interventi, sia il ruolo di steward del SSR nei confronti degli altri attori e stakeholder;
- riconosce l'importanza fondamentale della genesi e fruizione della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze a livello territoriale, come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute, in linea con gli obiettivi del disegno di legge n. 535 (approvato dal Senato in data 07/11/2018) sull' "*istituzione e disciplina della rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione*", che prevede l'inserimento di tali dati quali adempimento obbligatorio LEA per le Regioni e quindi anche per le amministrazioni locali;

Nel PAP della ASL di Viterbo 2014-2019 sono state recepite le indicazioni regionali che si sono tradotte in:

1. *articolazione per setting*: il PAP 2014-2019 individua quattro setting principali su cui agire: l'ambiente di lavoro, la scuola, la comunità e i servizi sanitari. I setting sono definiti come il luogo o il contesto sociale in cui più facilmente è possibile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione, creando ambienti sociali e fisici favorevoli alla salute. Essi sono alla base della pianificazione e della realizzazione degli interventi per garantire il potenziamento dell'integrazione tra strutture e professionisti sanitari e non sanitari (fig. 1);

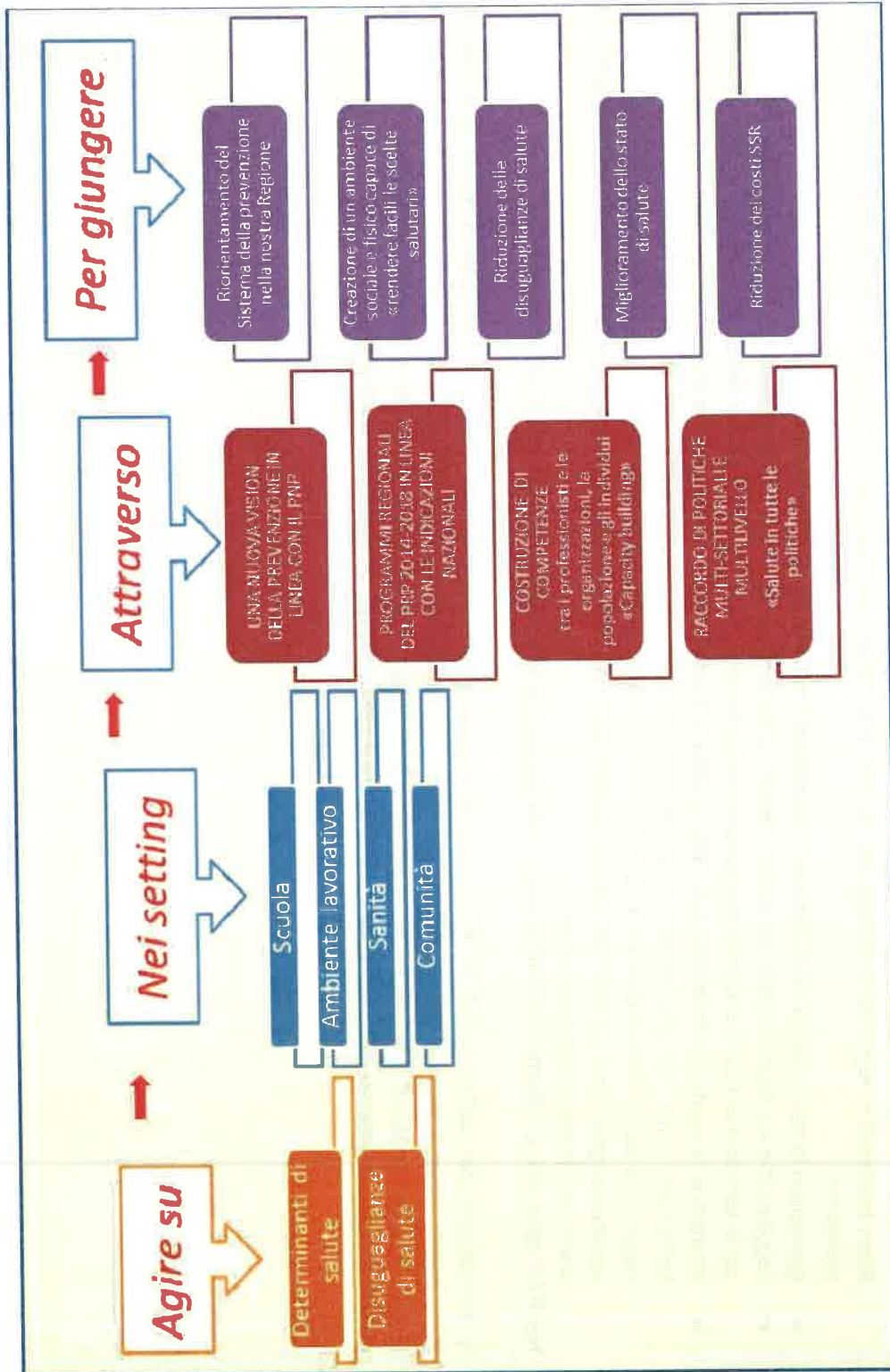


figura 1. Il valore strategico del PRP 2014-2019 all'interno del SSR, recepito nel PAP della ASL di Viterbo 2014-2019 (Fonte: BUR Lazio n. 46 suppl. n. 1, Regione Lazio Piano Regionale della Prevenzione (PRP)2014-2018 - Proroga al 2019)

2. *evidenze di efficacia, buone pratiche e valutazione*: il PAP della ASL di Viterbo 2014-2018, in linea con il PRP 2014-2018, riconosce la necessità di basare l'azione su evidenze di efficacia o, in mancanza di queste, su interventi riconosciuti come "buone pratiche" ovvero i progetti o gli interventi che, "in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione (Kahan e Goodstadt, 2001). Gli interventi e le azioni individuate nel PAP saranno monitorate e valutate sulla base del sistema di valutazione previsto dal PRP 2014-2018, definito nel "Documento di valutazione", Allegato A dell'Accordo Stato-Regioni n. 56 del 25/03/2015;

3. *intersectorialità*: Il PAP della ASL di Viterbo 2014-2018, in linea con il PRP, intende promuovere interventi basati sul coinvolgimento di diversi attori/istituzioni, finalizzati a rendere facili per i cittadini le scelte salutari in ambienti sociali e fisici sempre più favorevoli alla salute. Si tratta di interventi intersectoriali incentrati sullo sviluppo di reti e sinergie, secondo l'approccio della "Salute in tutte le politiche", che "va oltre la tradizionale azione intersectoriale, ponendo maggior enfasi sull'individuazione dei diversi livelli decisionali e di policy making e sul bisogno di conoscere il livello di governance nel quale le decisioni sono prese e i diversi attori coinvolti" (Baum, Ollila et al. 2013);

4. *una definizione ampia di prevenzione*: Un ulteriore elemento di novità del PAP della ASL di Viterbo 2014-2018, che discende dalle scelte operate a livello nazionale e regionale, risiede nel fatto che il Piano include interventi che riguardano i temi "ambiente e salute" e "sicurezza alimentare e veterinaria". Ampliare la collaborazione interdisciplinare e intersectoriale tra la salute umana, ambientale e animale risponde all'esigenza di aumentare l'efficacia e l'efficienza degli interventi di prevenzione a partire da una definizione più ampia di sanità pubblica, orientata a considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute, oggi intesa come esito di determinanti di salute in parte modificabili come gli stili di vita, i fattori socio-culturali, l'accesso ai servizi, l'ambiente.

B) Le priorità e gli obiettivi del nuovo PAP della ASL di Viterbo 2019-2021

Priorità trasversale a tutti gli obiettivi del Piano è la riduzione delle principali disuguaglianze sociali che si osservano nel territorio, sulla base dei profili di salute, correlate in gran parte alla esposizione ai principali fattori di rischio (stili di vita inadeguati, esposizione ad agenti inquinanti ambientali indoor, di vita e di lavoro, ed outdoor), in una prospettiva coerente con l'approccio di salute in tutte le politiche.

Nel nuovo PAP, inoltre, particolare attenzione è rivolta al monitoraggio degli interventi ed alla sostenibilità degli stessi, anche attraverso la scelta condivisa, all'interno dei macro-obiettivi, di azioni/interventi riconosciuti come costo-efficaci, tenendo conto anche dei nuovi LEA della prevenzione (DPCM 12 gennaio 2017), per favorirne la messa a sistema e la più ampia copertura territoriale. Ciò consentirà l'individuazione di alcuni indicatori omogenei, misurabili, rafforzando il collegamento del monitoraggio del Piano con gli strumenti di valutazione dei LEA. Con il nuovo PAP 2019-2021 si intende rafforzare l'azione proattiva del Sistema Sanitario Locale, per essere sempre più in grado di intercettare il reale bisogno di salute dei cittadini e superare l'ottica basata sull'offerta. Allo scopo, un altro elemento importante è il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei cittadini nella gestione della propria salute, mediante azioni di promozione della *health literacy*, alla base di un approccio finalizzato all'*empowerment* degli individui e delle comunità.

Aree strategiche del Piano rimarranno nel prossimo quinquennio:

- quelle della prevenzione delle malattie trasmissibili e delle malattie croniche non trasmissibili, anche attraverso la promozione di stili di vita sani, l'attenzione ai determinanti ambientali che impattano fortemente sulla salute e sulle disuguaglianze,
- quelle della prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, in un'ottica di "One Health".

La realizzazione di tali interventi verrà effettuata nell'ottica metodologica sia dell'approccio di genere e di investimento ulteriore sul benessere della donna, dell'infanzia e dell'età evolutiva, sia di raccordo con le cure primarie anche in termini di programmazione, nonché di valutazione degli interventi, di formazione e di migliore utilizzo delle diverse competenze professionali, per un'efficiente allocazione delle risorse, con rendicontazione del loro investimento e monitoraggio dei risultati raggiunti.

Nell'ambito della prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili è prevista una maggiore integrazione con il Piano Nazionale Cronicità (PNC), e quindi l'interazione tra i centri funzionali aziendali del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento per il Governo dell'Offerta e le Cure Primarie e dei Distretti Socio-Sanitari, per diminuire la pressione dei fattori di rischio sull'incidenza e la severità delle malattie croniche e per una più appropriata e completa applicazione dei percorsi assistenziali delle malattie croniche e della fragilità.

Centrale nel nuovo PAP della ASL di Viterbo è il tema di una governance multilivello della prevenzione, che sia in grado cioè di promuovere una compartecipazione sinergica tra gli interlocutori aziendali e gli altri attori portatori di interesse che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute, per lo sviluppo di politiche intersettoriali, in coerenza con la strategia di "Health in all policies".

C) Il modello organizzativo del PAP 2014-2018 al PAP 2019- 2021

Per la ASL di Viterbo, il PAP è il principale strumento di programmazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute a livello territoriale, nell'ottica del consolidamento e dello sviluppo di reti collaborative intra ed interaziendali, al fine di favorire la crescita delle competenze delle risorse professionali messe in campo e la creazione di sinergie con stakeholders esterni.

In uno scenario complessivo che, a fronte dell'aumento dei costi dell'assistenza legati all'invecchiamento della popolazione, vede persistere problemi legati alla riduzione delle risorse disponibili, interne ed esterne al SSR e quindi delle Aziende Sanitarie Locali, la Prevenzione e la Promozione della Salute rappresentano una risorsa strategica. Per garantire la realizzazione degli interventi, la ASL di Viterbo ha individuato il Dipartimento di Prevenzione quale struttura di coordinamento e di regia, a supporto della Direzione Strategica Aziendale, responsabile della individuazione e coinvolgimento delle altre articolazioni aziendali chiamate a partecipare all'implementazione dei programmi, come il Dipartimento per il Governo dell'Offerta e le Cure Primarie ed i Distretti Socio-Sanitari. Sono state introdotte e saranno implementate modalità innovative di presa in carico delle

patologie croniche, in particolare attraverso l'avvio di ulteriori Case della Salute, oltre quelle già attive, nuovi percorsi assistenziali integrati, in cui la collaborazione con i Centri Funzionali Ospedalieri e le risorse del territorio è strategica. In questo ambito, la ASL di Viterbo propone di potenziare ulteriormente la diffusione di interventi non farmacologici, come il counseling motivazionale sugli stili di vita e la prescrizione dell'esercizio fisico nel trattamento preventivo-terapeutico delle patologie esercizio-sensibili, quali interventi con ruolo centrale nella prevenzione primaria e nella presa in carico dei soggetti con patologie croniche.

Nell'anno 2018 i Piani Regionali della Prevenzione sono stati prorogati di un anno ed andranno in scadenza nel 2019. La proroga dei PRP è stata decisa in seno alla Conferenza Stato-Regioni ed è motivata in parte dalle difficoltà di attuazione di alcune linee progettuali e in parte dall'esistenza di sviluppo al meglio programmi di prevenzione a cui si riconosce attualità e grande efficacia.

Le azioni continueranno ad essere sviluppate nel prossimo biennio, corrispondendo ai singoli programmi del Piano che di seguito si riportano:

- **Promozione di stili di vita salutari nella popolazione generale per guadagnare salute nel Lazio**

Questo programma, destinato a tutte le fasce di popolazione contiene diverse azioni tutte caratterizzate dallo stesso messaggio: si può guadagnare salute assumendo corretti stili di vita.

Una sana alimentazione, una giusta quantità di attività fisica, evitare abuso di alcol e tabacco, aiutano a guadagnare o almeno a mantenere uno stato di salute adeguato alle nostre condizioni di vita.

In questo programma troviamo progetti che vanno dal sostegno dell'allattamento al seno alla lotta alle dipendenze da alcool e tabacco, dalla modifica di abitudini alimentari scorrette all'adozione di comportamenti idonei nei luoghi di lavoro.

Nel programma si inserisce un progetto aziendale di particolare rilevanza: "E' salute", grande contenitore comunicativo della ASL di Viterbo e soggetto in grado di produrre eventi di prevenzione in collaborazione con Enti Locali, Ordini Professionali ed Associazioni di Volontariato e di Categoria (es. Coldiretti), Istituti Scolastici, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

Di particolare rilievo la collaborazione con l'Ufficio Locale Provinciale che si è concretizzata con i progetti "Scuola - Movimento - Sport - Salute" e "Mangia sano, prendici gusto" che si pongono l'obiettivo di favorire corretti comportamenti alimentari insieme ad un adeguato livello di attività fisica sportiva.

- **Prevenzione e controllo delle MCNT (malattie e CV, tumori, diabete e conseguenze di disturbi memosensoriali congeniti)**

I progetti di rilievo di questo programma sono gli Screening Oncologici: mammella, cervicocarcinoma, colon-retto. Dal 2019 è previsto anche un intervento nei confronti del Papilloma Virus.

A partire dal 2019 la Regione Lazio ha programmato l'avvio di un altro screening, quello del Papillomavirus (HPV). L'Azienda è in fase di acquisizione un nuovo macchinario per reagenti. Il nuovo Screening HPV prevede una schedulazione degli inviti delle donne nella fascia di età 45-64 anni a partire dalla fine del mese di gennaio.

- **Promozione della salute e del benessere nelle scuole**

Questo programma è rivolto esclusivamente alla popolazione in età scolastica. È stato progettato un catalogo di interventi che toccano le diverse tematiche di interesse degli studenti con lavori sui buoni comportamenti alimentari e adeguati stili di vita.

Il catalogo viene inviato a tutti gli Istituti scolastici, i quali, a seconda dell'interesse rivolto a ciascun lavoro, chiedono alla ASL di programmare l'intervento.

Nell'anno 2019, inoltre, troverà piena applicazione un interessante progetto promosso direttamente dalla Regione Lazio: "Interventi di educazione sanitaria nelle scuole per la prevenzione della carie dentale e promozione della salute odontoiatrica".

- **Prevenzione degli incidenti**

In questo ambito tematico troviamo due progetti molto significativi: il primo si rivolge a persone anziane a persone diversamente abili al fine di prevenire incidenti e traumatismi in ambito domestico. Il secondo è dedicato a persone che abusano di alcool e sostanze chimiche per prevenire incidenti alla guida di veicoli.

- **Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali**

E' 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

- **Ambiente e salute**

Qui ritroviamo importanti azioni di indagine ambientale che possono mettere in evidenza e quindi tentare di prevenire diversi tipi di inquinamento. Un esempio può essere costituito dal "Protocollo condiviso del Lago di Vico", che partendo dalla consapevolezza della presenza nelle acque della famosa Alga Rossa, microorganismo che produce una tossina potenzialmente cancerogena, la microcistina, da indicazioni sulla gestione del problema, dalla gestione delle acque captate per uso potabile al controllo dell'uso indiscriminato di fertilizzanti nei territori limitrofi allo specchio lacustre.

Il progetto REACH-CLP si propone di organizzare la ricerca di amianto eventualmente usato nella fabbricazione di materiali od oggetti di uso comune che possono trovarsi sul mercato, specie se provenienti da Paesi senza una precisa regolamentazione dell'uso di amianto. Ed è qui che trova la sua collocazione il "Registro Tumori", attività epidemiologica di notevole importanza, che, insieme alla classificazione delle cause di morte (schede RENCAM) può permettere la costituzione di mappe di incidenza della varie forme di neoplasie con la possibilità di mettere in relazione possibili cause ambientali.

Nel 2018, in occasione della "Giornata Mondiale dell'Ambiente" è stata lanciata la campagna di prevenzione "Ambiente è salute". La campagna si propone di dimostrare come, con l'adozione di comportamenti e azioni positive non solo si salvaguarda l'ambiente ma si guadagna anche in salute.

- **Prevenzione e controllo delle malattie infettive**

L'attività vaccinale occupare la parte più ampia ed importante di questo programma.

Nel 2018 sono già stati emanati dispositivi che hanno chiarito aspetti collaterali all'attività vaccinale (certificato o auto-dichiarazione?) e l'esperienza già fatta dimostra che nella ASL di Viterbo la sfida dei vaccini si può affrontare e vincere.

Intanto sono state confermate le risorse umane, economiche e tecnologiche messe a disposizione nel 2018.

Il presidio denominato COSV (Centro Operativo Servizi Vaccinali) è stato confermato, mantenendo la propria utilità ed efficienza nella comunicazione e nell'indirizzo dell'utenza ai servizi ed agli ambulatori dislocati sul territorio.

Non è un caso che la provincia di Viterbo sia una di quelle ai vertici in quanto a copertura nella Regione Lazio.

Abbiamo in questo ambito una linea progettuale che riguarda la prevenzione delle infezioni ospedaliere. È questo un problema che discende da quella che l'OMS ritiene una delle tre vere emergenze sanitarie dei nostri giorni: l'antibiotico resistenza.

- **Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria**

Le più importanti linee di attività dei Servizi Veterinari sono tutte rappresentate dagli aspetti che riguardano le anagrafi ed il comportamento c/o aggiornamento delle banche dati a quelli che riguardano i controlli sulle popolazioni animali, finalizzate alla salvaguardia della salute animale, ma anche per garantire la sicurezza delle produzioni, dell'ambiente e, soprattutto, per evitare che forme patologiche animali possano essere trasmesse all'uomo.

Particolare attenzione viene poi data alla salute ed al benessere delle popolazioni animali sia per quanto riguarda la condizione di allevamento e di trasporto, sia per quanto riguarda il controllo dell'uso del farmaco veterinario nella varie filiere .

Trovano poi un posto di riguardo i problemi connessi agli animali d'affezione. Prima fra tutte le attività di prevenzione, controllo e bonifica da randagismo. Anche se molto è stato fatto, con la collaborazione di associazioni di volontariato e di organizzazioni zoofile, la strada che porta alla soluzione del problema è ancora lunga.

Una delle maggiori criticità in questo settore è la scarsità di fondi, specie per quanto riguarda gli Enti Locali, che hanno rigidi vincoli di bilancio. Per questo una delle principali attività che vede la collaborazione di Enti Locali, ASL ed Associazioni Animaliste consiste nel tentativo di aumentare le adozioni , cercando di sempre di fare prevenzione sugli abbandoni.

Dal 2018 si sta inoltre puntando, in collaborazione con la Regione Lazio, di dare effettiva attuazione alle attività assistite da animali (IAA).

È stato firmato un protocollo operativo condiviso con la ASL RM4 per la costruzione di procedure e per la loro attuazione, cosa prevista per il 2019.

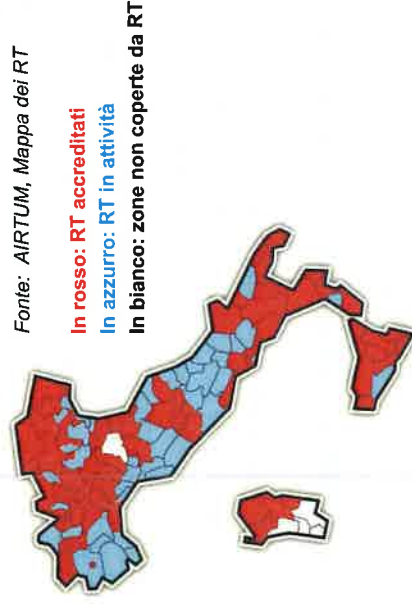
Sarà formato il Registro degli Operatori (debitamente formati) e delle Strutture presenti e operanti sul territorio che dovranno essere opportunamente autorizzate.

A.3.2 Ambiente e Salute: il Registro Tumori della ASL di Viterbo

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 Tuscia, 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.

Il RT 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. Prosegue, parallelamente, 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, al fine di avere dati sempre più aggiornati e consolidati e di fornire uno strumento per il territorio di studio delle cause, di mappe del rischio e di programmazione sanitaria, mediante sinergie con il RT regionale, con AIRTUM, con le competenze specialistiche aziendali e con gli altri enti competenti in materia ambientale.

A.3.3 La sanità penitenziaria

La Medicina Protetta - Malattia Infettive della ASL di Viterbo è uno dei pochi reparti a livello nazionale destinati al ricovero di persone detenute in Italia, che dal 2006 offre spazi extramurari di ricovero e cura per le persone reclusi, 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 e implementato, attraverso l'istituzione della Medicina penitenziaria territoriale, la propria offerta sanitaria ai detenuti presso la Casa Circondariale di Viterbo con le finalità di superare le criticità mettendo in atto le seguenti azioni:

- introduzione della cartella clinica informatizzata regionale;
- utilizzo della telemedicina: programma "Galileo" per inserimento analisi cliniche per i cittadini detenuti, programma DNWEB per la sola visualizzazione dei referti degli esami ematochimici, programma BEST per la gestione della lista degli interventi chirurgici e la tracciabilità dei ferri chirurgici, programma FARMED per la rendicontazione dei farmaci, applicazione per ordine farmaci e presidi tramite magazzino DEMAX, programma "stand alone" della Carestream;
- informatizzazione del nuovo ambulatorio radiologico presso la Casa Circondariale di Mammagliaia;
- avvio progetto di implementazione della salute mentale con istituzione di un tavolo permanente ed emanazione di un PDTA specifico per la prevenzione del suicidio in carcere come previsto nella deliberazione 1386/2018 " Piano locale per il rischio autolesivo e suicidario PDTA per la prevenzione del suicidio e dei disturbi mentali del paziente detenuto nella casa circondariale di Viterbo";
- implementazione dei servizi specialistici presso la Medicina Penitenziaria;
- PDTA per screening infettivologico Sistema Sanitario Regionale;

Tra le attività consolidate nel 2019:

- 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;
- redazione relazioni medico legali utili per l'autorità giudiziaria inerente sia i pazienti degeni che i detenuti presenti nella medicina penitenziaria;
- collaborazione con le società scientifiche (SIMIT e SISPE), l'Università Ca' Foscari di Venezia e le associazioni di pazienti (NPS e EPAC) per la realizzazione di progetti nazionali (progetto "Free to live whit HIV in prison", progetto ROSE e progetto Enheide) per la prevenzione delle malattie infettive nella popolazione detenuta.

Sarà nel corso del 2019 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 suicidarie nel sistema penitenziario per adulti*", pur consolidando gli obiettivi raggiunti, implementerà la propria azione con le seguenti attività:

- istituzione di un Tavolo Paritetico con Direzione Casa Circondariale Viterbo per la tutela della salute in carcere;
- piano di formazione " specifico" per il personale inserito nelle attività della sanità penitenziaria;
- collaborazione con Università " La Sapienza " di Roma , corso di laurea triennale in Infermieristica;
- implementazione dei servizi intramoenia di psichiatria, dipendenze patologiche, psicologia;
- partecipazione all'Osservatorio regionale per la Sanità Penitenziaria istituito con delibera n. T00282 del 12/11/2018 che ha il compito di monitorare la situazione carceraria segnalando avvenimenti di interesse sanitario e eventuali problematiche e criticità presenti negli Istituti penitenziari;
- sviluppo di un progetto sulle popolazioni fragili in ambito penitenziario: minori e donne, inserito all'interno della Convenzione già esistente tra ASL Viterbo e ASL RM4, e che prevede una specifica formazione del personale sanitario delle Aziende interessate;
- realizzazione rete regionale ASL VT e ambulatori Malattie Infettive degli ospedali regionali di riferimento;
- implementazione del progetto di microeradicazione dell'infezione da HCV in carcere tramite progettualità di rete con gli istituti penitenziari della Regione Lazio;
- Sviluppo di studi nazionali osservazionali e analitici sulla popolazione affetta da malattia da HIV in virtù del fatto che la ASL di Viterbo è partner nello Studio di Coorte ICONA (Italian Cohort Naive Antiretrovirals)

A.3.4 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. 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. Il programma si rivolge agli studenti del secondo e terzo anno della scuola secondaria di 1° grado, nel corso del normale orario scolastico.

Le recenti Determinazioni n. G16566 del 29 dicembre 2016 e n. G11482 del 18.09.2018 e la DGR n. 904 del 19 dicembre 2017 in cui è stato approvato il Piano biennale regionale 2017-2018 sul gioco d'azzardo patologico, hanno inoltre permesso l'impegno economico per le azioni in programmazione di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da Gioco d'Azzardo come da Legge 23 dicembre 2014 n. 190. A tal proposito il progetto sperimentale prevede l'attivazione di un ambulatorio per le patologie da gioco d'azzardo con l'assunzione di personale competente, l'implementazione di altri n.2 Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto sul territorio dei distretti A e C, attraverso la formazione di facilitatori specifici, la formazione degli operatori della ASL con corso di formazione in atto. Inoltre sono previste azioni di prevenzione sulle scuole secondarie di II grado con la progettazione di interventi mirati anche con la collaborazione di associazioni di volontariato presenti nel tavolo del volontariato della ASL.

A.3.5 L'attività vaccinale

La ASL di Viterbo negli ultimi tre anni ha evidenziato una delle migliori coperture vaccinali della Regione Lazio; gli standard sono ampiamente rispettati sia per quanto riguarda le vaccinazioni pediatriche che le altre vaccinazioni di legge. In particolare il risultato si attesta oltre al 95% di copertura per la vaccinazione morbillo e rosolia. Il servizio vaccinale 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 l'asilo nido, i servizi dell'infanzia o la scuola dell'obbligo ed estende il numero delle vaccinazioni includendo tra le stesse l'antipolio, l'antitetanica, l'antidifterica, l'antiepatite B, l'antipertosse, l'anti haemophilus influenzale B, l'antimorbillo, l'anti rosolia, l'anti parotite, l'anti varicella, in ragione della loro elevata contagiosità e la necessità di garantire elevate coperture (95%)

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.

Nel 2018 è stato approvato il Progetto Aziendale di Prevenzione Vaccinale ed è stata istituita la Centrale Operativa Servizi Vaccinali (COSV), costituito da operatori amministrativi e sanitari, con il compito di interfacciarsi con le sedi consultoriali (punto di prenotazione ed erogazione delle vaccinazioni), con tutte le Scuole presenti nel territorio di competenza della ASL e con le famiglie. Nell'ambito del progetto è stato fondamentale il rafforzamento del legame con l'Ufficio Sociastico Provinciale che, interagendo con la ASL, ha garantito il rispetto degli obblighi di legge. Nel 2018, gli operatori COSV hanno collaborato al progetto della Regione Lazio di realizzazione di AVR (Anagrafe Vaccinale Regionale) che ha l'obiettivo di essere pienamente funzionale e fruibile da parte di tutti i centri vaccinali, scuole e Asili Nidi del Lazio nel corso del 2019. L'anagrafe vaccinale regionale permette alle istituzioni di dialogare tra loro semplificando la vita dei cittadini. Infatti, le scuole potranno comunicare le iscrizioni direttamente alla Regione e trovare tutti i dati degli alunni e della loro situazione vaccinale e le Asl potranno invece disporre di una situazione sintetica sullo stato vaccinale dei propri residenti.

A.3.6 L'attività 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.

Nel 2016, con deliberazione del Direttore Generale 1396 del 2/11/2016 è stata riorganizzata l'attività di screening, recependo il DCA 191 del 14/5/2015 "Programmi di *Screening* Oncologici nella Regione Lazio".

La nuova organizzazione ha permesso il consolidamento degli ottimi risultati storicamente registrati dalla ASL di Viterbo ed un graduale miglioramento nell'accesso alle prestazioni di screening da parte dell'utenza. Si fa presente che la ASL di Viterbo rispetta i parametri LEA per quanto riguarda tutti i programmi di screening e rappresenta un'eccellenza rispetto allo screening mammografico, superando di gran lunga gli standard ministeriali e di copertura LEA.

In particolare, nello screening mammografico, è stata acquisita la seconda unità mobile dotata di mammografo digitale che ha permesso di incrementare il numero degli esami radiologici in ogni singolo Comune. Dal 2017 è stata implementata l'attività di recall alle donne non rispondenti al primo invito. In linea con il DCA 189/2017, dal gennaio 2019 sarà possibile estendere la fascia di screening fino a 74 anni, con inviti attivi al target individuato. E' stato redatto il percorso per le donne a rischio di tumore eredo famigliare, in coerenza con il DCA 189/2017.

Relativamente allo screening del colon retto, in linea con il DCA 30/2017, è stato definito il PDTA del colon retto, garantendo una migliore presa in carico del paziente, anche attraverso il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, gli operatori sanitari e la popolazione, attraverso campagne dedicate di sensibilizzazione e comunicazione. La nuova organizzazione ha reso possibile una migliore appropriatezza nell'esecuzione degli esami e delle prestazioni, favorendo la riduzione delle liste d'attesa attraverso la riconversione delle colonoscopie da CUP a Screening (per utenza in fascia target); sono notevolmente aumentati i centri di distribuzione provette sangue occulto fecale anche grazie alla collaborazione con le associazioni locali di volontariato (attualmente 130 i centri di distribuzione).

Rispetto allo screening citologico, il miglioramento è evidente a partire da gennaio 2019 a seguito del graduale passaggio ad HPV primario al posto del PAP TEST primario per le donne comprese tra i 30 ed i 64 anni di età, come declinato nel DCA 240/2017.

A.3.7 Azioni di verifica e controllo per l'autorizzazione e l'accreditamento

Dal 2014 e con maggiore impulso a partire dalla fine del 2015 questa ASL ha iniziato un percorso virtuoso tendente alla rimodulazione delle proprie strutture finalizzata al rispetto della normativa, in base alle priorità nella programmazione degli interventi ad implementarne di nuove in relazione al fabbisogno, nonché a migliorare la qualità di quelle già accreditate secondo gli standard previsti dai DCA regionali. A partire dal 2017, il processo di verifica viene condotto in osservanza di quanto previsto dal Manuale di accreditamento approvato con il DCA U00469 del 7 novembre 2017.

Pertanto il processo di verifica e controllo rappresenta un miglioramento continuo in qualità.

Nel corso del 2018, per le attività territoriali già autorizzate e temporaneamente accreditate, sono state implementate le procedure per i PDTA relativi alle malattie cronico-degenerative per le Case della Salute e per il poliambulatorio di Marta al fine della successiva verifica da parte della ASL di Rieti, competente sul nostro territorio.

Le attività di controllo hanno riguardato:

- Pronto Soccorso di Civita Castellana;
- Pronto Soccorso Acquapendente;
- Pronto Soccorso di Tarquinia;
- Morgue Civita Castellana;
- Presidi di Chirurgia Ambulatoriale di tipo 2
- SIMT Day Hospital trasfusione P.O. Belcolle, ai fini della conferma dell'accreditamento del reparto;
- UFA di Belcolle.
- Nuovo Blocco Operatorio Belcolle.
- Pronto Soccorso di Belcolle.
- P.P.I. Ronciglione.

Attualmente è in corso di definizione la pratica per l'autorizzazione e l'accreditamento di un Poliambulatorio presso la città di Bolsena, da integrare con la Casa della Salute di Bagnoregio al fine di rispondere in maniera più efficace e puntuale alla richiesta di salute della zona. La fase di accreditamento dovrebbe concludersi entro gennaio 2019.

Sono in corso le verifiche per l'accreditamento del Poliambulatorio di Montalto di Castro.

Sono state eseguite le ispezioni in tutte le tredici sedi dei servizi di continuità assistenziale, e ai punti prelievo.

La programmazione degli interventi proseguirà nel prossimo triennio secondo le priorità definite dalla Direzione Strategica.

L'attività di verifica per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie private, condotta dal Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con la UOC Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati e con la Regione Lazio, prosegue nel rispetto dell'ordine di richiesta pervenuta ai servizi.

L'attività del Nucleo Ispettivo di Vigilanza e Controllo sulle strutture sanitarie viene svolta secondo il programma annuale stilato dal Coordinatore dello stesso e anche su richiesta del NAS con cui continua una proficua collaborazione.

A.4 Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative: il ruolo della formazione

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 concilino 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 al processo 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.

A.4.1 La Piramide Rovesciata

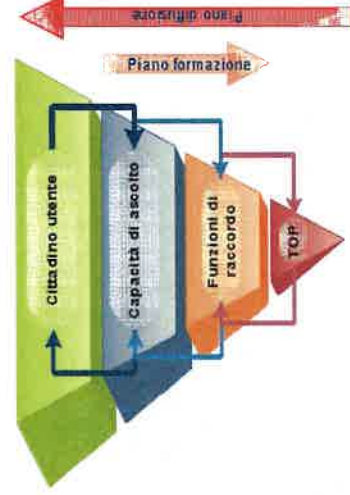
Tra le buone pratiche l'Azienda si propone di garantire un migliore orientamento all'utenza con il progetto "Piramide Rovesciata". Nell'organizzazione, la teoria della Piramide Rovesciata ha messo in atto una vera e propria rivoluzione passando dal concetto dell'orientamento alle prestazioni a quello dell'orientamento al cittadino/utente. In questo progetto è stata riconosciuta la capacità dei Coordinatori delle Professioni Sanitarie, in quanto personale front-line, nell'interpretare la necessità di informazioni da parte dell'utenza. Il primo step del progetto è stato infatti un evento formativo, FSC in ECM, nel quale sono stati coinvolti 120 Coordinatori delle Professioni Sanitarie di questi 85 hanno portato a termine il numero di 112 ore previste come gruppi di miglioramento. Ogni gruppo di Dipartimento/Area è stato seguito da un tutor. Ventuno sono stati i tutor, sempre operatori delle Professioni Sanitarie, con il ruolo di responsabilità di posizione organizzativa all'interno di ogni Dipartimento/Area.

Durante lo svolgimento del corso i partecipanti hanno elaborato una serie di informazioni per l'orientamento all'utenza nelle UU.OO./Servizi aziendali. Le informazioni raccolte, sono state filtrate dal Board della Comunicazione Aziendale e troveranno riscontro nella nuova presentazione del sito web, nelle Guide ai Servizi e successivamente nelle Carte dei Servizi che consentiranno la verifica dei risultati prodotti.

Il progetto dimostra che la piramide rovesciata più che una teoria è un "modo di pensare" condiviso che trova concreta applicazione e diffusione nell'Azienda. La direzione strategica ha riconosciuto al personale front-line nell'espletamento delle loro funzioni la capacità di ascolto che, in questo caso, si caratterizza nella capacità di interpretare i bisogni di informazione dei cittadini /utenti. Le posizioni organizzative delle Professioni Sanitarie nella loro funzione di raccordo hanno raccolto le informazioni elaborate dai coordinatori mappandole rispetto al contesto organizzativo di Area/Dipartimento. Nel progetto la teoria della piramide rovesciata è stata considerata anche nell'informazione come modello per definire l'architettura del testo informativo.

Di seguito viene rappresentata l'applicazione della piramide rovesciata sia nell'ambito dell'organizzazione che dell'informazione e la stretta connessione tra queste..

ORGANIZZAZIONE



INFORMAZIONE



2019: Piano Formativo aziendale

Nell'ottica dello sviluppo continuo delle competenze e delle professionalità, l'Azienda si dota anche nel 2019 di uno specifico Piano Formativo Aziendale 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 rilevazione 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;
- 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.

Già nel 2018 in considerazione del supporto metodologico offerto durante il 2017 dal servizio Formazione ai gruppi di lavoro aziendali per la revisione dei 4 Percorsi Integrati di Cura (PIC): BPCO, Scemenso Cardiaco, TAO e Diabete, l'attività formativa si è concentrata sulla tipologia Formazione sul Campo per l'applicazione e il monitoraggio dei PIC. E' stato d'aiuto, in questo ambito, 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 2019 continuerà l'attività svolta dalla Formazione mirata alla conoscenza dello strumento e al suo utilizzo on site e mobile.

Sempre a favore dell'elaborazione dei PIC e della costruzione delle reti, nel 2019 la formazione condividerà con tutti gli attori interessati il "Piano della Diffusione" che ha la finalità di predisporre un quadro generale di riferimento per la gestione e il coordinamento delle diverse forme di comunicazione, di formazione, di autocura e di orientamento all'utenza adattate alle differenti tipologie di target. Il Piano della Diffusione, infatti, intende comunicare, formare ed orientare i diversi target di destinatari con la modalità ritenuta opportuna per la linea d'azione definita all'interno di ogni percorso, rete o progetto che l'Azienda intenderà adottare.

Nell'anno 2019, attraverso l'utilizzo della piattaforma E-Learning di cui si è dotato il Provider Aziendale, si prevede lo sviluppo della formazione in tipologia blended. Un approccio in tipologia blended permette all'organizzazione di implementare un mix ideale di formazione on line e formazione sul campo riducendo i corsi in aula che hanno difficile riscontro nel garantire la presenza del personale turnista di cui si caratterizza un'azienda sanitaria. L'ulteriore potenziamento della modalità E-Learning darà la possibilità di produrre in piattaforma, sia corsi preconfezionati, che corsi prodotti dalla nostra azienda eventualmente da esportare anche all'esterno.

B Politiche per l'accesso ai servizi e l'integrazione socio sanitaria

Al fine di garantire l'equità delle cure, intesa come qualità accessibile a tutti gli utenti, l'Azienda nell'ultimo triennio ha individuato gli obiettivi specifici che definiscono la loro gestione e la personalizzazione delle stesse in funzione dei bisogni di salute della popolazione. L'Azienda ha individuato le seguenti quattro linee di attività sulle quali concentrare l'attenzione al fine di migliorare l'accesso alle cure:

- l'abbattimento delle liste di attesa;
- il controllo ed il monitoraggio dell'attività Libero Professionale Intramoenia (A.L.P.I.).
- l'adozione del modello di funzionamento dei PUA, UVMD e Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I);
- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- l'integrazione socio sanitaria

Aver sviluppato queste linee di attività ha prodotto, alla fine del triennio un complessivo miglioramento degli specifici indicatori di processo e di esito.

A partire dal 01 gennaio 2018 il 90% dei Responsabili dei Dipartimenti di Medicina, di Chirurgia, Oncematologia e Cure Primarie si sono fatti garanti della prenotazione di tutti i controlli /follow up direttamente, come indicato nella normativa in essere.

Di seguito la rappresentazione grafica del posizionamento della ASL di Viterbo all'ultima rilevazione disponibile nel momento in cui si redige il Piano Strategico:

B.1 Azioni per la garanzia dell'equità all'accesso

A partire dal 2016 è stato progressivamente implementato il sistema di accesso attraverso la definizione e contestualizzazione dei P.U.A. nelle tre sedi distrettuali. La ristrutturazione dei singoli processi di presa in carico, per ogni singola linea di attività del Dipartimento di Cure Primarie (Disabile Adulto, TSRMEE) e DSM, ha prodotto un incremento nel numero dei pazienti ultrasessantacinquenni seguiti in ADI (5,29%, valore rilevato a settembre 2018) ed una maggiore facilitazione nell'accesso con una migliore appropriatezza dei piani assistenziali individuali.

Rispetto alle attività libero professionale intramuraria, l'Azienda, nel corso dell'ultimo biennio ha potenziato l'attività dei controlli volta all'accertamento delle corrette modalità di svolgimento della stessa, verificando, attraverso verifiche mensili su dei campioni scelti con criteri di rotazione, al fine di vigilare sul rispetto di quanto stabilito nel Regolamento ALPi vigente e nella normativa di riferimento.

Per quanto riguarda il governo delle liste d'attesa, nel corso del 2018 la ASL di Viterbo registra le migliori performance tra le Aziende della Regione Lazio per quanto riguarda il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni "critiche" attenzionate dal sistema di controllo regionale (portale web Salute Lazio).

Tutto ciò sta consentendo di ricondurre lo svolgimento di questa tipologia di attività nell'ambito del perimetro normativo e regolamentare propri dell'attività libero professionale.

È stata, altresì, conclusa la ricognizione straordinaria degli spazi che ha permesso di limitare notevolmente lo svolgimento della libero professione presso studi privati, questi ultimi collegati in rete e dotati, comunque, degli opportuni strumenti di pagamento telematici.

Contestualmente, sono programmati periodici incontri con le Organizzazioni Sindacali e con la Commissione Paritetica al fine di raccogliere le istanze di parte con l'intento di comporre gli interessi dei professionisti e dell'azienda, nel rispetto primario diritto alla salute del paziente.

B.1.1 Abbattimento liste di attesa

In riferimento all'abbattimento delle liste di attesa l'Azienda già dal 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)

È 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 2018, in particolare sono state poste in essere le seguenti azioni:

- 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.

MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA (TDA)

Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO

Indice TDA (Tempi d'attesa): ● ROSSO < 50% ● GIALLO ≥50% < 90% ● VERDE ≥ 90%

ELENCO PRESTAZIONI	dal 03/12/2018 al 09/12/2018	dal 26/11/2018 al 02/12/2018	dal 19/11/2018 al 25/11/2018
VISITA CARDIOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	90,0 %	100,0 %	91,7 %
VISITA ENDOCRINOLOGICA	92,3 %	100,0 %	100,0 %
VISITA NEUROLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA OCULISTICA	89,3 %	100,0 %	91,3 %
VISITA ORTOPEDICA	96,7 %	100,0 %	100,0 %
VISITA GINECOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA UROLOGICA	88,9 %	88,9 %	100,0 %
VISITA DERMATOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA FISIATRICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA GASTROENTEROLOGICA	76,9 %	100,0 %	100,0 %
VISITA ONCOLOGICA	100,0 %		
VISITA PNEUMOLOGICA	50,0 %	100,0 %	72,7 %
MAMMOGRAFIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	94,1 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE			100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE			100,0 %

Fonte dati: www.salutelazio.it/monitoraggio-tempi-di-attesa

MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA (TDA)

Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO

Indice TDA (Tempi d'attesa): ● ROSSO < 50% ● GIALLO ≥ 50% < 90% ● VERDE ≥ 90%

ELENCO PRESTAZIONI	dal 03/12/2018 al 09/12/2018	dal 26/11/2018 al 02/12/2018	dal 19/11/2018 al 25/11/2018
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME COMPLETO	95,0 %	100,0 %	88,9 %
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	100,0 %	90,0 %	71,4 %
TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO	100,0 %	100,0 %	
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	42,9 %	100,0 %	57,1 %
RMN PELVI, PROSTATA E VESCICA	100,0 %		100,0 %
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	80,0 %	100,0 %	100,0 %
RMN COLONNA VERTEBRALE	77,8 %	100,0 %	77,8 %
ECOGRAFIA CAPO E COLLO	85,7 %	100,0 %	85,7 %
ECOCOLORDOPPLER CARDIACA	88,9 %	81,3 %	100,0 %

MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA (TDA)

Prestazioni specialistiche ambulatoriali di PRIMO ACCESSO

Indice TDA (Tempi d'attesa): ● ROSSO < 50% ● GIALLO ≥50% <90% ● VERDE ≥ 90%

ELENCO PRESTAZIONI	dal 03/12/2018 al 09/12/2018	dal 26/11/2018 al 02/12/2018	dal 19/11/2018 al 25/11/2018
ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI	46,2 %	90,9 %	71,4 %
ECOCOLORDOPPLER DEI VASI PER FERICI	37,5 %	90,9 %	100,0 %
ECOGRAFIA ADDOME	73,1 %	91,7 %	86,2 %
ECOGRAFIA MAMMELLA	83,3 %	100,0 %	94,7 %
COLONSCOPIA	91,3 %	97,3 %	91,7 %
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	0,0 %	100,0 %	100,0 %
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	78,6 %	100,0 %	83,9 %
ELETTROCARDIOGRAMMA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ELETTROCARDIOGRAMMA DI NAMI CO (HOLTER)	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	100,0 %	100,0 %	100,0 %
AUDIOMETRIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
SPIROMETRIA			100,0 %
ELETTROMIOGRAFIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %

B.1.2 Controllo e monitoraggio dell'attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.)

Questa Azienda, al fine rispondere compiutamente alle richieste dell'utenza che intenda far ricorso all'istituto dell'attività libero professionale a pagamento 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).

Tale Regolamento è in via di ridefinizione al fine di adeguarlo in maniera più puntuale alle mutate esigenze dell'Azienda rispetto al momento della sua adozione, volte a rispecchiare il nuovo quadro del fabbisogno di salute espresso dalla popolazione di riferimento nonché l'evoluzione del rapporto tra l'Azienda e i suoi professionisti, nel rispetto dei riferimenti normativi e dei confronti con le organizzazioni professionali.

Il nuovo Regolamento di cui l'Azienda si intende dotare dovrà assicurare, in maniera ancora più puntuale, 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.
Dovrà essere garantito, altresì:

- il diritto dell'esercizio della libera professione e la valorizzare del ruolo e delle opportunità professionali della dirigenza, medica, veterinaria e sanitaria;
- il periodico monitoraggio del 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;
- 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;
- 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;
- il completo ristoro dei costi diretti ed indiretti sostenuti dall'azienda per l'erogazione dell'A.L.P.I., individuati attraverso la tenuta di una contabilità separata che tenga conto dei corretti criteri di imputazione dei costi indiretti ;
- il rafforzamento della 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.

B.2 Orientamento del cittadino e personalizzazione della cura

B.2.1 Il modello di funzionamento dei Punti Unici di Accesso (PUA), UVMD e Piani Assistenziali Individualizzati

Le principali funzioni del PUA sono l'accoglienza e l'ascolto, la raccolta della segnalazione l'orientamento e la gestione della domanda, la prevalutazione dei casi segnalati, la risoluzione diretta dei casi semplici e l'avvio della presa in carico dei bisogni complessi tramite l'attivazione della funzione di Valutazione Multidimensionale e integrazione con i servizi della rete territoriale.

Il PUA si articola in due livelli: il front office e il back office.

La funzione di *front office*, interfaccia diretta del cittadino, si declina nelle attività di:

- orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse nel rispetto dell'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;
- agevolare l'accesso unitario alle prestazioni, favorendo l'integrazione tra i servizi
- sociali e quelli sanitari.

La funzione di *back office*, intesa come confronto multidisciplinare e lavoro d'équipe tra i professionisti, si declina nelle attività di:

- avviare la presa in carico, mediante una prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati;
- segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e della "presa in carico integrata della persona e della costruzione del Budget di Salute (art.53 L.R.11/16)" attraverso l'Unità Valutativa Multidisciplinare;
- verificare e monitorare i percorsi attivati e le procedure operative in atto; segnalare eventuali criticità nelle prassi operative al fine di un loro miglioramento in funzione della persona e dei suoi bisogni;
- la tenuta dei registri dei PAI (Piani Assistenziali Individualizzati) come previsto dalla normativa regionale relativamente alla "*Presa in carico integrata della persona e budget di salute*".

Successivamente all'accoglienza e alla preavalutazione realizzate presso il PUA, nel caso di bisogni complessi che richiedono prestazioni socio sanitarie integrate, si procede alla Valutazione multidimensionale. Tale valutazione è un processo dinamico che definisce la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale, razionale/ambientale e rappresenta il presupposto per la definizione del progetto personale secondo il budget di salute.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie.

Nella elaborazione di un progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individualizzato - PAI), viene individuata la migliore soluzione possibile per la persona, anche in relazione alle risorse disponibili ed attivabili, e viene garantito quanto previsto dai LEA.

Il PAI rappresenta una modalità operativa attraverso la quale si realizzano la valutazione multidimensionale e la continuità assistenziale per l'insieme degli utenti che necessitano di servizi integrati, restituendo una strategia assistenziale fondata sulla multiprofessionalità e sulla multidisciplinarietà.

L'Azienda nella programmazione strategica, al fine di assicurare un'ideonea 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' équipe 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, pubblico o privato accreditato);
- prevenire gli accessi inappropriati di istituzionalizzazione;

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 cogestiti 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 modulandoli sui 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 prerequisiti 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 nel prossimo triennio, 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".

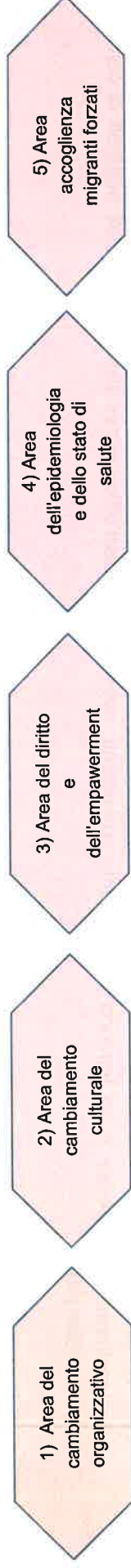
B.2.2 Azioni per un'Azienda sanitaria *migrant friendly* e culturalmente competente

Dal 2014 gli immigrati presenti in Italia superano i 5 milioni e l'Istat ha previsto che, tra il 2011 e il 2065, 18 milioni di nuovi ingressi potrebbero mantenere inalterato il livello della popolazione a fronte del declino degli italiani. Uno scenario in cui gli stranieri arriverebbero a incidere per un terzo sulla popolazione totale (attualmente l'incidenza è dell'8,3%); in provincia di Viterbo l'incidenza è del 9,4% di cui il 54,4% è costituito da donne. La comunità più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 23,2% , seguita dall'Albania (8,9%) e dal Marocco (8,3%). L'incidenza sul totale delle nascite registrate nell'intera provincia, 14,6%, evidenzia il continuo aumento del gruppo delle seconde generazioni. La piramide demografica della cittadinanza straniera evidenzia caratteristiche inverse a quelle della popolazione viterbese, descrive infatti una popolazione più giovane soprattutto in età riproduttiva. A fronte di un non significativo aumento dei residenti stranieri si evidenzia che un numero crescente di cittadini stranieri residenti ha acquisito la cittadinanza italiana; questo evidenzia una tendenza alla stabilizzazione nel nostro territorio

Da luglio 2016 sono circa 2200 i richiedenti asilo arrivati nel territorio viterbese, di cui circa 1600 uomini, 370 donne e 235 bambini. Dagli screening effettuati risultano all'arrivo principalmente in buona salute; è necessario stabilire una modalità di collaborazione con tutti gli attori coinvolti per approfondire le tematiche della salute, nel tempo, in un'ottica preventiva, proattiva e di medicina di genere. Il progetto aziendale "Sfida ed opportunità per un'azienda culturalmente competente" si è sviluppato negli anni 2017 e 2018, a seguito di un impegno nell'ambito della salute della popolazione migrante iniziata nel 2004 e mai interrotta; l'obiettivo nuovo e strategico è quello di mettere in atto iniziative volte a favorire la comunicazione , l'accesso ai servizi e la partecipazione da parte di tutti i cittadini, in particolar modo da parte di coloro che sono in condizione di fragilità e vulnerabilità. Si intende proseguire il lavoro svolto con strumenti di valutazione della qualità condivisi nella rete internazionale Health Promoting Hospital and Health Services, orientando le azioni nell'ambito della prevenzione e promozione della salute nelle aree della salute sessuale e riproduttiva, infettivologica e della salute mentale nei disturbi post traumatici. La progettazione e realizzazione degli interventi sarà sviluppata in chiave partecipata con le organizzazioni di volontariato e i rappresentanti dei cittadini e con gli operatori interessati sia sanitari che sociali in integrazione con i Comuni.

La progettualità si articola nelle aree:

La progettualità si articola nelle aree di intervento:



- 1) Area del cambiamento organizzativo**, nella quale, all'interno della rete internazionale HPH, si sviluppano azioni per promuovere negli ospedali e nei servizi sanitari e sociosanitari territoriali un sistema partecipativo con il coinvolgimento attivo dei pazienti, dei rappresentanti degli utenti, delle associazioni di volontariato e dei servizi. E' prevista la valutazione della qualità in un'ottica di equità all'accesso in sinergia con il tavolo "partecipare in sanità", con strumenti standardizzati
- 2) Area del cambiamento culturale**, nella quale si dà prosecuzione alle attività di formazione del personale, sviluppate in collaborazione con i mediatori culturali, le associazioni di volontariato e con i Comuni. Si dà inoltre continuità al servizio aziendale di mediazione culturale, di interpretariato anche telefonico e traduzioni. Si prevede una specializzazione di alcuni mediatori in alcune aree di vulnerabilità come ad esempio quella dei minori stranieri non accompagnati. In una visione di mediazione di sistema si dà prosecuzione agli interventi di informazione rivolti al cittadino in chiave plurilingue e facilitante per l'accesso ai servizi.
- 3) Area del diritto e dell'empowerment**, in cui si affrontano le tematiche relative all'accesso ai servizi con azioni concordate e mediate dalle associazioni e dai mediatori culturali svolte nei luoghi di vita delle persone immigrate
- 4) Area dell'epidemiologia e dello stato di salute**, in cui si approfondiscono gli elementi emersi dalla prima elaborazione dei profili di salute al fine di orientare l'offerta dei servizi
- 5) Area dell'accoglienza alle persone rifugiate e richiedenti asilo**, in cui si maturano momenti di incontro, di informazione e di collaborazione con i centri di accoglienza volti alla presa in carico di particolari situazioni di fragilità.

B.2.3 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. È 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. È 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.

È 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 2019 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 .

B.2.3.1 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.

È 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 2019 l’Azienda intende rafforzare i progetti in rete attivati con i tavoli del volontariato, in sinergia con le altre istituzioni presenti sul territorio. Tra questi il progetto Assistenza e pluralismo culturale e religioso nelle strutture sanitarie, implementato insieme ai tavoli «Sociale e cittadini stranieri» e «Vita in ospedale» e al Cesv lazio, e il progetto Incontro Terza età, organizzato con il tavolo Geriatrico e malattie croniche e il Comune di Viterbo.

B.3 L'Integrazione socio sanitaria

La Asl Viterbo, in coerenza con la Deliberazione della Giunta regionale n. 149 del 2/3/2018, con deliberazione del Direttore Generale n. 1313/2018 ha approvato un nuovo modello di funzionamento per garantire l'integrazione sociosanitaria omogeneamente rispetto agli altri territori regionali.

Al fine di favorire l'integrazione sociosanitaria con la fruizione da parte dei cittadini di servizi sociali, socio sanitari e sanitari erogati nell'ambito dei Distretti, secondo i principi di equità, trasparenza, appropriatezza e continuità assistenziale, ha firmato un Protocollo d'intesa con i comuni Capofila degli Uffici di Piano presenti sul territorio provinciale per " Integrazione socio sanitaria e Istituzione di un Punto Unico di Accesso" Integrato ASL – COMUNI:

Comune di Nepi, Comune capofila del distretto sociale ex VT5

Comune di Vetralla, Comune capofila del distretto sociale ex VT4

Comune di Montefiascone, Comune capofila del distretto sociale ex VT1

Comune di Viterbo, Comune capofila del distretto sociale ex VT3.

Con la sottoscrizione dei Protocolli di Intesa con i Comuni capofila dei Distretti Socio Sanitari si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo completamente integrato alle molteplici esigenze dell'utenza attraverso una rete in cui ciascun PUA è capace di accogliere qualsiasi tipologia di richiesta: sociale, sanitaria e socio sanitaria.

Il modello organizzativo prevede la creazione di una rete in cui, a fianco a una sede distrettuale principale (unica deputata a svolgere funzioni di back office), sono presenti le sedi decentrate e di prossimità, con funzioni di front office, situati presso i Servizi Sociali dei Comuni e i servizi territoriali connessi con il PUA principale (modello Hub & Spoke).

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 2018- 2020.

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.

A partire dal 2016 l'Azienda ha messo in atto azioni finalizzate a costruire informazioni trasparenti e complete sui servizi e sulle procedure, attraverso l'aggiornamento costante del sito web aziendale, fornendo le notizie essenziali sull'andamento dell'Azienda, sia in termini clinici che organizzativi.

Con la realizzazione di documenti programmatici sintetici, ma efficaci, l'Azienda ha reso facilmente comprensibile lo stato di raggiungimento degli obiettivi della propria *Mission* e 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, continuerà a permettere 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.

C.1 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.

Le azioni intraprese nell'ultimo triennio riguardano:

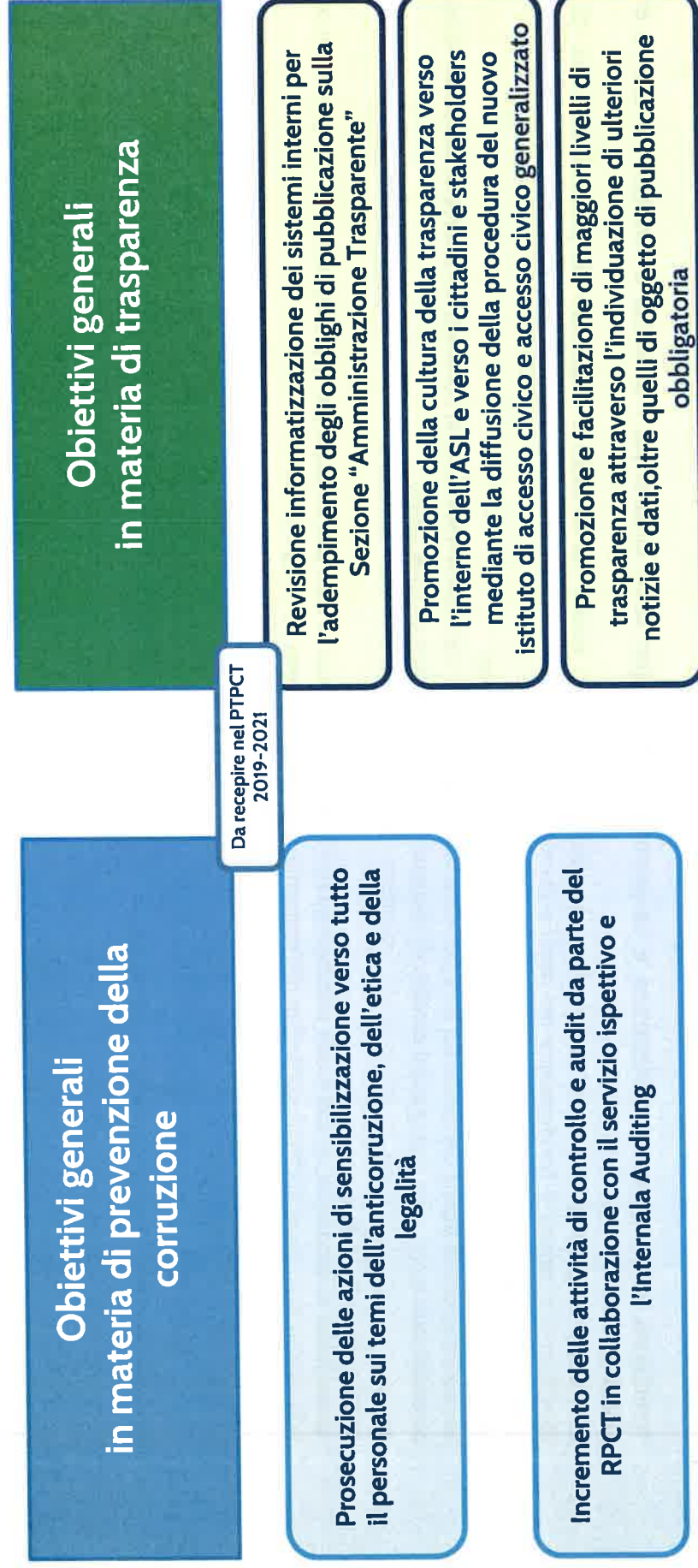
- la nomina iniziale di un Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed un Responsabile per la Trasparenza amministrativa. Nel corso dell'anno 2017 si è proceduto alla nomina del RPCT identificato in un'unica figura;
- la corretta e puntuale stesura del PTPC e del PTTI, divenuto poi nel 2018 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza redatto sulla base dei contenuti e indicazioni dell'ANAC anche in materia di sanità;
- la mappatura dei processi ,valutazione e trattamento del rischio per le aree tecnico-amministrative;
- un'ulteriore mappatura per l'area sanitaria sulla base delle indicazioni ANAC;
- la formazione specifica del RPCT;
- l'individuazione, con atto formale, dei Referenti e loro formazione continua;
- la predisposizione e diffusione dei seguenti regolamenti e procedure:
 - Aggiornamento Codice di Comportamento aziendale (Delibera n. 33/2018);
 - Regolamento Accesso Civico e Accesso Civico Generalizzato (Delibera n. 513/2018);
 - Procedura Whistleblowing;
- l'attivazione e gestione dei controlli previsti dal Piano Triennale, attraverso audit ed ulteriori controlli semplificati con l'utilizzo di check-list.

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 la rete di supporto del RPCT, attraverso flussi informativi strutturati,
- sensibilizzazione di tutto il personale sui temi dell'etica e della legalità, con particolare riferimento ai contenuti del Codice di comportamento aziendale con focus sulla gestione del conflitto di interessi mediante la stesura di linee guida;
- gestione del whistleblowing, in relazione alla procedura adottata dalla ASL con del. n. 390/2018, sulla base delle recenti novità normative intervenute in materia
- 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.

C.1.1 Obiettivi strategici generali 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:



C.1.2 Obiettivi strategici specifici 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 specifici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza quelli di seguito rappresentati:

Obiettivi in materia di prevenzione della corruzione

Incremento delle attività di controllo e audit da parte del RPCT in collaborazione con il servizio ispettivo e l'Internal Auditing

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. PREDISPOSIZIONE DEL PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI CON METODO CAMPIONARIO, CON UN INCREMENTO DEGLI STESSI DEL 40%

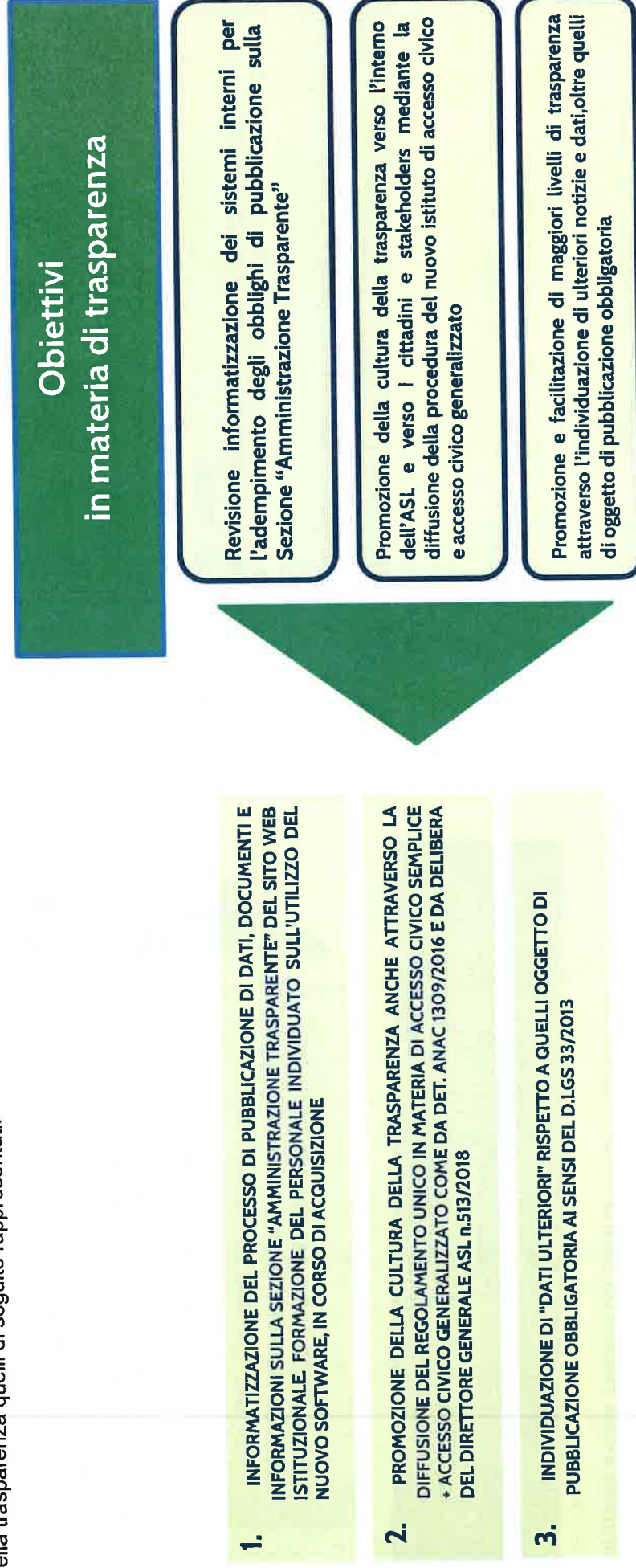
2. PREDISPOSIZIONE DI LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI

3. FORMAZIONE OBBLIGATORIA SUI TEMI DELL'ETICA E DELLA LEGALITA' ESTESA A TUTTO IL PERSONALE MEDIANTE FAD (E-LEARNING)

4. APPROFONDIMENTO DELLA METODOLOGIA DI ANALISI DEL RISCHIO

C.1.3 Obiettivi strategici specifici in materia di 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:



C.2 Azioni per la rendicontabilità dell'attività economica e delle risorse

Nel triennio 2016/2018 il risultato economico d'esercizio ha mostrato un trend in costante miglioramento, passando da valori negativi registrati fino al 2013 al pareggio di bilancio nel periodo in esame.

Tale importante risultato, che ha consentito di raggiungere l'auspicato equilibrio economico-finanziario e di conseguire gli obiettivi regionali pianificati per il riequilibrio del bilancio aziendale, è stato la sintesi di un'intensa attività volta a conciliare il consolidamento del percorso di innovazione e di miglioramento nei servizi sanitari offerti con una potenziata attività di razionalizzazione delle risorse economiche da utilizzare.

Il risultato è il frutto dell'impegno costante e dell'applicazione delle seguenti azioni:

- analisi del fabbisogno nella fase relativa alla programmazione della procedura di gara, sia essa svolta in forma aggregata che in forma autonoma;
- corretta gestione delle scorte di magazzino e attenta pianificazione dei fabbisogni;
- assegnazione di budget economici agli ordinatori di spesa e monitoraggio periodico del rispetto dei budget assegnati;
- adesione a procedure di acquisto previste da convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento, ai sensi dell' art. 1 c. 449 L.296/2006.

Il triennio 2016-2018 è caratterizzato dall'adozione, attuazione e implementazione dei Piani Attuativi di Certificabilità dei Bilanci (PAC).

Con il Decreto del Commissario ad Acta U00292 del 2 luglio 2013 la Regione Lazio ha adottato i Percorsi Attuativi della Certificabilità, successivamente aggiornato con DCA U00311 del 11 ottobre 2016, a seguito del processo di riorganizzazione di alcune Aziende Sanitarie del Lazio, avviando inoltre il progetto regionale di assistenza contabile finalizzato all'attuazione del PAC (Progetto SANPAC).

Per tale motivo, questa Azienda alla fine del 2016 ha aderito alla gara regionale per adeguare le procedure amministrative contabili rendendole conformi ai requisiti necessari all'ottenimento della certificabilità di Bilancio.

Questo percorso ha condotto finora all'approvazione delle seguenti procedure, nel corso del biennio appena trascorso:

- Procedura amministrativa contabile disponibilità liquide;
- Procedura amministrativa contabile ciclo del personale;
- Prima revisione della revisione della procedura amministrativa contabile del ciclo passivo;
- Procedura amministrativa contabile rimanenze (in anticipo rispetto ai tempi stabiliti dal cronoprogramma);

- Integrazione alla procedura amministrativo contabile del ciclo passivo;
- Procedura amministrativo contabile del patrimonio netto.
- Procedura Amministrativo-Contabile Rimanenze (E01/2017) anticipandola rispetto alla scadenza prevista nel cronoprogramma
- Integrazione della "Procedura Amministrativo-Contabile del Ciclo Passivo relativamente alla gestione delle prestazioni da privato accreditato e delle eventuali richieste di rimborso a seguito dei controlli esterni effettuati.

Per le procedure relative al Ciclo Attivo, Tesoreria e Ciclo Passivo sono stati effettuati e inviati in Regione Lazio i controlli interni previsti, consentendo di ottenere il pieno raggiungimento degli obiettivi prefissati, verificando l'effettiva operatività dei controlli delle procedure aziendali. Con nota regionale del 19 marzo 2018 è stato comunicato il conseguimento del 93% dell'obiettivo assegnato al monitoraggio del periodo.

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.

Contestualmente un'attenta ricognizione sta interessando anche i fondi rischia qualsiasi titolo iscritti in Bilancio

A tal proposito la Regione Lazio ha emanato il DCA "Integrazione del Piano di lavoro biennale per le azioni di sostanza nell'ambito Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) – focus sulle aree che hanno maggiore impatto sulla quantificazione del Fondo di Dotazione a livello consolidato.

Tutti gli indicatori mostrano un evidente miglioramento nel triennio in esame:

- l'indice di tempestività dei pagamenti ha mostrato nel triennio 2016-2018 passa da un intervallo id pagamenti anno 2016 di quasi 70 gg, al 37,5 del 2017 fino all'attuale 22 giorni;
- i tempi di liquidazione delle fatture passano dai 200 giorni circa del 2016 agli attuali 16,03 giorni (rilevazione settembre 2018);
- il valore dell'esposizione debitoria relativa ai fornitori aderenti al Sistema Pagamenti regionale si è fortemente contratto passando dai circa 20 milioni di euro del 2015 agli attuali 318.000 euro registrati alla rilevazione di settembre 2018;

Rispetto alla ricognizione della consistenza del credito, grazie all'intensificazione dell'attività di analisi delle partite ancora iscritte in Bilancio, si è ottenuto un importante recupero in termini finanziari di posizioni creditorie quiescenti da tempo.

In linea con le prescrizioni dei PAC, l'Azienda dovrà procedere nel 2019 alla completa circolarizzazione di tutte le partite debitorie e creditorie aperte iscritte in Bilancio al fine di coniugarla con la cancellazione delle partite prescritte, inesistenti e insussistenti che condurranno alla ridefinizione del fondo di dotazione.

Contestualmente un'attenta ricognizione sta interessando anche i fondi rischia qualsiasi titolo iscritti in Bilancio

A tal proposito la Regione Lazio ha emanato il DCA "integrazione del DCA 69/2018 - Aggiornamento del Piano di lavoro biennale per le azioni di sostanza nell'ambito Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) – focus sulle aree che hanno maggiore impatto sulla quantificazione del Fondo di Dotazione a livello consolidato.

Nell'ambito dei processi di efficientamento dei controlli, sono iniziate nel 2017, e proseguite nel 2018 delle periodiche verifiche a campione presso i magazzini aziendali al fine di verificare la corretta gestione delle scorte, con particolare attenzione ai materiali in conto deposito. Tutto ciò ha permesso una corretta identificazione delle risorse economiche presenti in azienda e quindi una più puntuale valutazione dei fabbisogni e programmazione degli acquisti. Al fine del migliore utilizzo di tutte le risorse presenti in Azienda, è stato avviato il processo di inventariazione e ricognizione di tutto il patrimonio mobiliare presente nelle diverse sedi dell'Asl di Viterbo. Tali attività, oltre a costituire un adempimento di natura obbligatoria per le Aziende, consente un doveroso recupero di efficienza e l'ottimizzazione dei processi.

Inoltre, sul lato del miglior utilizzo delle risorse umane, anche le procedure proprie dell'area economico finanziaria saranno coinvolte in una "rivoluzione" delle prassi applicative e gestionali caratterizzata dal passaggio al nuovo modulo amministrativo contabile che determinerà l'allineamento con le *best practises* delle migliori aziende del perimetro regionale.

A partire dal 2016 è stato attuato il rafforzamento delle politiche dei controlli 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.

All'interno delle politiche di accountability, si inserisce il forte impulso dato nell'ultimo triennio ai controlli sui contratti in essere che rappresenta uno degli elementi portanti di una buona "governance" e strumento essenziale per il perseguimento degli obiettivi di governo della spesa sanitaria.

A tale proposito è stato innanzitutto attribuito alla figura del Direttore Esecutivo di Contratto, prevista dalle Linee Guida n. 3 ANAC del 2016, il duplice ruolo di controllo e di verifica nella misurazione dell'efficienza del servizio. Con deliberazione del Direttore Generale n. 1448 del 14/8/2017 è stato delineato un sistema di controllo dei contratti per la fornitura di beni e servizi ed è stata definita la nuova procedura di monitoraggio e controllo per gli appalti dei servizi di lavanolo, pulizia, ristorazione e mensa, rifiuti speciali pericolosi e non, fornitura a noleggio dei sistemi di antidecubito e servizio di sterilizzazione con noleggio di strumentario chirurgico. Dal 2017 è 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.

È stata definita una nuova procedura per la programmazione delle gare e istituita una apposita scheda d'approfondimento per ciascun appalto con stima degli impatti economici, organizzativi e gestionali

È stato attivato un sistema di monitoraggio per singolo contratto per creare nuovo "databased" per il controllo dei CIG e creato un sistema di monitoraggio per la verifica dell'impatto economico delle gare e dei contratti sul bilancio aziendale al fine di garantire il rispetto del budget concordato.

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;
- analisi dell'andamento della spesa farmaceutica;
- implementazione sistemi di accountability, condividendo i valori rendicontabili con il Tavolo Permanente del Volontariato, Partecipare in Sanità.

L'implementazione delle azioni di controllo hanno contribuito al raggiungimento dell'obiettivo strategico del conseguimento del pareggio di Bilancio nel periodo in esame.

D Politiche per un'appropriata gestione delle risorse

D.1 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'informaticizzazione 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.

D.2 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.

D.3 Azioni di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse: protocollo informatizzato "carta zero".

A partire dal 2018 la ASL di Viterbo ha avviato il progetto "carta zero" per la 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 del 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.

E.1 Efficietamento del sistema attraverso la costruzione di azioni e procedure di verifica dell'appropriatezza e di controllo

Nel corso dell'ultimo triennio sono state omogeneizzate le 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. E' 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. In adempimento ai DCA n. U00308 e n. U00535 del 2015 è 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 ha sostituito 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.

Attraverso i servizi aziendali preposti è stata verificata la coerenza ai 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. Relativamente al tema dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, la ASL di Viterbo ha 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.

E.1.1 L'appropriatezza

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 nel corso degli ultimi tre anni 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.

permettendo il raggiungimento di risultati, in termine di esito, ben al di sopra della media regionale

E.1.2 L'Unità Farmaci Antiblastici (UFA)

Seguendo gli opportuni indirizzi ministeriali l'Azienda ha investito le proprie risorse nella nuova Unità di Farmaci Antiblastici: una struttura centralizzata, isolata, chiusa, protetta e isolata, in grado di gestire in maniera multidisciplinare ed integrata tutte le attività connesse alla manipolazione dei farmaci, garantendo al malato oncologico un prodotto sicuro, efficace, chimicamente stabile.

L'U.F.A. sarà a tutti gli effetti una vera Officina di Produzione di Galenica Magistrale Sterile che, regolamentata dalle Norme di Buona Preparazione (NBP), potrà fornire farmaci antineoplastici.

L'unità garantirà tutti gli standard tecnologici e di qualità previsti dalle Linee Guida Nazionali ed Internazionali incluse quelle redatte dall'area di Galenica Oncologica della Società Scientifica SIFO.

I farmaci oncologici per uso parenterale sono sacche magistrali sterili citostatiche allestite a dosi personalizzate e per questo una realizzazione centralizzata di questa attività, oltre a favorire l'attivazione di percorsi di clinical governance e la razionalizzazione delle figure professionali dedicate in tale ambito, garantirà, grazie a una produzione in ambiente sterile, una drastica diminuzione di residui di scarto di Farmaco ad alto costo nel rispetto dell'appropriatezza d'uso dei beni sanitari e di governance delle risorse del SSR.

L'Azienda ha approvato il regolamento Unità Farmaci Antiblastici (UFA) con deliberazione 1987 del 5/11/2018 e con essa il protocollo di manipolazione antiblastici, il protocollo di prevenzione e trattamento degli stravasi dei farmaci antiblastici e il modello di prescrizione unificato.

Per la ASL di Viterbo questo progetto ha un ruolo centrale, finalizzato alla sicurezza, all'efficacia e alla qualità dell'assistenza farmacologica erogata in ambito oncologico, grazie anche ad un approccio multidisciplinare di professionisti che vede coinvolti il medico oncologo, il farmacista, l'infermiere ed i tecnici di laboratorio, a garanzia dell'intero processo.

E.1.3 Il Manuale dei Controlli

La sfida per il 2019 è quella rappresentata dalla capacità di trasportare i principi del controllo e dell'appropriatezza dall'area clinica ed economico finanziaria a tutte le funzioni amministrative coinvolte nel risultato d'Azienda. Nel 2019 si procederà con l'istituzione di un Manuale dei controlli, quale strumento organico di controllo della legalità e della completezza dell'azione amministrativa.

Si tratta di costruire un sistema strutturato dedicato alla verifica e al controllo che coinvolgerà aree aziendali nelle quali si opera per la revisione dei processi e per la prevenzione degli errori, dove il controllo esercitato attraverso l'azione amministrativa garantirà legalità ed etica, appropriatezza, efficacia ed economicità.

Il sistema è strettamente collegamento con il sistema di mappatura dei processi di prevenzione della corruzione e di garanzia della trasparenza nell'azione amministrativa (vedi par. C1).
Saranno riviste tutte le procedure ed i regolamenti in essere, adeguandoli alla normativa vigente e alle esigenze di un'organizzazione "viva" ed in continuo cambiamento.

La revisione delle procedure e la istituzione del manuale si pone i seguenti obiettivi:

- 1) diffondere la cultura del controllo;
- 2) coinvolgere tutti gli operatori interessati alle procedure, impegnati nella revisione dei processi e nella condivisione delle modifiche utili a superare le criticità che verranno rilevate;
- 3) integrare le aree interessate, sia Amministrativa che Sanitaria, nella logica di unicità dei principali processi aziendali;
- 4) attribuire la responsabilità dei controlli in base all'assetto delle responsabilità nell'articolazione interna di ciascuna struttura, evitando di considerare legittimato al controllo sempre e solo il Dirigente della struttura;
- 5) individuare la rete dei coordinatori facilitatori per l'attuazione del manuale dei controlli;
- 6) integrare il manuale con l'attività già svolta in ambito prevenzione alla corruzione e di privacy (DPO);
- 7) individuare un sistema che renda espliciti i controlli effettuati dando evidenza dei risultati.

Tale percorso ha l'ambizione di portare ad una rielaborazione dei processi dando concretezza all'azione amministrativa. Un esempio di applicazione della nuova metodologia è quello praticato per la gestione di alcuni contratti di fornitura di servizi (fornitura a domicilio dei pazienti, rispetto dei tetti di spesa, controllo sul ricevimento delle prestazioni, ecc.).

E.2 Il Piano degli investimenti per l'innovazione tecnologica e informatica

E.2.1 Il Piano degli investimenti tecnologici

L'innovazione tecnologica è stato uno degli strumenti essenziali per realizzare la riorganizzazione dell'Azienda nel perseguimento degli obiettivi delineati negli atti di programmazione della Direzione Strategica. La riprogettazione delle tecnologie, definita nel triennio 2016-2018 è stata funzionale alla realizzazione della nuova architettura aziendale incentrata sulle Reti ed i Percorsi che consentono un'erogazione dell'offerta coerente con i fabbisogni rilevati dai Profili di Salute, con la tipologia demografica e coerenti al bacino di utenza.

Gli investimenti tecnologici hanno fornito una risposta adeguata alle garanzie degli standard di sicurezza e di qualità delle prestazioni erogate.

In particolare:

- sostituzione dei letti della degenza, con prodotti in linea con i più innovativi standard ergonomici;
- rinnovo delle apparecchiature elettromedicali quali defibrillatori, colonne artroscopiche per l'ortopedia, emodialisi;
- rinnovo della centrale e monitoraggio multiparametrico dell'UTIC;
- sistema hardware e software per l'archivio e la trasmissione delle immagini radiologiche;
- sistema di controllo e tracciabilità del sangue;

Parallelamente alla fase di acquisizione delle tecnologie sopra richiamate, è stata portata avanti la fase di programmazione e progettazione per l'attuazione degli interventi del triennio successivo.

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 2019 tiene infatti conto delle scelte aziendali, che hanno portato tra l'altro alla realizzazione di due sale operatorie ad alta integrazione tecnologica, attrezzate con prodotti di ultima generazione, che verranno attivate nel mese di gennaio.

All'interno di questo nuovo Blocco Operatorio entrerà pienamente a regime l'attività neurochirurgica anche a seguito delle nuove acquisizioni tecnologiche che verranno ultimate nell'anno 2019 come il Sistema di neuronavigazione chirurgico che, abbinato al sistema di monitoraggio intraoperatorio, permetterà di incrementare gli interventi cerebrali compresa anche la stimolazione cerebrale profonda.

Rientrano tra i prossimi acquisti anche il microscopio operatorio di ultimissima tecnologia per neurochirurgia e quello per Otorinolaringoiatria.

A queste tecnologie verrà affiancato il nuovo sistema per chirurgia mininvasiva di tecnologia 4K, in fase di collaudo che permetterà l'esecuzione di interventi neurochirurgici e otorinolaringoiatrici avendo a disposizione immagini ad altissima risoluzione.

Sempre a livello chirurgico entreranno in esercizio nell'anno 2019 due nuovi sistemi per chirurgia mininvasiva con tecnologia 3D che permetteranno ai chirurghi una visione del distretto anatomico sempre più realistica.

L'ammodernamento tecnologico è inoltre funzionale ai PDTA chirurgici e alla riduzione degli errori.

Nel corso del prossimo anno verrà attivata la procedura di gara del tipo «chiavi in mano» per l'acquisizione della PET con realizzazione dei relativi lavori di allestimento dei locali individuati.

L'installazione della PET permetterà all'Azienda Asl di Viterbo di dotarsi di un reparto di Medicina Nucleare che potrà erogare ogni tipo di prestazione diagnostica riducendo in tal modo le «fughe» verso Servizi extra Regionali.

L'Azienda ASL di Viterbo ha in programma anche di investire nel Reparto di Radioterapia prevedendo l'acquisizione di un nuovo Acceleratore Lineare dotato di tecnologia IMRT e di un nuovo sistema software per la stesura dei Piani di trattamento. 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.

All'inizio dell'anno 2019 entrerà pienamente in esercizio il nuovo sistema di monitoraggio multiparametrico con relativa centrale per n. 12 PPLL del Reparto di Terapia Intensiva del P.O. di Belcolle che verrà integrato anche con quattro nuovi ventilatori polmonari di ultima tecnologia.

È intenzione dell'Azienda investire anche nel rinnovo del sistema di monitoraggio in telemetria per il Reparto di Cardiologia del P.O. di Belcolle acquisendo sia nuove telemetrie cardiologiche che una nuova centrale di monitoraggio.

Nel corso del 2019 sono previste le sostituzioni con aggiornamento tecnologico delle apparecchiature funzionali al potenziamento delle attività di screening (senologico, del colon e del collo dell'utero); in particolare verranno acquisiti due nuovi mammografi digitali dotati di tomosintesi da destinare alla Diagnostica Senologica di Montefiascone ed alla Diagnostica per Immagini di Belcolle. Inoltre saranno acquistati videocolonscopi di nuova generazione per l'endoscopia digestiva ed un nuovo colposcopio per le indagini di secondo livello dello screening. La gara aggregata per l'acquisizione delle suddette apparecchiature è in corso di espletamento da parte dell'Azienda capofila (RM6).

Oltre agli investimenti sopra descritti, 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.

E.2.2 Il Piano di sviluppo dei sistemi informatici

I principali interventi realizzati nel triennio 2016-2018 nell'ambito dell'innovazione tecnologica e dei sistemi informatici:

- Riqualficazione della spesa e dei contratti riferibili alla struttura mediante Convenzioni CONSIP, in accordo con le indicazioni del Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica amministrazione 2017-2019;
- **Potenziamento delle rete dati:** raddoppio della capacità di banda delle linee in rame sulle sedi territoriali per traffico dati e voce, nonché il cablaggio in fibra ottica a 140 Mbps (banda ultra-larga) per le sedi ospedaliere e servizi radiologici. Con particolare riferimento alle connettività in fibra ottica, 100 Mbps di banda sono stati dedicati ai servizi radiologici aziendali, consentendo uno scambio più veloce di immagini e referti tra tutte le sedi coinvolte (Belcolle, Civita Castellana, Acquapendente, Tarquinia, Ronciglione e Orte);
- **Aggiornamento e potenziamento dell'infrastruttura IT:** sono stati acquisiti 170 PC, 100 Monitor e 100 stampanti personali, distribuiti ai vari servizi aziendali, sia di area amministrativa sia di area sanitaria. Sono stati, inoltre, potenziati i sistemi Server e HW del CED per adeguare la capacità di elaborazione ai nuovi progetti;
- **Gestione immagini per la diagnostica:**
 - realizzazione del nuovo sistema RIS/PACS per la gestione della diagnostica per immagini: un sistema informatico di ultima generazione che gestisce esami fondamentali, come la TC e la risonanza magnetica, fornendo ai professionisti una migliore qualità delle immagini, fino ad arrivare ad avanzate e sofisticate ricostruzioni in 3D;
 - sempre nell'ambito della diagnostica per immagini, si è provveduto alla realizzazione del Nuovo sistema per l'informatizzazione delle immagini diagnostiche non radiologiche (c.d. MACS), per l'archiviazione, la trasmissione e la visualizzazione di tutte le immagini diagnostiche generate nell'ambito di specialità non afferiscono al PACS, quali, ad esempio, la citogenetica, la gastroenterologia e la cardiologia;
- **Percorsa Nascita:** è stata realizzata la piattaforma tecnologica denominata "Percorso Nascita 4.0", che ha consentito l'informatizzazione dell'intero percorso nascita, con l'obiettivo di renderlo più prossimo ai bisogni di salute della donna e più interattivo all'utenza. La Piattaforma si sostanzia in una Cartella clinica elettronica condivisa tra gli operatori del territorio e quelli ospedalieri, nonché con le gestanti per il monitoraggio a distanza dei dati clinici;
- **Cartella clinica di cronicità (progetto COC):** è stata realizzata la cartella clinica informatizzata ambulatoriale a supporto dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici per le cronicità Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco. La cartella clinica informatizzata ha l'obiettivo di migliorare l'interscambio delle informazioni tra tutti gli operatori del PDTA, favorendo una più puntuale presa in carico del paziente cronico. La cartella consente la gestione di centrali di monitoraggio e interscambio dati di telemedicina con i pazienti.

- **Pronto soccorso:**
 - realizzazione del sistema Kosmos In a supporto del controllo dei processi di cura in pronto soccorso, con particolare riferimento ai tempi e alle modalità di richiesta degli esami e delle consulenze all'interno della struttura, nonché per la gestione degli esiti con ricovero in reparto di degenza;
 - realizzazione dell'informatizzazione dei percorsi Fast Track, da pronto soccorso verso i reparti;
 - per il presidio Ospedaliero di Belcolle, realizzazione di una APP (PSOpen) rivolta agli accompagnatori e finalizzata ad attendere, in tempo reale, informazioni sul percorso di cura del paziente accompagnato in pronto soccorso;
- **Anatomia-patologica:** realizzazione del nuovo sistema informativo per il laboratorio di anatomia-patologica, finalizzato all'ammmodernamento degli strumenti tecnologici a disposizione del laboratorio stesso;
- **Servizi regionali ai cittadini:**
 - Punti Territoriali di Accesso per l'attivazione della Tessera Sanitaria e Fascicolo Sanitario elettronico;
 - PagoPA per il pagamento on-line dei ticket delle prestazioni sanitarie.

Il Piano di sviluppo dei sistemi informatici, per il prossimo triennio, rafforzerà gli interventi già posti in essere negli ultimi anni per garantire una sempre maggiore efficacia degli strumenti informatici a supporto degli operatori nei processi di cura e per incrementare la facilità di accesso ai servizi da parte dei cittadini. In particolare, il piano si articolerà sulle seguenti direttrici principali:

- **potenziamento della spesa per la cybersecurity e privacy** (misure organizzative e tecnologiche per la sicurezza extra-perimetrale e intra-perimetrale), con particolare riferimento alla Circolare n. 2/2017 dell'AgID (recante disposizioni minime per la sicurezza ICT per le PA), alla direttiva NIS e agli obblighi derivanti dall'entrata a regime del nuovo Regolamento Europeo sulla Privacy c.d. GDPR);
- **realizzazione di reti wi-fi** a servizio dell'area medico-assistenziale, con particolare riferimento ai presidi ospedalieri;
- **miglioramento del parco tecnologico aziendale** relativo al parco macchine, mirato alla sostituzione progressiva delle postazioni di lavoro obsolete;
- **Messa a regime del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero** (Cartella Clinica, Order Entry e ADT), le cui attività sono in corso di svolgimento dal terzo quadrimestre 2018;

- **Messa a regime del progetto Centrali Operative della Cronicità** su tutti i punti di erogazione previsti dai percorsi;
- **Re-ingegnerizzazione del settore amministrativo-contabile:**
 - nuovo sistema amministrativo-contabile;
 - dematerializzazione con l'implementazione del progetto "carta zero";
- **Logistica "intelligente":** adozioni di armadi "intelligenti", capaci di tracciare l'intero ciclo logistico del farmaco e dei dispositivi;
- **Telemedicina:**
 - messa a regime del progetto regionale ADVICE, per le reti di emergenza e tempo-dipendenti;
 - adozioni di soluzioni di telemedicina per la gestione delle cronicità, in accordo con il progetto COC e il progetto governativo Aree Interne della provincia di Viterbo;
 - adozioni di soluzioni di telemedicina per la gestione delle cronicità, in accordo con il progetto COC e il progetto governativo Aree Interne della provincia di Viterbo;
- **Orientamento al cittadino e Smart Hospital:**
 - attivazione del nuovo sito internet aziendale;
 - realizzazione del progetto Smart Hospital: attivazione di una Piattaforma multicanale integrata (APP, totem multimediali) per l'orientamento e l'erogazione di servizi digitali al cittadino, compresi quelli erogati dall'amministrazione regionale (Servizi CUP di prenotazione, disdetta prestazioni, accoglienza e self check-in (integrazione con ReCUP, Pagamento self-service ticket di varia natura, tramite utilizzo di carte di credito e bancomat, Ritiro referti (con possibilità di stampare e scaricare referti ed immagini su memoria USB tramite l'utilizzo di totem, Governo processo richiesta Cartella Clinica, Pubblicazione e stampa Modulistica, etc.)
- **Piena integrazione tra le componenti dell'ecosistema informativo aziendale:** con l'obiettivo di massimizzare (in accordo con le politiche di privacy e consenso dei cittadini) la **condizione dei dati** di cura dei pazienti tra i vari sistemi informativi aziendali, per raggiungere la piena integrazione ospedale-ospedale e ospedale-territorio.

E.3 Il Piano degli investimenti strutturali: azioni di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture

Nell'ultimo triennio 2015-2018 la Direzione Strategica ha dato un forte impulso all'innovazione tecnologica ed alla riqualificazione delle strutture sanitarie utilizzando sia i fondi messi a disposizione dalla Regione Lazio per la manutenzione straordinaria che quelli provenienti dalla L. 67/1988.

Obiettivo dell'Azienda è stato 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 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 realizzati 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.

Il piano di riqualificazione delle strutture è stato organicamente sviluppato con le seguenti azioni:

Belcolle

- hall e CUP del Presidio: riqualificazione e recupero di un'area precedentemente lasciato in stato di abbandono, dotando l'ospedale di un decoroso ingresso, e creando un punto di riferimento all'interno della struttura ospedaliera;
- rifacimento delle pavimentazioni dei corridoi e delle zone sbarco ascensori del Corpo A1 e A2 del Presidio, anche al fine di garantire la sicurezza dei percorsi per pazienti ed operatori;
- realizzazione dei nuovi locali per i Laboratori della Genetica Medica, recuperando una zona precedentemente sotto utilizzata;
- sostituzione n. 3 ascensori adibiti al pubblico, il cui stato di vetustà pregiudicava il loro corretto funzionamento ed il costante utilizzo da parte di pazienti, operatori e visitatori;
- realizzazione del nuovo centro AIDS, nei locali della ex palazzina C di Belcolle, dotato di ambulatori efficienti e funzionali;

- realizzazione di due sale operatorie ad alta integrazione tecnologica, attrezzate con prodotti di ultima generazione, la cui caratteristica principale è 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;
- sono in corso di ultimazione i lavori di adeguamento dei locali per la preparazione dei farmaci chemioterapici presso la Farmacia del Presidio Ospedaliero di Belcolle, che andranno a dotare l'ospedale di un reparto adeguato al mantenimento degli standard necessari al mantenimento dei LEA;
- sono in corso di ultimazione i lavori di impermeabilizzazione delle terrazze e sostituzione infissi del reparto di radiologia del Presidio Ospedaliero di Belcolle che andranno a riqualificare dal punto di vista del contenimento energetico, sia gli standard di sicurezza nelle zone oggetto dell'intervento.

Sicuramente l'intervento più qualificante, la vera sfida che la Direzione Strategica ha voluto affrontare è quella di consegnare a Viterbo e alla sua Provincia un ospedale provinciale efficiente e capace di dare risposte adeguate ai bisogni di salute. Si tratta dei lavori di completamento del corpo A3 di Belcolle che, finanziati dalla Regione Lazio, sono in corso di realizzazione. Il cantiere di Belcolle, dopo circa 15 anni, è finalmente ripartito nel mese di novembre 2018. Il completamento prevede la demolizione e ricostruzione di tramezzature, l'installazione di impianti meccanici e elettrici e tutte le finiture (infissi rivestimenti, pavimenti, ecc.), la realizzazione di ambulatori e aree degenze, con stanze singole con bagno, sale di attesa ed un nuovo reparto di Ostetricia e Ginecologia.

Il progetto prevede la realizzazione dei Piani:

- Piano 0 - Centrali Tecnologiche, Centrale di Emergenza
- Piano 2 - Poliambulatorio Area Chirurgica;
- Livello 3 - Ostetricia, Blocco Parto TIN;
- Livello 4 - UTIC, Sub UTIC, Cardiologia;
- Livello 5, 7 ed 8 - Degenze Chirurgiche;
- Livello 6 - Piano Mezzanino Centrale Impianti tecnologici;
- Livello 9 - Ematologia;

Con il nuovo Blocco si vanno a realizzare 174 posti letto di degenza di cui 140 posti letto circa di nuova realizzazione.

Il progetto prevede la realizzazione di opere civili ed impiantistiche secondo le ultime norme vigenti, garantendo un elevato standard qualitativo dei servizi ad esso associati. Con il completamento delle degenze inoltre si risolveranno le carenze strutturali che attualmente Belcolle, quale Hub provinciale ha per numero di posti letto.

Il completamento del Blocco A3 comporterà automaticamente il miglioramento di tutti i servizi e la possibilità di reperire nuovi spazi ed aumentare l'offerta assistenziale con il conseguente miglioramento del L.E.A.

Civita Castellana

- realizzazione del nuovo Pronto Soccorso e dei locali adibiti alla TAC, recuperando e riqualificando un'area precedentemente in stato di abbandono;
- è in corso la procedura di gara per la realizzazione della nuova morgue, scale antincendio e completamento impianto rilevazione fumi. Con tale intervento verrà completata la messa a norma, sia dal punti di vista impiantistico e antincendio, di una parte consistente del presidio ospedaliero andando a migliorare in maniera significativa gli standard di sicurezza ed efficienza per pazienti, operatori e visitatori.

Tarquinia

- lavori di ristrutturazione e riqualificazione con interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria (completati 30/06/2016); l'intervento finanziato con fondi Regione Lazio, Direzione Regionale della Protezione Civile ha riguardato il rifacimento totale della copertura dell'edificio storico, originariamente realizzata in cemento amianto. Tale intervento ha portato un notevole miglioramento livello igienico-sanitario e anche in termini di sicurezza all'intero presidio ospedaliero;
- lavori di messa in sicurezza facciate edificio storico dell'Ospedale di Tarquinia (completati 30/07/2016)
Intervento che si è reso necessario in seguito al peggioramento delle condizioni di conservazione delle facciate dell'edificio storico del Presidio Ospedaliero, che si è evidenziato nel distacco esteso di intonaco ammalorato delle facciate e parti di cornicione, creando potenziali condizioni di pericolo e andando a minare la pubblica incolumità;
- lavori di completamento nuovo ingresso Presidio Ospedaliero di Tarquinia (completati 7/10/2016). Questo intervento ha consentito il recupero e la riqualificazione di una parte dell'ospedale inutilizzata, andando a dotare il presidio stesso di un ingresso decoroso e, al contempo, creando una zona di riferimento della struttura ospedaliera;

Verifica di vulnerabilità sismica

Sono stati completati gli studi di vulnerabilità sismica, comprensivi del fabbisogno economico per i presidi ospedalieri di

- Montefiascone;
- Acquapendente;
- Tarquinia;
- Ronciglione;
- Civita Castellana.

Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero di Belcolle lo studio è stato effettuato e trasmesso in Regione insieme al fabbisogno economico per i corpi A1-A2-A3 (che rappresentano circa il 70% della struttura) ed entro la fine del 2018 verrà completata la restante parte dello studio che sarà

successivamente e trasmessa in Regione.

Successivamente alle verifiche di vulnerabilità sismica dei presidi Ospedalieri la ASL nel biennio 2017-2018 ha programmato la verifica di Vulnerabilità nei presidi extra ospedalieri di propria competenza.

In particolare, il nuovo studio attualmente in fase di completamento, interessa le seguenti strutture:

Lotto 1: casa della Salute di Bagnoregio (VT) in v.le Agosti n. 6 e ambulatori in via Francalancia n. 17/A

Lotto 2: Centro Salute di Orte (VT) in via Gramsci n. 66; CIG:

Lotto 3: Verifica degli ambulatori ASL in Vetralla (VT) via Etruria sn e via Cassia Interna n. 10;

Lotto 4: Verifica degli ambulatori ASL in Canino (VT) via Bachelet sn, Tarquinia (VT) via Verento n. 16 e Valentano (VT) via delle Mura Castellane n. 28;

Lotto 5: Verifica della Casa della Salute di Soriano nel Cimino (VT) in via Innocenzo VII e degli ambulatori ASL in Civita Castellana via Ferretti n. 169;

Lotto 6: Verifica della vulnerabilità del Centro di recupero psichiatrico di Viterbo, in Piazza San Lorenzo n. 101 (ex ospedale) e DSM via San Giovanni Decollato n. 4;

Tale studio darà la possibilità di verifica dello stato di salute di dette strutture a fronte del rischio sismico e di programmazione degli interventi con la quantificazione delle somme necessarie, per le quali si procederà alla rispettiva quantificazione e trasmissione alla Regione Lazio per richiesta finanziamento.

Nel prossimo triennio il **P.O. di Belcolle** sarà interessato da numerosi ulteriori interventi di adeguamento e messa a norma secondo quanto riportato nell'elenco che segue:

a) Lavori di compartimentazione strutture ed impianti nonché messa a norma e adeguamento impiantistico - elettrico; (D.M. 37/08 e s.m.i. - D.M. 18/09/2002 e s.m.i.);

In merito a tali lavori si precisa che gli stessi sono relativi a quanto previsto dal D.M. 18/09/2002 e s.m.i., e finalizzati espressamente per la messa in sicurezza antincendio della struttura ospedaliera secondo quanto previsto dal decreto stesso. Tali interventi vanno a soddisfare esigenze finalizzate alla sicurezza dei lavoratori e pazienti che quotidianamente utilizzano il presidio.

I lavori consistono essenzialmente nella realizzazione della rete di rilevazione incendi automatica, oggi solo in minima parte presente all'interno della struttura e alla messa in sicurezza di locali a rischio specifico e verifica requisiti collegamenti orizzontali tra i vari elementi costituenti il P.O.

Con tale intervento si ottiene il miglioramento delle condizioni di sicurezza del presidio e la possibilità di intervento da parte degli operatori specializzati. Intervento che si va ad unire ad una maggiore attività di formazione del personale e attivazione di altri programmi e procedure a livello sempre di gestione della sicurezza.

b) Lavori di realizzazione di nuova rete perinatale all'interno del nuovo Blocco A3. Tali opere sono state finanziate con i fondi di cui all'ex art. 20 III^a fase ex L. 67/88 per un importo complessivo pari ad € 1.000.000,00.

Consistono nella realizzazione del nuovo blocco parto, neonatale e degenza di Ostetricia. Tale progetto comporta la messa a norma del blocco relativo alle degenze del reparto e raggiungimento di tutti i L.E.A. relativi al blocco parto, garantendo tutte le prestazioni secondo quanto previsto dalle più recenti normative di settore.

c) Lavori di messa in sicurezza delle facciate e sostituzione degli infissi dei blocchi A1 e A2 finalizzati sia alla riqualificazione e al contenimento energetico (DLgs 192/2005 e DPR 59/2009) sia al miglioramento degli standard di sicurezza previsti dal Dlgs 81/08.

Tali lavori seguono un'attività di studio ed analisi delle facciate del P.O. di Belcolle relativamente ai Blocchi ex A1 e A2 e cioè quelli che presentano maggiormente si segni del tempo. L'analisi delle facciate ed infissi ha permesso di evidenziare criticità che saranno ora oggetto di uno specifico progetto di riqualificazione.

P.O. di Tarquinia

- 1) Lavori di compartimentazione strutture ed impianti nonché messa a norma e adeguamento impiantistico- elettrico; (D.M. 37/08 e s.m.i. - D.M. 18/09/2002 e s.m.i.)

In merito a tali lavori si precisa che gli stessi sono relativi a quanto previsto dal D.M. 18/09/2002 e s.m.i., e finalizzati espressamente per la messa in sicurezza antincendio della struttura ospedaliera secondo quanto previsto dal decreto stesso. Tali interventi vanno a soddisfare esigenze finalizzate alla sicurezza dei lavoratori e pazienti che quotidianamente utilizzano il presidio.

I lavori consistono essenzialmente nella realizzazione della rete di rilevazione incendi automatica, oggi solo in minima parte presente all'interno della struttura ed alla messa in sicurezza di locali a rischio specifico e verifica requisiti collegamenti orizzontali tra i vari elementi costituenti il P.O.

Con tale intervento si ottiene il miglioramento delle condizioni di sicurezza del presidio e la possibilità di intervento da parte degli operatori specializzati. Intervento che si va ad unire ad una maggiore attività di formazione del personale e attivazione di altri programmi e procedure a livello sempre di gestione della sicurezza.

- 2) Lavori di realizzazione del nuovo Pronto Soccorso e del Nuovo Blocco Operatorio del P.O. di Tarquinia, fondi residui ex art. 20 Il fase.

Attualmente si sta procedendo alla riprogettazione del nuovo pronto soccorso e delle nuove sale operatorie del P.O. in questione.

I fondi finalizzati sono pari ad € 4.150.890,01 a valere sull'ex art. 20 Il Fase L. 67/88. Con tali risorse si vuole portare adeguare il P.O. ai recenti standard in materia di accettazione pazienti ed utilizzo di sale operatorie all'avanguardia.

Con tale operazione, oltre alle conseguenti misure di adeguamento sismico e realizzazione misure di protezione antincendio di tipo attivo e passivo, al piano oggetto di ristrutturazione, si vuole adeguare il P.O. alle più recenti normative in fatto di edilizia ospedaliera, ai fini del miglioramento della stessa struttura ai L.E.A. richiesti dalla normativa regionale.

P.O. di Acquapendente

Lavori di compartimentazione strutture ed impianti nonché messa a norma e adeguamento impiantistico - elettrico; (D.M. 37/08 e s.m.i. - D.M. 18/09/2002 e s.m.i.).

In merito a tali lavori si precisa che gli stessi sono relativi a quanto previsto dal D.M. 18/09/2002 e s.m.i., e finalizzati espressamente per la messa in sicurezza antincendio della struttura ospedaliera secondo quanto previsto dal decreto stesso. Tali interventi vanno a soddisfare esigenze finalizzate alla sicurezza dei lavoratori e pazienti che quotidianamente utilizzano il presidio.

I lavori consistono essenzialmente nella realizzazione della rete di rilevazione incendi automatica, oggi solo in minima parte presente all'interno della struttura e alla messa in sicurezza di locali a rischio specifico e verifica requisiti collegamenti orizzontali tra i vari elementi costituenti il P.O.

Con tale intervento si ottiene il miglioramento delle condizioni di sicurezza del presidio e la possibilità di intervento da parte degli operatori specializzati. Intervento che si va ad unire ad una maggiore attività di formazione del personale e attivazione di altri programmi e procedure a livello sempre di gestione della sicurezza.

P.O. di Civitacastellana

Lavori di adeguamento tecnico e funzionale della aree di radiologia e di parte delle degenze in quanto si rendono necessari degli adeguamenti obbligatori ai fini del D. Lgs. N. 81/08 (fondi finalizzati alla messa in sicurezza del presidio).

Gli interventi di riqualificazione stanno interessando anche le nuove Case della Salute; in particolare:

Casa della Salute di Orte:

nasce dall'esigenza di ulteriori approfondimenti e di analisi territoriali al fine di definire la una migliore presa in carico delle persone affette da patologie croniche e per dare una pronta risposta ai bisogni assistenziali della popolazione, si vuole procedere ad una ridefinizione del progetto di cui all'oggetto, attraverso una rimodulazione delle attività sanitarie ad esso collegate.

Il riassetto della rete ospedaliera con la chiusura di alcuni presidi ha favorito il potenziamento delle attività territoriali con la conseguente individuazione di Orte quale sede per la realizzazione della Casa della Salute. E' soprattutto nelle aree extraurbane, al di fuori del Comune capoluogo, che la Cittadella della Salute di Orte dovrebbe rappresentare una delle strutture territoriali in grado di intercettare e decodificare la domanda di assistenza del cittadino, fornendo anche prestazioni nell'ambito delle Cure Primarie. Il Comune di Orte, con una popolazione residente di quasi 9.000 abitanti, nettamente più consistente rispetto agli altri comuni escluso il capoluogo, sono stati nel passato sedi di strutture ospedaliere.

Il progetto si articola su un immobile che vede sia la realizzazione delle attività proprie del Cittadella della Salute con attività di tipo ambulatoriale a carattere anche specialistico, nonché la creazione di un'area adibita alla degenza infermieristica ad elevata intensità.

Il progetto sarà realizzato secondo le più moderne linee guida e decreti attuativi al fine del raggiungimento dei più elevati standard assistenziali.

Casa Salute Ronciglione:

Per tale intervento, per cui si deve andare a realizzare la nuova Casa della salute gli interventi proposti dovranno riguardare:

- Lavori di compartimentazione strutture ed impianti nonché messa a norma e adeguamento impiantistico- elettrico; (D.M. 37/08 e s.m.i. - D.M. 18/09/2002 e s.m.i.);
- Sostituzione degli infissi esterni di entrambi i corpi di fabbrica al fine di ottenere un notevole risparmio dal punto di vista energetico, oltre ad un miglior confort ambientale e messa in sicurezza degli stessi in quanto infissi datati e privi delle caratteristiche di legge ora richiesti;
- Interventi finalizzati alla prevenzione infortuni, l'igiene e la sicurezza nei posti di lavoro
- Risparmio energetico e miglioramento del confort ambientale;
- Interventi necessari per l'abbattimento delle barriere architettoniche.
- Tali lavori sono finalizzati alla attivazione della casa della Salute di Ronciglione, secondo quanto previsto nel Piano Strategico Aziendale.

E.4 Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane

E.4.1 Le politiche assunzionali

Nell'ambito della fase triennale di programmazione delle politiche gestionali del personale l'Asl Viterbo, in attuazione del DCA n. U00539/2015 che ha stabilito la percentuale derogabile al blocco del turn over 2016-2018 ed in attuazione del DCA regionale n. U00156/2016 che ha individuato e definito l'attribuzione del budget assunzionale aziendale come nuovo sistema di reclutamento del personale, nel rispetto della rete assistenziale e degli obiettivi del piano di rientro, ha predisposto nel triennio le procedure per l'assunzione di personale secondo il piano del fabbisogno. Nel corso del triennio 2016-2018 ha trovato attuazione quanto previsto dal DCA n. U00539/2015 e dal DCA n. U00154/2016, infatti con questi atti sono state emanate apposite disposizioni inerenti la **stabilizzazione del personale precario ai sensi del D.P.C.M. del 6 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**.

A partire dal 2017 la ASL di Viterbo ha indetto le procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico professionale ed infermieristico in relazione alle valutazioni operate dalla Regione sul piano del fabbisogno del personale, al fine di garantire le necessarie unità di personale per il rispetto della normativa europea in materia di orario di lavoro, dando applicazione della riserva dei posti disponibili a favore del personale avente i requisiti previsti dalla L. n. 208/2015 nella misura massima del 50%. L'Azienda ha proceduto alla stabilizzazione del personale precario tramite le apposite procedure selettive pubbliche, compatibilmente con l'equilibrio economico-finanziario del sistema, assorbendo in questo modo il precariato determinatosi negli anni a copertura dei fabbisogni stabili.

Gli obiettivi della Asl di Viterbo in linea con il programma regionale sono stati nel triennio 2016-2018 il superamento della logica emergenziale nella gestione della carenza di organico, intraprendendo la pianificazione triennale del fabbisogno di personale, la regolamentazione ed il superamento delle criticità legate al fenomeno della stabilizzazione del personale a tempo determinato già in servizio nel SSR, il monitoraggio costante della gestione dei fondi contrattuali in coerenza con la normativa vigente.

La Asl Viterbo ha predisposto piani assunzionali e piani di stabilizzazione nel triennio 2016-2018 autorizzati con determinazioni regionali, nel rispetto degli obiettivi del Piano di Rientro e dell'equilibrio economico-finanziario del SSR ed ha adottato gli atti di approvazione della nuova dotazione organica con le deliberazioni n. 651 del 26.04.2017 , n. 2332 del 28.12.2017 e n. 1554 del 06.09.2018.La Dotazione organica a tendere restituisce un fabbisogno parametrato alla necessità organizzative di questa azienda, dove si è tenuto conto dell'incremento dei posti letto a partire dal 2019 grazie al completamento dei lavori di Belcolle, in conformità con gli standard previsti nel D.M. 70/2015 e con l'assetto organizzativo previsto dall'Atto Aziendale.

In applicazione del DCA n. U00403 del 23.12.2016 inerente l'approvazione del budget assunzionale per l'anno 2016 e per l'anno 2017 e l'autorizzazione all'indizione delle procedure selettive di cui al D.P.C.M. del 6 marzo 2015 e all'indizione di concorsi pubblici straordinari per titoli ed esami con la previsione di riserva di posti ai sensi dell'art.1 comma 543 della legge n.208 del 28.12.2015 e del DCA n. U00238 del 18.7.2016 l'Asl Viterbo è stata autorizzata alla stabilizzazione di n.13 unità di Dirigente Medico , di n. 15 unità C.P.S. Infermiere e di n. 2 unità C.P.S. Assistente sociale, per un totale di 30 unità di personale. Questo processo di stabilizzazione si è concluso nell'anno 2017 e ad inizio anno 2018. Inoltre sono state intraprese procedure di sostituzione mediante avvisi pubblici di mobilità regionale, avvisi di assunzione di dirigenti specialisti, avvisi per attività libero professionale a gettone, al fine di mantenere i LEA e la continuità assistenziale territoriale ed ospedaliera. Vista la sistemica messa in quiescenza di personale per raggiungimento limiti d'età la U.O.C. Politiche e Gestione del Personale ha messo in atto una calendarizzazione delle quiescenze per la contestuale acquisizione di risorse umane proprio a garanzia della continuità assistenziale.

Tabella delle assunzioni intervenute nel corso del triennio 2016-2018

Nel corso del triennio 2016-2018 si è dato corso all'assunzione di personale sanitario e tecnico ed in prevalenza nel corso dell'anno 2018 sono state assunte nuove figure a tempo indeterminato e si è data attuazione alla predisposizione degli atti in ottemperanza della legge n. 75/2017 e in ottemperanza della determinazione regionale n. G00832 del 25.01.2018, che ha suddiviso le modalità assunzionali di ogni Azienda del SSR per profilo e disciplina.

2016	PERSONALE ASSUNTO PER STABILIZZAZIONE	PERSONALE ASSUNTO PER AUTORIZZAZIONI REGIONALI	TOTALE UNITA' DI PERSONALE ASSUNTO PER AREA CONTRATTUALE
DIRIGENZA		22	22
COMPARTO		21	21
TOTALE ASSUNZIONI ANNO 2016			43
2017	PERSONALE ASSUNTO PER STABILIZZAZIONE	PERSONALE ASSUNTO PER AUTORIZZAZIONI REGIONALI	TOTALE UNITA' DI PERSONALE ASSUNTO PER AREA CONTRATTUALE
DIRIGENZA	7	25	32
COMPARTO	15	35	50
TOTALE ASSUNZIONI ANNO 2017			82
2018	PERSONALE ASSUNTO PER STABILIZZAZIONE	PERSONALE ASSUNTO PER AUTORIZZAZIONI REGIONALI	TOTALE UNITA' DI PERSONALE ASSUNTO PER AREA CONTRATTUALE
DIRIGENZA	28	53	81
COMPARTO	55	49	104
TOTALE ASSUNZIONI ANNO 2018			185
TOTALE ASSUNZIONI TRIENNIO 2016-2018			310

Nel corso dell'anno 2018 l'ASL Viterbo ha applicato le progressioni economiche orizzontali per il personale del comparto con decorrenza 1 gennaio 2017 ed ha dato applicazione al rinnovo contrattuale per il personale del comparto, provvedendo sia alla Deliberazione dei nuovi Fondi Contrattuali mediante la deliberazione n. 1899 del 24.10.2018 e sia alla corresponsione degli aumenti previsti dal nuovo contratto(in vigore dal 22.05.2018) con decorrenza 01.01.2016.

Nel prossimo triennio la ASL di Viterbo potrà sviluppare le proprie politiche assunzionali coerentemente con i temi della programmazione sanitaria aziendale, attuando il modello organizzativo designato nel nuovo Atto di Autonomia Aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2111 del 22/11/2018, in virtù del recepimento della Regione Lazio del Piano dei Fabbisogni di personale 2018/2020, consentendo una facoltà assunzionale di n. 420 unità di personale per il 2018 e di n. 220 unità di personale per il 2019 nel rispetto dei vincoli e limiti economico-finanziari.

Sono in corso di predisposizione gli atti giuridici per le procedure assunzionali da attuare nel corso del 2018-2020.

Nella programmazione aziendale la prima modalità di assunzione nel rispetto delle direttive regionali sarà l'applicazione della determinazione Regionale n. G15899 del 06.12.2018, che prevede l'istituto dello scorrimento di graduatorie di concorso pubblico valide delle Aziende e degli Enti del SSR, in ottemperanza del DCA n. U00405 del 31 ottobre 2018 , l'utilizzo di un Portale regionale per il reclutamento e la gestione di procedure selettive mediante Aziende Capofila ed Aggregate.

Successivamente nel corso del 2019 si attuerà sia la stabilizzazione del personale precario del Comparto e della Dirigenza ai sensi dell'art. 20, comma 1, del Decreto legislativo n.75/2017 che possiede i requisiti stabiliti dalla norma, sia la stabilizzazione del personale precario del Comparto e della Dirigenza, ai sensi dell'art. 20, comma 2, Decreto legislativo n. 75/2017 sempre in possesso dei requisiti stabiliti dalla norma. Le procedure assunzionali, anche per i concorsi straordinari, dovranno essere coerenti con il piano triennale dei fabbisogni, con l'ottimizzazione delle risorse umane allo scopo di perseguire il contenimento della spesa.

Nella programmazione di reclutamento del personale anno 2019-2020 si provvederà costantemente al monitoraggio e controllo dell'andamento della spesa del personale, utilizzando un cruscotto di focus sul costo del personale, perché il vincolo economico-finanziario sarà strettamente correlato alla programmazione della facoltà assunzionale.

Come ultimo processo si applicheranno gli istituti giuridici delle procedure selettive di mobilità e di concorso, in considerazione dell'obbligo di garantire i livelli essenziali di assistenza e la corretta efficiente ed efficace erogazione degli stessi in tutto il territorio della ASL di Viterbo, in applicazione del Decreto del Commissario ad Acta n. U00405 del 31.10.2018.

E.4.2 Il nuovo modello organizzativo delle responsabilità

Coerentemente con lo sviluppo ed il passaggio dall'organizzazione "in rete" alla organizzazione "a rete" dei servizi dell'Azienda, è stata disegnata una nuova strutturazione dei livelli di responsabilità, nella convinzione che la corretta valorizzazione delle risorse umane rappresenti la variabile più importante da tenere in considerazione, non solo per la tenuta strutturale del sistema, ma anche per la qualità stessa dei servizi erogati.

Per quanto attiene alla dirigenza, i contratti già da tempo prevedono che accanto ai percorsi di carriera di tipo gestionale si sviluppasse percorsi di carriera di tipo professionale ma, fino ad oggi, tali sistemi non hanno trovato una chiara declinazione tant'è che per premiare la competenza professionale si è utilizzato spesso l'incarico gestionale. È stata adottata una metodologia finalizzata a garantire un'efficace valutazione e sviluppo professionale nel tempo dei dirigenti. Passando attraverso la definizione delle loro competenze tecnico-specialistiche, sono state mappate responsabilità di ciascun professionista. È stato identificato un sistema di sviluppo di carriera basato sulla professionalità, cardine degli aspetti più qualificanti delle politiche del personale. I singoli professionisti potranno così veder riconosciuto il proprio valore tecnico-specialistico e su questo verranno valutati, sulla base di specifici obiettivi che verranno attribuiti unitamente all'incarico assegnato. La ASL di Viterbo ha avviato un processo di articolazione dei livelli di responsabilità che riflette l'architettura organizzativa dell'Azienda strutturata in Reti e percorsi: in base al livello di complessità, della valenza strategica del dirigente nello specifico contesto di rete, il coordinamento delle reti, dei centri, delle centrali operative, potranno coincidere con varie tipologie di incarichi dirigenziali previsti dal contratto (direttore di dipartimento, direttore di struttura complessa, dirigente responsabile di struttura semplice dipartimentale o semplice, dirigente con incarico di alta specializzazione). A sua volta, l'incarico di alta specializzazione sarà ulteriormente declinato nelle seguenti tre tipologie: incarico di rete, di processo e clinico, definendo i criteri ed il percorso per la graduazione, l'assegnazione, la valorizzazione dei nuovi incarichi dirigenziali previsti per i rispettivi ruoli. Il Regolamento per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali è stato approvato dal Collegio di Direzione nel mese di novembre 2018.

Analogamente, anche per il personale del comparto si è proceduto a condividere una proposta di Regolamento per l'attribuzione degli incarichi di funzione in applicazione del CCNL 21/05/2018 nel rispetto dei principi di:

- organizzazione in relazione al nuovo atto aziendale, adottato con deliberazione del D.G. n. 2111 del 22 novembre 2018;
- valutazione del benessere organizzativo e sicurezza del lavoro nella gestione delle risorse umane>;
- orientamento e sicurezza nei riguardi dell'utenza;
- presa in carico della persona per la garanzia dei livelli quali/quantitativi dell'assistenza;
- garanzia dello sviluppo delle competenze;

E.5 Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse strumentali: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali

Nel corso dell'ultimo triennio la pianificazione degli interventi nell'ambito delle categorie merceologiche e/o i servizi gestiti dell'azienda è stata fortemente potenziata al fine di garantire la correttezza dei processi di acquisto.

A tal proposito si è proceduto attraverso un'analisi puntuale e critica dei fabbisogni di acquisto conseguendo, tra gli altri, i seguenti risultati:

- azzeramento delle proroghe a scadenza;
- riduzione dei tempi di gara (gare telematiche);
- riduzione dei costi di gestione e dei costi dei beni e servizi, anche attraverso l'adesione alle gare aggregate regionali. Ciò ha infatti consentito di standardizzare i prezzi, i livelli di qualità, i criteri di acquisto e di programmare con assoluta precisione e completezza l'approvvigionamento di tutte le forniture di dispositivi medici. La ASL di Viterbo, all'interno dell'Area Aggregata 1 (ASL VT, ASL Rieti, RM4, RM5 e, dal 2017, AO S. Andrea), in qualità di capofila ha indetto 3 gare relative ai dispositivi medici nonché alla nutrizione enterale e parenterale;
- trasparenza e concorrenzialità nella procedura (regolamento sulle modalità di nomina e sui tempi massimi previsti per l'attività delle commissioni giudicatrici di gara; istituzione albo dei fornitori on line, con possibilità da parte degli operatori economici di abilitarsi telematicamente; istituzione del portale delle gare telematiche aziendali per garantire maggiore sicurezza, controllo, certezza e standardizzazione delle fasi procedurali, in ottemperanza alle attività di prevenzione della corruzione di cui alle Linee Guida ANAC);
- corretto utilizzo dei finanziamenti assegnati in conto capitale, garantendo il pieno utilizzo dei fondi assegnati per le manutenzioni straordinarie degli spazi funzionali, degli impianti e delle tecnologie sanitarie secondo il cronoprogramma definito;
- inventario fisico sul sistema contabile al fine di garantire il controllo del patrimonio (dal 2018 è iniziato il processo di riconciliazione tra inventario fisico e contabile con il Bilancio di tutti i beni mobili/cespiti aziendali mobili, arredi, attrezzature sanitarie ed informatiche;

I risultati sono passati attraverso lo sviluppo delle seguenti azioni di processo:

- 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.

Nell'ultimo triennio è raddoppiata l'attività procedimentale e amministrativa di procurement (da n. 405 atti del 2016 a n. 816 del 2018) al fine di concretizzare lo sforzo organizzativo e gestionale dell'Azienda nella costruzione delle Reti e dei percorsi, permettendone la piena funzionalità.

L'attività di programmazione degli investimenti è infatti conseguente agli atti di indirizzo strategico quali l'Atto Aziendale e il Piano Strategico.

Di seguito si riportano gli interventi previsti per il 2018 nel Piano triennale dei lavori pubblici con delibera del D.G.

Il Piano complessivo degli investimenti (Piano Triennale dei Lavori Pubblici, Piano del Fabbisogno delle apparecchiature elettromedicali, Piano delle necessità di acquisto di arredi tecnici, sanitari e non sanitari, il Piano del Fabbisogno in strumentazione informatica HW e SW) per il triennio 2018-2019 e 2020 è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1037 del 20/6/2018.

A partire dal 2019 sarà attivato il nuovo sistema amministrativo contabile che consentirà un maggior controllo dei contratti e un'analisi dettagliata attraverso grazie a specifici indici scelti per consentire approfondimenti di valutazione strategica ad anticipare le criticità senza subirle, attivando idonee misure correttive sia sanitarie che amministrative.

Verrà ulteriormente implementato il sistema di monitoraggio per singolo contratto per creare nuovo "databased" per il controllo dei CIG e quello di impatto economico delle gare e dei contratti sul bilancio aziendale al fine di garantire il rispetto del budget concordato.

Nel corso del 2019 saranno completate tutte le gare aggregate dell'AREA 1 dei dispositivi e quelle regionali dei servizi che metteranno in sicurezza la programmazione e l'approvvigionamento dei beni e servizi.

Nell'anno 2020 – 2021 verranno rinnovate le gare con migliore programmazione e anticipazione.

Verrà implementato il sistema dei controlli degli appalti anche a livello telematico e verrà attuata con maggiore automazione il sistema della trasparenza con una specifica piattaforma.

L'Azienda procederà all'ammodernamento tecnologico del patrimonio complessivo, con particolare riferimento agli interventi relativi all'area della salute della donna e del bambino, con il potenziamento delle attività legate ai Consulenti e ai programmi di screening legati alla prevenzione e diagnosi precoce delle patologie oncologiche.

Nel 2019 prenderà avvio il progetto dello Smart Hospital, una piattaforma multicanale integrata (APP, totem multimediali) per l'orientamento e l'erogazione di servizi digitali al cittadino, compresi quelli erogati dall'amministrazione regionale.

Obiettivo dell'Amministrazione è infatti quello di dotarsi di una piattaforma Multicanale che permetta di snellire i processi di accoglienza, l'erogazione dei servizi in modo da migliorare l'esperienza degli utenti. Il sistema richiesto dovrà garantire la continuità dei servizi, l'immediatezza della risposta all'utente, la completa tracciabilità delle transazioni economiche, l'assoluta necessità di fruire servizi anche in orari "fuori sportello", in modo da ridurre i tempi di attesa dell'utenza nelle strutture sanitarie della ASL, con riduzione dei costi e gestione automatizzata delle attività.

Il sistema richiesto dovrà garantire un accesso ai servizi ovunque ed in ogni momento con elevati standard di sicurezza, affidabilità, facilità di utilizzo, disponibilità funzionale, disponibilità temporale elevata, accessibilità alle persone diversamente abili.

La piattaforma sarà ingegnerizzata per l'innovazione dei servizi di gestione accoglienza e di erogazione dei servizi al cittadino, permettendo pertanto di attuare una strategia di sanità digitale completa che si sviluppa tramite la diversificazione dei canali di comunicazione e contatto con l'utenza.

La piattaforma consentirà al cittadino l'accesso ai servizi CUP (prenotazione, disdetta prestazioni, accoglienza e self check-in) al pagamento self-service ticket di varia natura, al ritiro referti (con possibilità di stampare e scaricare referti ed immagini su memoria USB tramite l'utilizzo di totem).

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 Morgiue	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
Adeguamento strutturale ed impiantistico Ospedale di Tarquinia - Completamento	50.000,00	2.500.000,00	1.577.904,26	1.877.904,26
Centro Salute Orte - Interventi di adeguamento strutturale ed impiantistico ai fini del prevenzione incendi	258.809,72	-	-	258.809,72
CASA DELLA SALUTE Soriano nel Cimino - Interventi di adeguamento strutturale ed impiantistico ai fini del prevenzione incendi	294.570,93	-	-	294.570,93
LAVORI DI REALIZZAZIONE DI UN MONTELETTIGHE E PERCORSI DI COLLEGAMENTO A SERVIZIO DEL NUOVO BLOCCO OPERATORIO DEL P.O. DI BELCOLLE	180.000,00	-	-	180.000,00
SOSTITUZIONE N° 3 ASCENSORI AL PUBBLICO (12 PERSONE E 10 PIANI) P.O. BELCOLLE	122.000,00	-	-	122.000,00
LAVORI DI ADEGUAMENTO LOCALI PER LA PREPARAZIONE CHEMIOTERAPICI PRESSO U.O.C. FARMACIA PIANO -2 OSPEDALE BELCOLLE,	190.000,00	-	-	190.000,00
LAVORI DI ADEGUAMENTO LOCALI E SISTEMAZIONE VIABILITA' DI ACCESSO PRONTO SOCCORSO P.O. BELCOLLE(1° stralcio)	183.000,00	-	-	183.000,00
LAVORI DI IMPERMEALIZZAZIONE TERRAZZE E SOSTITUZIONE INFISSI REPARTO RADIOLOGIA P.O. BELCOLLE	-	436.554,53	-	436.554,53
LAVORI DI ADEGUAMENTO LOCALI PRONTO SOCCORSO P.O. BELCOLLE (2° stralcio)	125.000,00	125.000,00	-	250.000,00
Lavori di rifacimento impianto auralico Palazzina infertivi P.O. Belcolle	130.000,00	130.000,00	-	260.000,00
SOSTITUZIONE N° 1 ASCENSORE AL PUBBLICO e N. 3 MONTELETTIGHE P.O. BELCOLLE- SOSTITUZIONE DI N. 1 ASCENSORE AL PUBBLICO PO CIVITACASTELLANA	50.000,00	-	-	50.000,00
LAVORI DI Rifacimento totale impermealizzazione COPERTURA hall e realizzazione pensilina nuovo Ingresso PO Belcolle	45.000,00	-	-	45.000,00
Lavori di adeguamento impianto di depurazione PO Belcolle	135.000,00	135.000,00	-	270.000,00
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	-	500.000,00	1.622.011,50	2.122.011,50
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO ACQUAPENDENTE	-	500.000,00	4.323.700,00	4.823.700,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO CIVITA CASTELLANA	-	500.000,00	2.321.056,00	2.821.056,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO MONTEFASCONE	-	500.000,00	2.032.465,50	2.532.465,50
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO RONCIGLIONE	-	500.000,00	3.705.838,00	4.205.838,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO TARQUINIA	-	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
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PRESIDI EXTRA OSPEDALIERI	-	3.533.524,24	3.533.524,24	7.067.048,48
Interventi di messa in sicurezza e conservazione ex Ospedale Girande degli Infermi di Viterbo	-	3.569.890,00	3.569.890,00	7.139.780,00
Interventi di messa in sicurezza e conservazione del presidio San Simone - Viterbo	100.000,00	100.000,00	100.000,00	300.000,00
Lavori d'urgenza di cui agli artt. 146-147 del D.P.R. 554/99	11.348.380,65	38.435.202,34	117.994.204,61	167.777.787,60
TOTALE	11.348.380,65	38.435.202,34	117.994.204,61	167.777.787,60

E.6 Azioni di governo del rischio e l'internal auditing

Il *Risk Management*, in ambito Sanitario, implica anche la Gestione del Rischio Clinico/*clinical risk management*). E' una tecnologia che opera identificando i pericoli potenziali, o le minacce ai quali è sottoposta l'azienda sanitaria, definisce e quantifica gli ipotetici scenari di rischio formula le contromisure più idonee, perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.

Il concetto di *risk management* è strettamente collegato alla gestione del **governo clinico**: la capacità di fornire delle cure di qualità appropriate e sicure a costi accettabili tenendo in debito conto il contesto di riferimento.

L'attuazione dell'attività di *risk management* avviene attraverso analisi preventive e/o correttive dei processi produttivi per il miglioramento degli stessi.

Mettere in sicurezza le attività e le prestazioni vuol dire anche occuparsi di appropriatezza nell'uso dei farmaci e delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche. Il *Risk management* abbraccia tutte le aree aziendali, intersecandosi con le strutture esistenti e quelle preposte specificamente alla gestione del governo clinico (dipartimenti ospedalieri e territoriali). In particolare partecipano all'azione Gruppi ospedalieri e distrettuali per il rischio clinico, Unità di crisi, il Tavolo permanente per la sicurezza aziendale per la programmazione annuale degli interventi. È coordinato dal *Risk manager* e composto da: Responsabile SPP, Responsabile Medici competenti, Responsabile Ufficio Tecnico, Responsabile Fisica Sanitaria, Responsabile URP, Responsabile Farmacia aziendale, Responsabile farmacovigilanza, Responsabile Ingegneria Clinica, Responsabile DS COB, Disaster manager, Gruppo AUDIT aziendale per la gestione del rischio clinico (Coordinato dal *Risk manager*), *Health Technology Assessment*.

La AUSL di Viterbo in questo senso è impegnata a fornire a tutte le parti interessate, ed ai propri utenti in particolare, la massima protezione possibile dai danni conseguenti ad errori umani e di sistema.

Missione e Visione del *risk management* :

- aumentare la sicurezza e la soddisfazione del paziente;
- aumentare la sicurezza di tutti gli operatori;
- ridurre la possibilità di contenzioso tra l'utente e la ASL;
- dare sostegno alla attività professionale di tutti gli operatori;
- migliorare l'immagine aziendale della Asl e la fiducia dell'utente;
- coinvolgimento partecipato dei professionisti sui temi specifici e sulla cultura della sicurezza attraverso un approccio sistemico alla organizzazione complessa.

Gli strumenti utilizzati dal *risk management* sono:

- *incident reporting*: modalità di raccolta, in modo strutturato, delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno in maniera anonima e spontanea, relative ad eventi indesiderati e/o quasi- eventi. Questo strumento fornisce una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni di miglioramento atte a prevenire che gli eventi accaduti o i quasi- eventi, possano verificarsi in futuro;
- *audit*;
- data base Ufficio assicurativo, reclami, Ing. clinica, SPP, Medici competenti, farmacovigilanza, CGVS, Ufficio tecnico, DD.SS., Fisica sanitaria, PARM (piano annuale di *risk management*);
- *Health systems Failure Mode and Effect Analysis* (Hfmea): modalità d'identificazione dei rischi per prevenire i potenziali errori;
- RCA;
- registro dei pericoli;
- visite per la sicurezza;
- raccomandazioni interne;
- *budget* per la programmazione annuale;
- cruscotto indicatori di processo/esito (*database* SIA-database ufficio assicurativo).

Ulteriore elementi che possono rappresentare criticità nell'ambito delle procedure di *risk management* sono le *check list* di sala operatoria e la scheda del dolore. L'obiettivo prefissato è il raggiungimento al 100% della loro totale e corretta compilazione.

La riduzione dei tempi d'attesa per interventi quali, ad esempio, la frattura del femore, oltre a rientrare in politiche di efficientamento, consente di ridurre il rischio che l'intervento stesso può comportare. Pertanto si cerca di allinearsi agli standard facendo rientrare l'operazione nell'arco delle 48 ore dall'evento traumatico.

Un'appropriata prescrizione terapeutica nel post operatorio e la corretta compilazione della profilassi antibiotica perioperatoria costituiscono due ulteriori aspetti che se mal gestiti possono inficiare l'intera procedura operatoria.

Nel corso del 2017 è stato posto in essere un sistema per i controlli interni, con l'intento di strutturare un'attività orientata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. L'internal auditing ha lo scopo di governare i rischi in senso lato derivanti dalla complessa gestione dei processi,

attraverso un attento sistema di controlli. Le attività di internal auditing si sviluppano su due direttrici: l'assurance, intesa quale individuazione dei fatti aziendali e la consulenza alla Direzione Strategica quale supporto propositivo per il miglioramento dei processi, delle procedure nell'ambito aziendale e nella governance.

E' stato istituito un Team aziendale rappresentativo delle diverse competenze messe in campo quali, tra gli altri, il responsabile Anticorruzione, il referente legale, l'area del Bilancio e un referente dell'Organismo Indipendente di Valutazione. Nel 2018 saranno condotti gli audit previsti nel Piano degli audit predisposto dal Gruppo di Internal Auditing, secondo la metodologia elaborata dal risk manager, a partire dalla mappatura di tutti i processi aziendali.



DELIBERAZIONE N. **201** del 12 FEB 2019

composta di n. **5** pagine, frontespizio compresi e retro, e di n. **343** allegati.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il: **13 FEB 2019**
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li **13 FEB 2019**

L'INCARICATO OO. CC.
Ufficio Delibere


Trasmessa al Collegio Sindacale il: **13 FEB 2019**

Viterbo, li **13 FEB 2019**

L'INCARICATO OO. CC.
Ufficio Delibere


La presente deliberazione è divenuta ESECUTIVA il: **13 FEB 2019**

Viterbo, li **13 FEB 2019**

L'INCARICATO OO. CC.
Ufficio Delibere


Viterbo, li **13 FEB 2019**

IL DIRETTORE
U.O.C. AFFARI GENERALI