

ORIGINALE



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° :

1007 19 MAG 2020

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

OGGETTO: PRESA D'ATTO DEL PIANO STRATEGICO 2020-2022

GUADAGNINI
ANNA

L'Estensore

Parere del Direttore Amministrativo :

Drssa Maria Luisa Velardi

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

14/05/2020

Parere del Direttore Sanitario :

Drssa Antonella Proietti

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Data

14/5/2020

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

Voce del conto economico su cui si imposta la spesa :

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

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget :

Firma

Data

Dott.ssa Patrizia Boninsegna

14.05.2020

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

Responsabile del procedimento : ANNA GUADAGNINI
Data

Firma

ASL VITERBO

Il Dirigente :

Data

14.05.2020

Il Direttore f.f. 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: PRESA D'ATTO DEL PIANO STRATEGICO 2020-2022

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

VISTO

- il D. Lgs 27/10/2009 n. 150 recante “Attuazione della legge 4/3/2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- la legge regionale 16/3/2011 n. 1 recante “Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18/2/2002, n. 6”;
- il DCA 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"*;
- il DCA U00469 del 14 novembre 2019 “Adozione in via definitiva del piano di rientro 'Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021' ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”;
- il DCA U00018 del 20 gennaio 2020 “Adozione in via definitiva del piano di rientro 'Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021' ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo’. Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;

RICHIAMATE

la deliberazione del Direttore Generale n. 201 del 12/2/2019 con cui la ASL di Viterbo ha adottato il Piano Strategico 2019-2021 in coerenza con i Programmi Operativi di cui al DCA U00052 DEL 22/2/2017;

la deliberazione del Direttore Generale n. 200 del 31/1/2020 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. I 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;

RICHIAMATI

il DCA U00155 del 6 maggio 2019 *“Definizione, ai sensi dell'articolo 2. Comma 3, del d.lgs 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2019;*

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

TENUTO CONTO

della Conferenza Programmatica e dei Servizi della ASL di Viterbo del 5 settembre 2019 organizzata dalla Direzione Generale al fine di raccogliere le indicazioni del Collegio di Direzione e dei responsabili delle Strutture Tecniche a supporto della strategia aziendale, nel corso della quale sono stati presentati dai Direttori di Dipartimento e dai responsabili delle Strutture la programmazione e gli obiettivi strategici da perseguire a partire dal 2020 e per il prossimo triennio;

PRESO ATTO

del Piano Strategico 2020-2022 della ASL di Viterbo già illustrato in occasione della Conferenza dei Servizi in data 17, 18 e 19 dicembre 2019, alla presenza dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori delle UU.OO.CC., dei Responsabili delle Strutture a Valenza Dipartimentale, dei Sindaci della Provincia di Viterbo, dei Rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, dei 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 2020-2022, con deliberazione del Direttore Generale n. 200 del 31 gennaio 2020 la ASL di Viterbo ha approvato il Piano Triennale delle Performance 2020-2022;

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 17, 18 e 19 dicembre 2019 ha presentato il Piano Strategico 2020-2022 alla Conferenza dei Servizi, come sopra specificato;
- in data 7 gennaio 2020 ha acquisito il parere del Comitato di Rappresentanza dei Sindaci;
- in data 22 gennaio 2020 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 prendere atto Piano Strategico 2020-2022, così come presentato alla Conferenza dei Servizi della ASL di Viterbo che, allegato al presente atto, ne forma parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere il Piano Strategico 2020-2022 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 P. Boninsegna)

IL DIRETTORE GENERALE

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

VISTA

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

PRESO ATTO

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

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

DELIBERA

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

La presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dell'art. 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)



PIANO STRATEGICO 2020 - 2022



Piano Strategico Aziendale 2020-2022 ASL Viterbo

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

Sommario

Parte A: analisi aziendale e della popolazione

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

Parte B: le strategie aziendali

- A Evoluzione del sistema clinico assistenziale riabilitativo: costruzione dei patti individuali di cura con i cittadini, azioni di prevenzione a garanzia dello stato di salute
- B I piani di diffusione: azioni e strategie di partecipazione per massimizzare l'impatto su Enti e comunità
- C. Sviluppo del sistema di innovazione gestionale
- D Costruzione di un patto tra professionisti a garanzia del raggiungimento degli impegni e degli accordi di programma

Parte C: applicazione delle strategie aziendali nei diversi Dipartimenti

- 1 Dipartimento di Emergenza Accettazione e Terapia del dolore
- 2 Dipartimento Medico chirurgico e dei percorsi integrati
- 3 Dipartimento Oncematologico di diagnosi e cura
- 4 Dipartimento di Neuroscienze e organi di senso
- 5 Dipartimento della Salute della donna e del bambino
- 6 Dipartimento per il Governo dell'offerta e le Cure Primarie
- 7 I Distretti
- 8 Dipartimento di Salute Mentale
- 9 Dipartimento di Prevenzione

Indice Parte A - Analisi Aziendale e della popolazione

Premessa

1 ANALISI DI CONTESTO DELLA ASL DI VITERBO

1A. *Analisi geografica*

1B. *Analisi demografica*

- 1B.1 Densità di popolazione
- 1B.2 Struttura della popolazione
- 1B.3 Indice di vecchiaia
- 1B.4 Indice di dipendenza strutturale
- 1B.5 Giovani
- 1B.6 Indicatori economici relativi alla ricchezza della popolazione della provincia di Viterbo
- 1B.7 Tasso di disoccupazione per età (15-65) anni - 2018
- 1B.8 Popolazione con cittadinanza straniera
- 1B.9 Distribuzione per area geografica della popolazione con cittadinanza straniera

2 I BISOGNI DI SALUTE

2A *Valutazione dei bisogni di salute*

2A.1 Metodologia

2B *Frequenza malattie*

- 2B.1 Gruppo patologie: dati di prevalenza Malattia di Parkinson
- 2B.2 Gruppo patologie: dati di prevalenza Diabete
- 2B.3 Gruppo patologie: dati di prevalenza Broncopneumopatia cronico-ostruttiva
- 2B.4 Gruppo patologie: Dati di prevalenza Sclerosi Multipla
- 2B.5 Gruppo patologie: dati di incidenza Ictus cerebrale
- 2B.6 Gruppo patologie: dati di incidenza Infarto miocardico acuto
- 2B.7 Tasso di ricovero standardizzato anno 2018 ASL Viterbo
- 2B.8 Tasso di ricovero standardizzato anno 2018 - Distretti a confronto

2C *Il profilo di salute*

- 2C.1 Promuovere la salute
- 2C.2 Obiettivo del Profilo di Salute
- 2C.3 Metodo

2C.4 Proposta di Piano per la Salute Aziendale
2C.5 Cause di morte: rischio relativo per distretto

2D Sintesi profilo di salute del Distretto A

2E Sintesi profilo di Salute del Distretto B

2F Sintesi profilo di Salute del Distretto C

2G Stato di attuazione del livello di integrazione tra ospedale e territorio

2H Le reti assistenziali

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 La Rete socioassistenziale territoriale: Casa della Salute di Soriano nel Cimino

3B.2 Casa della Salute di Bagnoregio

3C Rilevazione attività consultoriale

3D Il livello di presa in carico di pazienti con patologie mentali

3D.1 Cause di ricovero: disturbi psichici

3D.2 Presa in carico degli utenti

3E La presa in carico delle patologie croniche

3E.1 Tasso di ospedalizzazione per asma negli adulti

3E.2 Tasso di ospedalizzazione per asma senile

3E.3 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 1.000 residenti (50-74 anni)

3E.4 Tasso di ospedalizzazione ipertensione arteriosa

3E.5 Tasso di ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici

3E.6 Tasso di ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario

3F Gestione dei percorsi in urgenza

3F.1 Accessi in Pronto Soccorso e punti di assistenza territoriale (PAT) per sede; periodo 1° gennaio 2016 - 30 settembre 2019

3F.2 Accessi in Pronto Soccorso e punti di primo intervento per presidio ospedaliero e per descrizione triage; periodo gennaio settembre 2016-2019

3F.3 Misure di performance presenti nel sito PREVALE; periodo 1° gennaio 2018 - 30 settembre 2019

3F.4 Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso; periodo di riferimento gennaio-settembre 2019

3F.5 Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso; periodo di riferimento gennaio-settembre 2019

3F.6 Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso; periodo di riferimento gennaio-settembre 2019

3F.7 Percorsi Fast Track Pronto Soccorso Belcolle

3G L'assistenza ospedaliera

3G.1 Indice di case mix (ICM): periodo di riferimento gennaio giugno 2019

3G.2 Attività di ricovero: numero DRG per presidio ospedaliero

3H Mobilità dei ricoveri intraregionale

3H.1 Costo mobilità passiva DRG chirurgici e medici per anno

3H.2 Mobilità passiva intraregionale: numero DRG per presidio ospedaliero di appartenenza

3H.3 Costo mobilità passiva per distretto di appartenenza del paziente e per tipo DRG

3H.4 Mobilità passiva intraregionale: numero DRG per specialità

3H.5 Composizione della mobilità per specialità

3I Mobilità dei ricoveri extraregionale

3I.1 Numero DRG per tipologia

3I.2 Costo mobilità passiva DRG chirurgici e medici per anno

3I.3 Valore DRG per presidio ospedaliero di appartenenza e per tipo DRG

3L Le Procedure chirurgiche: analisi per presidio e Unità Operativa

3L.1 Interventi per presidio

3L.2 Procedure chirurgiche per UU.OO. e per presidio

3L.3 Lista Unica di sala operatoria

3L.4 Trend mensile di interventi registrati in Sala Operatoria

3M L'appropriatezza nell'ospedalizzazione e nel setting di ricovero

3M.1 Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca, per 100.000 residenti standardizzato per età e per sesso

3M.2 Frattura collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (struttura di ricovero)

3M.3 Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcoli semplici senza complicanze

3M.4 Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna - anno 2018

3N Le prestazioni Ambulatoriali

3N.1 Numero prestazioni specialistica ambulatoriale erogate in regime istituzionale per specialità e per popolazione

3N.2 Numero e valore prestazioni ambulatoriali: confronto 2019 verso 2018

3N.3 Prime 10 sedi di erogazione di prestazioni: 2018 vs 2019

4 PREVENZIONE DELLA SALUTE

4A Lo screening

4A.1 Screening oncologici - recepimento DCA 191/2015

4A.2 Indicatori copertura programmi di screening: gennaio – agosto 2019

- 4A.3 Indicatori copertura programmi di screening mammografico: anno 2018
- 4A.4 Indicatori copertura programmi di screening cervice uterina: anno 2018
- 4A.5 Indicatori copertura programmi di screening colon retinale: anno 2018
- 4B Ambiente e salute: Registro Tumori della ASL di Viterbo**
 - 4B.1 Cause di morte: tumori maligni
 - 4B.2 I Tumori in provincia di Viterbo
 - 4B.3 Sopravvivenza relativa a cinque anni. Confronto con il dato nazionale
 - 4B.4 I Tumori in provincia di Viterbo: confronto con regione Lazio (stime aggiornate al 2017)
- 4C Le malattie diffuse**
 - 4C.1 Notifiche TBC ASL Viterbo anni 2013 - 2018
 - 4C.2 Il morbillo
- 4D Le vaccinazioni**
- 4E Prevenzione negli ambienti di lavoro**
 - 4E.1 Infortuni denunciati nelle province del Lazio nel periodo 2014-2018
 - 4E.2 Focus sull'agricoltura: Infortuni in agricoltura denunciati nelle province del Lazio nel periodo 2014-2018
 - 4E.3 Focus sull'edilizia: Infortuni denunciati ad INAIL nel settore delle costruzioni nel Lazio nel periodo 2014-2018
 - 4E.4 Accessi al PS e interventi in pronta disponibilità per infortuni sul lavoro nel periodo 2014-2018
 - 4E.5 Casi di malattia professionale denunciati e definiti positivamente dall'INAIL nel Lazio e nella provincia di Viterbo anni 2012-2018
 - 4E.6 Ricerca attiva delle malattie professionali (m.p.): attività di controllo della qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti aziendali
 - 4E.7 Casi di malattia professionale segnalati allo SPRESAL in provincia di Viterbo per tipologia di malattia
 - 4E.8 Rilevazione LEA: copertura del territorio per singola ASL
 - 4E.9 Rilevazione LEA: attività di vigilanza per comparto e per singola ASL periodo 2012-2016
 - 4E.10 Rilevazione LEA: attività di vigilanza per comparto e per singola ASL
 - 4E.11 Rilevazione LEA: attività sanitaria
 - 4E.12 Rilevazione LEA: attività di formazione per singola ASL
- 4F Prevenzione della salute animale**
 - 4F.1 Tubercolosi Bovina e Bufalina, Brucellosi Bovina e Leucosi Enzootica Bovina. Controlli negli Allevamenti e negli animali al 30/10/19
- 4G Igiene degli alimenti di origine animale**
 - 4G.1 Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC): stato avanzamento obiettivi al 30/09/2019
 - 4G.2 Piano Nazionale Residui, Piano Regionale Residui e D. Lgs. 158/2006: obiettivi al 30/09/2019
 - 4G.3 Ristorazione pubblica e collettiva Reg. 852/04 Gennaio 2018 - Settembre 2019
 - 4G.4 Attività di macellazione come da Reg. CE 852-853-854/2004 - Gennaio 2018 - Settembre 2019
- 4F Centro di Riferimento Regionale Amianto**

- 4F.1 Gestione telematica per i Servizi di Prevenzione delle AA.SS.LL. dei flussi informativi per l'amtianto
- 4F.2 Programma di custodia, controllo e manutenzione dei materiali contenenti amtianto (MCA)

5 VALUTAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

- 5A *Spesa farmaceutica*
- 5B *Efficientamento del ciclo passivo*
 - 5B.1 Valutazione straordinaria poste di credito e di debito
 - 5B.2 Indicatore tempestività dei pagamenti (ITP)

6 ADERENZE ALLE DIRETTIVE REGIONALI

- 6A *Programmi Operativi 2016-2018 ; obiettivi Direttori Generali*

7 FORMAZIONE DEL PERSONALE AZIENDALE

- 7A *Attività formativa svolta dalla ASL di Viterbo al 31 ottobre 2019*
 - 7A.1 ECM aziendale anno 2019

Indice Parte B - Analisi Aziendale e della popolazione

- A Evoluzione del sistema clinico assistenziale riabilitativo e azioni di prevenzione a garanzia del mantenimento dello stato di salute
 - A.1 *Integrazione dell'offerta tra ospedale e territorio attraverso il coordinamento di tutti gli interventi in relazione a: bisogno di salute, prossimità geografica, complessità della patologia e sicurezza delle cure.*
 - A.2 *Dimensionamento dell'offerta ospedale/territorio in un'ottica di efficientamento della rete anche attraverso la riconversione dei punti di erogazione*
 - A.2.1 La logica dipartimentale
 - A.2.2 La governance del territorio
 - A.3 *Evoluzione del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero a garanzia dei livelli di sicurezza ed efficientamento della rete*
 - A.3.1 L'area dell'emergenza e dei percorsi integrati
- A.4 *Dimensionamento dell'Ospedale di Belcolle in una visione prospettica anche in relazione alla gestione di reti funzionali interaziendali per patologia*
 - A.4.1 Le reti cliniche funzionali interaziendali
 - A.4.2. Le Reti e i percorsi clinico assistenziali attivi
 - A.4.2.1. L'Area della Salute Mentale
 - A.4.2.3. L'Area della Diagnostica
 - A.4.2.4. L'Area della salute della donna e del bambino
 - A.4.2.5. L'Area delle cronicità
 - A.4.2.6. L'Area delle Cure Primarie
- A.5 *Implementazione dei sistemi di budget partecipativo sociosanitario in un'ottica di corretto bilanciamento tra attività sanitaria, sociosanitaria e sociale soprattutto attraverso modelli di sanità d' iniziativa e l'offerta attiva per la gestione delle cronicità, disabilità e salute mentale*
 - A.5.1 L'offerta territoriale
 - A5.1.1. Le Case della Salute
 - A.5.1.2 Le centrali operative per le cronicità
- A.6 *Sviluppo dell'utilizzo dei sistemi d' innovazione tecnologica per il miglioramento della qualità assistenziale o l'ottimizzazione delle risorse*

- A.6.1 Le COC e gli strumenti della Telemedicina
- A.6.2 Gli strumenti tecnologici a supporto delle C.O.C.: la cartella clinica informatizzata
- A.7 *Integrazione delle attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria nei percorsi di cura, promuovendo azioni che identifichino qualità ambientale e di vita come principi cardine a garanzia dello stato di salute e benessere sociale*
 - A.7.1 Azioni di promozione della salute
 - A.7.2 Piano Aziendale Prevenzione (P.-A.P. ASL Viterbo)
 - A.7.3. Progetto Plastic Free
 - A.7.4. Il Registro tumori della ASL di Viterbo: pianificazione attività
 - A.7.5 La Sanità Penitenziaria
 - A.7.6. Le Dipendenze
 - A.7.7. Attività Vaccinale
 - A.7.8. L'attività di screening
 - A.7.9. Azioni di verifica e controllo per l'autorizzazione e l'accreditamento
- B Piani di diffusione: azioni per favorire la partecipazione attiva delle comunità e costruzione dei patti individuali di cura con i cittadini.**
 - B.1 *Diffusione di livelli assistenziali, reti, percorsi, innovazioni progettuali e strategie dell'Azienda*
 - B.2 *Formazione per il miglioramento, l'innovazione e lo sviluppo continuo*
 - B.3 *Comunicazione efficace per lo sviluppo di un dialogo interdisciplinare e con gli stakeholders esterni*
 - B.4 *Sviluppo dei patti terapeutici e di autocura per il miglioramento della relazione con il paziente ed i suoi familiari*
 - B.4.1 Costruzione di un patto tra professionisti e cittadini sia per la condivisione del suo percorso di cura che per il supporto nella fase di autocura
 - B.5 *Sviluppo del sistema di orientamento per la facilitazione nell'accesso al sistema salute*
 - B.6 *Costruzione dei patti con la rete del volontariato ed associazionismo per il riconoscimento delle reti informali basate sulla reciprocità e solidarietà che hanno impatto sul sistema, canalizzando le energie e le azioni sostenibili a lungo termine*
 - B.6.1. Azioni per un'Azienda sanitaria migrant friendly e culturalmente competente
 - B.6.2. Il Tavolo del Volontariato

B.6.3. Azioni di implementazione della partecipazione

C Sviluppo del sistema di innovazione gestionale e ottimizzazione delle risorse

C.1 Condivisione delle strategie di sviluppo per l'aderenza dei nuovi programmi d'investimento tecnologico informatico e strutturale

C.1.1. Il Piano degli investimenti tecnologici

C.1.2. Il Piano di sviluppo dei sistemi informatici

C.1.3. Il Piano degli investimenti strutturali: azioni di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture

C.2 Sviluppo di sistemi di gestione di risorse umane in relazione alle loro reali attitudini, alla possibilità di crescita professionale quale valore aggiunto per l'Azienda

C.2.1. Le azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane: le politiche assunzionali

C.3 Sviluppo di sistemi per la valutazione continua dell'efficiamento dei livelli di assistenza programmati e l'utilizzo delle risorse a garanzia della sostenibilità economica dell'Azienda

C.3.1. Agevolazione della conoscenza dei sistemi di programmazione e controllo, condivisione degli strumenti di rendicontazione e monitoraggio per la verifica e valutazione costante dei programmi condivisi

C.3.2. Riconoscere e condividere le buone prassi presenti in Azienda al fine del miglioramento continuo

C.3.3. Attuazione di azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di intervento nell'erogazione / qualità delle cure attraverso la collaborazione attiva della parte tecnico- amministrativa

C.3.3.1 Azioni per la garanzia dell'equità all'accesso

C.3.3.2. Controllo e monitoraggio dell'attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.)

C.3.4. L'Unità Farmaci Antiblastici (UFA)

C.3.5. Il Manuale dei Controlli

C.3.6. Azioni per la rendicontabilità dell'attività economica e delle risorse

C.4 Sviluppo di sistemi per la costruzione dell'offerta attiva tra professionisti e tra professionisti e pazienti: la telemedicina

C.5 Valutazione degli investimenti per il miglioramento delle cure e la competitività e l'efficiamento dell'Azienda

C.6 Sviluppo di sistemi atti al miglioramento del benessere organizzativo

C.7 Sviluppo di sistemi di analisi dei processi applicati

C7.1 Azioni di governo del rischio e l'internal auditing

D Costruzione di un patto tra professionisti a garanzia del raggiungimento degli impegni e degli accordi di programma

D.1 Sviluppo del "know - how" aziendale attraverso la costruzione e il governo di reti professionali e implementazione operativa dell'approccio clinico - assistenziale multidisciplinare

D.1.1 L'organizzazione a rete dell'Azienda e il sistema di networking

D.2 Coerenza del sistema di valutazione del merito per una forte valorizzazione delle competenze e delle professionalità di cui l'Azienda dispone

Indice Parte C - Applicazione delle strategie aziendali nei diversi Dipartimenti

Dipartimento delle Professioni Sanitarie

Dipartimento di Emergenza Accettazione e Terapia del dolore

Dipartimento Della salute della donna e del bambino

Dipartimento Medico chirurgico e dei percorsi integrati

Dipartimento Oncematologico di diagnosi e cura

Dipartimento di Neuroscienze e organi di senso

Dipartimento per il Governo dell'offerta e le Cure Primarie

I Distretti

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Prevenzione

Premessa

Il Piano Strategico 2020-2022 è stato elaborato in continuità con il processo di riorganizzazione già delineato nei precedenti documenti di pianificazione, 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 inespresi, risultati raggiunti, risultati da raggiungere e servizi sanitari da attivare per migliorare la sanità viterbese.

La Direzione Strategica intende stringere un forte patto con i professionisti al fine di garantire i target di salute individuati dall'analisi del contesto epidemiologico, attraverso il rafforzamento del sistema delle reti e delle responsabilità ad esse connesse.

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.

Particolare attenzione è stata data all'evoluzione del sistema clinico assistenziale riabilitativo per il raggiungimento dei patti individuali di cura con i cittadini e le azioni per la prevenzione a garanzia del mantenimento dello stato di salute operando anche tramite il corretto dimensionamento dell'offerta ospedale/territorio in un'ottica di efficientamento della rete attraverso la riconversione dei punti di erogazione.

L'appropriatezza è la sfida lanciata verso il futuro: l'implementazione delle Reti clinico assistenziali e dei Percorsi Integrati di Cura, il consolidamento dell'azione delle Centrali Operative per la Gestione delle Cronicità, associate all'individuazione di soluzioni informatiche a supporto delle trasformazioni organizzative, caratterizzano il Piano Strategico 2020-2022.

Il presente documento è articolato in tre 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; la terza è articolata in schede tecniche dipartimentali che rappresentano l'assunzione degli impegni da parte dei Responsabili Aziendali nei confronti della cittadinanza e degli stakeholder in termini di obiettivi e tempi per il loro raggiungimento. Il documento è strettamente connesso al Piano Triennale delle Performance 2020-2022, 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

1B.1 Densità di popolazione

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). articolata in 60 comuni su un territorio di 3612 km², con una popolazione distribuita in modo disomogeneo anche a seguito delle caratteristiche geografiche del territorio.

La popolazione è di 317.030 abitanti (01/01/2019 - ISTAT) con una variazione rispetto all'anno precedente di -0,40%, in valore assoluto la diminuzione è stata di -117 residenti.

Rispetto alla densità di popolazione, su 107 province italiane risulta 69esima, mentre nel confronto con le province del Lazio è la penultima seguita dalla provincia di Rieti.

Classifica delle province del Lazio ordinate per popolazione decrescente.

Provincia/Città	Popolazione		Superficie km ²	Densità abitanti/km	Numero Comuni
	residenti				
ROMA	4.342.212		5.363,28	810	121
LATINA	575.254		2.256,16	255	33
FOSINONE	489.083		3.247,08	151	91
VITERBO	317.030		3.615,24	88	60
RIETI	155.503		2.750,52	57	73
TOTALE	5.879.082		17.232	1.361	378

Fonte: www.tuttitalia.it dati aggiornati al 01/01/2019 - Istat

Andamento della popolazione residente nella provincia di Viterbo.



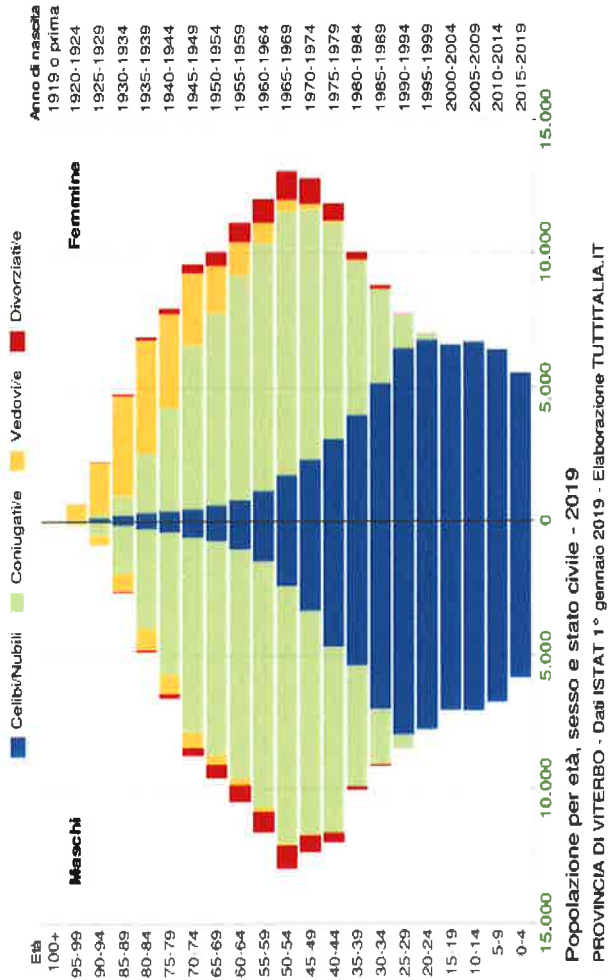
Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI VITERBO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-consuntivo

1B.2 Struttura della popolazione

La Piramide delle età rappresenta la distribuzione della popolazione residente, riportata in classi quinquennali, secondo variabili socio-demografiche. L'analisi dei dati, che evidenzia una maggiore prevalenza di vedove tra le over 65 rispetto agli uomini e di celibi tra i maschi, soprattutto nelle classi più giovani, è funzionale ad una corretta analisi del territorio al fine di permettere alla ASL di organizzare la propria strategia in maniera efficace.



CLASSI DI ETÀ ASL VITERBO - 2018

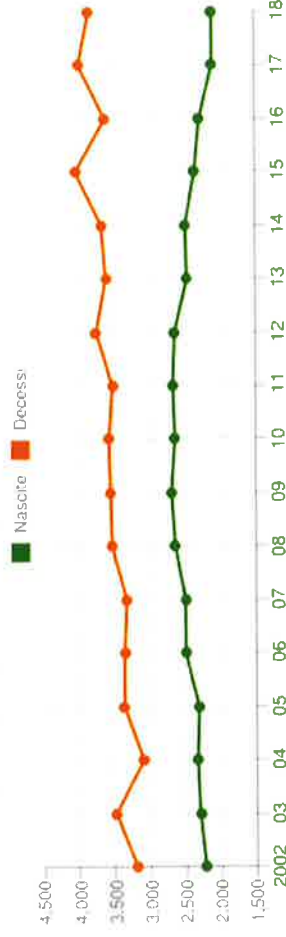


Fonte dati: www.opensalutelazio.it su elaborazione dati Istat

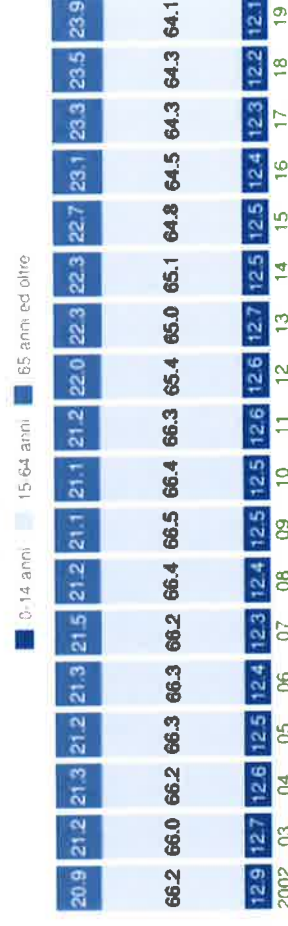
Il saldo naturale, definito come differenza tra nascite (+ 2.101 unità/anno) e decessi (3.836 unità/anno), è rappresentato nel primo grafico ed evidenzia un saldo naturale negativo (-1.735 unità/anno). Nel 2018 è diminuito il numero dei decessi rispetto all'anno precedente. L'andamento delle nascite 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.

La distribuzione per grandi fasce di età in valori percentuali è descritta nel grafico a fianco. Il numero di anziani (over 65) aumenta del 13,9%.

Al 1° gennaio 2019 l'indice di vecchiaia per la provincia di Viterbo mostra la presenza di 197,5 anziani ogni 100 giovani (0-14 anni), superiore a quello del Lazio (pari a 162,6) e alla media italiana (173,1).



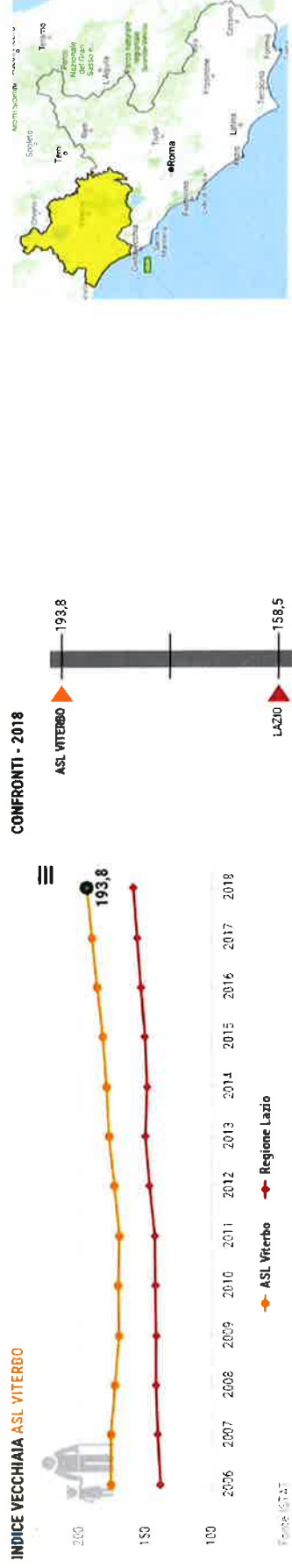
Movimento naturale della popolazione
PROVINCIA DI VITERBO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT



Struttura per età della popolazione (valori %)
PROVINCIA DI VITERBO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

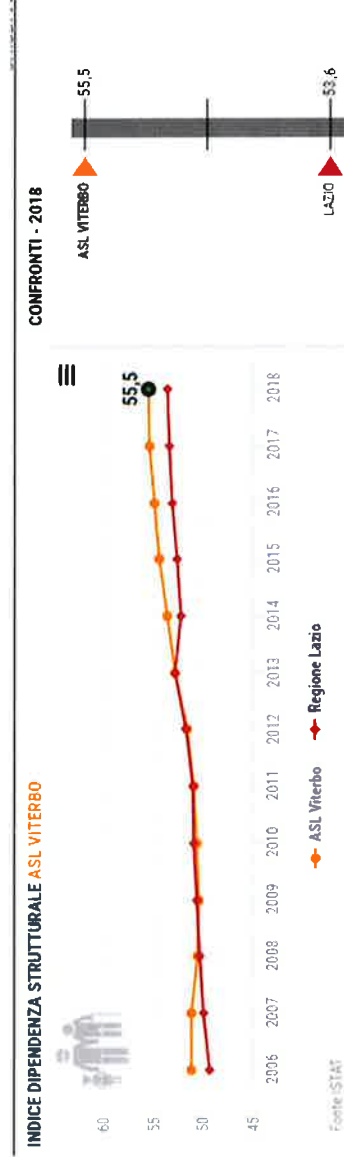
1B.3 Indice di vecchiaia

L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero delle persone con più di 65 anni e il numero dei bambini fino ai 14 anni. La provincia di Viterbo ha un indice di vecchiaia alto rispetto la media regionale e rappresenta il 24% della popolazione.



1B.4 Indice di dipendenza strutturale

L'indice di dipendenza strutturale esprime il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Nella provincia di Viterbo l'indice di dipendenza strutturale è pari a 55,5 significa che ogni 100 persone in età lavorativa ci sono 55,5 persone a carico (bambini e anziani).

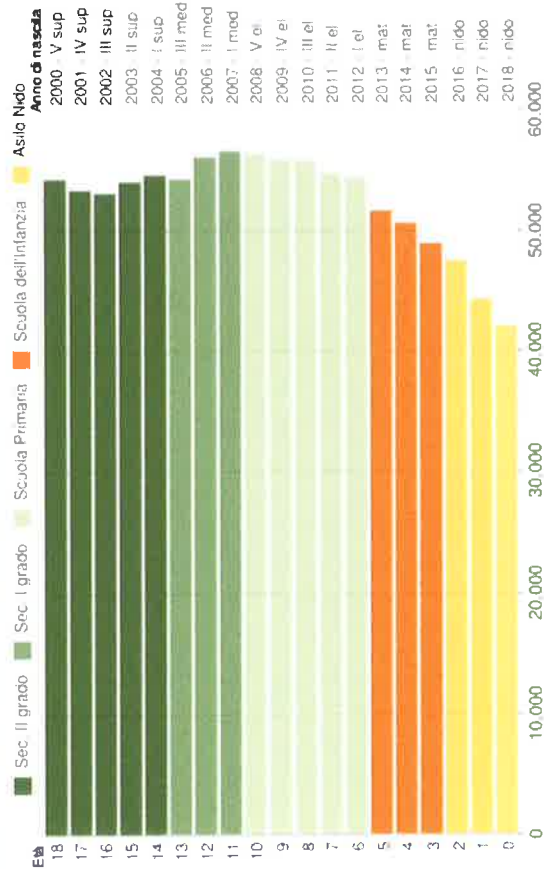


Fonte dati: www.opensalutelazio.it su elaborazione dati Istat

1B.5 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 2019/2020 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. La fascia d'età più numerosa risulta essere quella degli 11 anni con 56.659 alunni afferenti alla scuola primaria IV elementare, di cui la parte maschile ne rappresenta la maggioranza con 29.329 ragazzi.

Popolazione per classi di età scolastica 2019



Popolazione per età scolastica - 2019

LAZIO - Dati ISTAT 1° gennaio 2019 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Distribuzione della popolazione per età scolastica 2019

Età	Maschi	Femmine	Totale
0	21.705	20.415	42.120
1	22.501	21.826	44.327
2	24.471	23.079	47.550
3	24.944	23.960	48.904
4	26.180	24.440	50.620
5	26.582	25.064	51.646
6	27.884	26.589	54.473
7	28.130	26.669	54.799
8	28.693	27.169	55.862
9	28.980	27.002	55.982
10	28.817	27.646	56.463
11	29.329	27.330	56.659
12	28.869	27.278	56.147
13	28.016	26.315	54.331
14	28.197	26.450	54.647
15	27.732	26.352	54.084
16	27.442	25.682	53.124
17	27.560	25.849	53.409
18	28.256	26.054	54.310

LAZIO - Dati ISTAT 1° gennaio 2019 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

1B.6 Indicatori economici relativi alla ricchezza della popolazione della provincia di Viterbo

La provincia di Viterbo nel corso del 2018 ha evidenziato un andamento in linea con quello non particolarmente brillante di tutto il Paese.

Il valore aggiunto, che rappresenta la capacità del sistema locale di produrre ricchezza, si attesta per la provincia di Viterbo nel 2018 a 5.956,8 milioni di euro. La variazione con il 2017 è stata del +1,5%, superiore rispetto allo scorso anno, ma leggermente inferiore all'incremento registrato per l'economia regionale (+1,6%) e nazionale (+1,7%). È ancorato principalmente a commercio e servizi, che pesano per l'80%, dato superiore di ben sei punti percentuali alla media nazionale, così come all'agricoltura che ancora pesa per il 5,1%, dato più che doppio rispetto al dato Italia, viceversa estremamente sottodimensionato il dato del manifatturiero, con il 9,8% rispetto al 19,4% del Paese. Le costruzioni, nonostante il ridimensionamento degli ultimi anni, continuano ad incidere per il 5,2% contro il 4,7% nazionale.

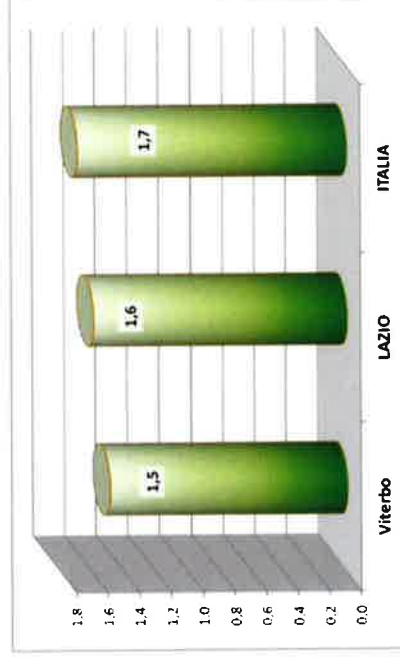
Il 2018 sul fronte delle esportazioni ha evidenziato un calo piuttosto consistente. È il settore alimentare quello che ha maggiormente influito, con una diminuzione delle esportazioni del 28,5%. Viceversa, prosegue il trend positivo del comparto ceramico con un buon +2,6% che continua a recuperare progressivamente quote di mercato arrivando a pesare il 29,6% circa dell'export complessivo provinciale tornando il primo comparto dell'export made in Tuscia. Nuovamente positiva, dopo il brusco stop dello scorso anno, anche la variazione dell'export per l'importante industria tessile (+8,0%), tornata a pesare per il 14,5% dell'export provinciale grazie alla vendita essenzialmente di capi di abbigliamento, con un incremento nel periodo considerato del 9,6%.

Tra i pochi dati positivi del 2018 occorre evidenziare la presenza di una dinamica in crescita relativa al numero di imprese, con un tasso di crescita pari al +0,7%.

Il comparto del turismo con tutti i vincoli territoriali sta cercando comunque di dare delle risposte, le strutture crescono, i servizi turistici anche. Permane qualche difficoltà inerente comunque la possibilità, in alcuni casi, di fare rete o di dare risposta di servizi e ricettività per gruppi.

Fonte: Camera di Commercio Viterbo "19° Rapporto sull'economia della Tuscia Viterbese 2018".

Graf. 1 - Variazione del valore aggiunto a prezzi correnti in provincia di Viterbo, Lazio e Italia 2017-2018 (in %)



Fonte: elaborazione dati ISTAT-Tagliacarne

Tab. 1 -Indicatori economici relativi alla provincia di Viterbo e Italia - Anno 2018

	Viterbo	Italia
Valore aggiunto pro-capite	18.761,9	26.034,2
Tasso di occupazione	55,9	58,5
Tasso di disoccupazione	11,8	10,6
Propensione alle esportazioni	6,04	29,4
Grado di apertura	11,05	56,4
Tasso di finanziamento per cassa (rischi a revoca)	5,61	4,16

Fonte: Elaborazione CCAA di Viterbo

Fonte: elaborazione dati ISTAT-Tagliacarne

1B.7 Tasso di disoccupazione per età (15-65) anni - 2018

Per quanto riguarda il mercato del lavoro, nel corso dell'ultimo anno è nuovamente diminuito il numero degli occupati (-1,3%), ma nel contempo è in flessione consistente anche il numero dei disoccupati (-11,1%), con un tasso di disoccupazione che si attesta all'11,8% che rimane comunque superiore alla media nazionale (10,6%). Un dato ancora preoccupante, che evidenzia un calo delle forze di lavoro ed un nuovo incremento del fenomeno di scoraggiamento con un aumento delle persone, soprattutto di giovane età, che non sono né cerca un impiego e non frequentano una scuola né un corso di formazione o di aggiornamento professionale.

Viterbo si colloca al terzo posto nella Regione per tasso di disoccupazione, con una prevalenza di disoccupazione maschile rispetto alla femminile.

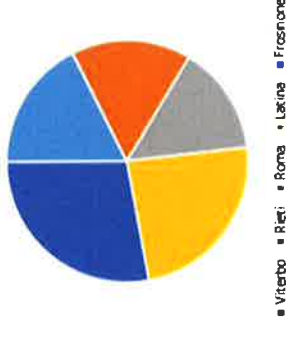
Fonte: Camera di commercio Viterbo "17° Rapporto sull'economia della Tuscia Viterbese 2018"



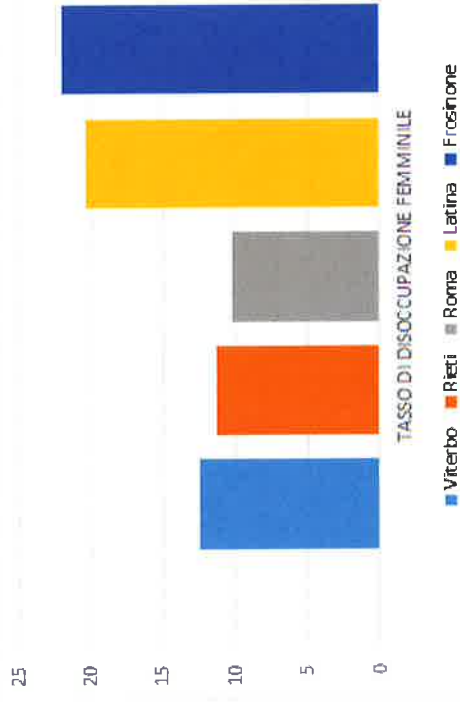
Fonte dati: elaborazioni U.O. Controllo di Gestione su dati ISTAT 2018

TASSO DI DISOCCUPAZIONE 2018	
Roma	9,8
Rieti	10,8
Viterbo	11,8
Latina	16
Frosinone	18,7

TASSO DI DISOCCUPAZIONE 2018



Fonte dati: elaborazioni U.O. Controllo di Gestione su dati ISTAT 2018



Fonte dati: elaborazioni U.O. Controllo di Gestione su dati ISTAT 2018

1B.8 Popolazione con cittadinanza straniera

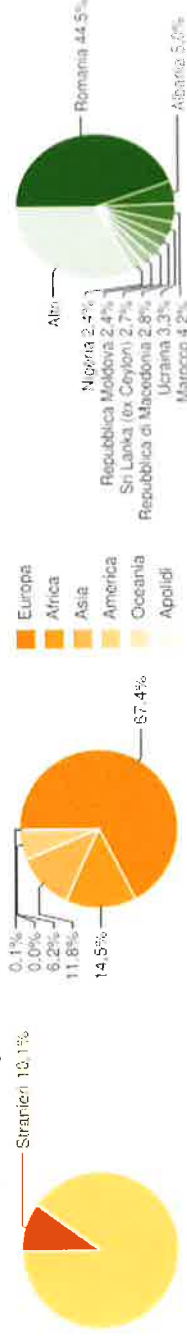
La popolazione con cittadinanza straniera residente nella provincia di Viterbo è progressivamente cresciuta negli ultimi 10 anni; al 1° gennaio 2019 gli stranieri risultano essere 31.158 (presenza in aumento rispetto al 2018) e rappresentando il 10,1% della popolazione residente; la popolazione immigrata, che risulta essere in aumento rispetto al 2018, è di fatto diventata una componente strutturale nel territorio con una maggiore presenza femminile (16.548 donne contro 15.238 uomini). La composizione della popolazione straniera evidenzia però caratteristiche inverse a quelle degli abitanti nativi nel viterbese; essa descrive una popolazione più giovane soprattutto in età riproduttiva determinando conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari.



1B.9 Distribuzione per area geografica della popolazione con cittadinanza straniera

Il grafico a sinistra indica la percentuale degli stranieri residenti nella provincia di Viterbo, quello centrale il dettaglio dei continenti di origine. Il grafico a destra, invece, mostra lo stato di provenienza dei cittadini stranieri.

La comunità straniera rappresenta il 10,1 % della popolazione. Il principale continente di origine è l'Europa (67,4%). Nel dettaglio, i maggiori paesi di provenienza sono la **Romania** con il 44,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (5,0%) e dal **Marocco** (4,2%).



Distribuzione per area geografica di cittadinanza. Fonte: Dati ISTAT 1° Gennaio 2019 - TUTTITALIA.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, come anche la crescita dei parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana, sono ad oggi dati acquisiti utili a programmare in maniera idonea l'accoglienza, l'integrazione e la sostenibilità delle cure.

2 I BISOGNI DI SALUTE

2A Valutazione dei bisogni di salute

Nel seguente paragrafo sono stati aggiornati i dati relativi all'analisi dei bisogni di salute (funzione assegnata al coordinamento dell'area territoriale dell'ASL di Viterbo) 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 poi estesa su tutto il territorio provinciale. La parte finale del paragrafo è stata, infine, dedicata ad un focus sulla popolazione con cittadinanza straniera.

L'analisi è sviluppata sui tre distretti territoriali A, B, C istituiti con Atto Aziendale approvato con DCA n. U00115/2015. Il dato disaggregato 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.

Il dato regionale 2016 (più recente) 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.

2A.1 Metodologia

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.

A seguire vengono illustrati esempi di tabelle di analisi.

Mappe dei Distretti



2B Frequenza malattie

2B.1 Gruppo patologie: dati di prevalenza Malattia di Parkinson

Genere: Tutti (maschi e femmine) / Classi età: Tutte le classi / Anni: Ultimo anno disponibile 2016

La tabella mostra un tasso standardizzato per la patologia elevato presso il Distretto A (ex distretto 1 dove sono presenti 653 casi di parkinson) e il corrispondente rischio relativo è pertanto il più alto della Provincia.

AREA (x 1000 residenti)	Numero assoluto	Tasso standardizzato	Tasso grezzo	Rischio relativo
LAZIO	27.409	11,3	11,2	1
ASL Viterbo	1.672	11,5	11,7	1,02
ASL Viterbo, Distretto A	653	12,6	13,6	1,12
ASL Viterbo, Distretto B	461	10,9	11,1	0,97
ASL Viterbo, Distretto C	558	11	10,6	0,97

2B.2 Gruppo patologie: dati di prevalenza Diabete

Genere: Tutti (maschi e femmine) / Classi età: Tutte le classi / Anni: Ultimo anno disponibile 2016

La tabella mostra un tasso standardizzato per la patologia elevato presso il Distretto C con 8.150 casi. Il fattore di rischio è influente sulla comparsa della malattia essendo pari o inferiore ad 1 in tutto il territorio provinciale.

AREA (x 1.000 residenti)	Numero assoluto	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	Rischio relativo
LAZIO	379.445	98,3	99,2	1
ASL Viterbo	21.293	98,8	95,5	0,96
ASL Viterbo, Distretto A	7.192	103,3	94,2	0,95
ASL Viterbo, Distretto B	5.951	92	90,9	0,92
ASL Viterbo, Distretto C	8.150	100,4	100,5	1,01

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Open Salute Lazio

2B.3 Gruppo patologie: dati di prevalenza Broncopneumopatia cronico-ostruttiva

Genere: Tutti (maschi e femmine) / Classi età: Tutte le classi / Anni: Ultimo anno disponibile 2016

Il valori del Distretto C sono strettamente in connessione con la tipologia di attività industriale (polo lavorazione della ceramica) significativamente presente nel territorio di Civita Castellana.

AREA (x 1000 residenti)	Numero assoluto	Tasso standardizzato	Tasso grezzo	Rischio relativo
LAZIO	294.374	107,4	76,3	1
ASL Viterbo	13.933	87,9	64,7	0,82
ASL Viterbo, Distretto A	4.437	81,6	63,7	0,76
ASL Viterbo, Distretto B	3.857	83,7	59,6	0,78
ASL Viterbo, Distretto C	5.639	97	69,5	0,91

2B.4 Gruppo patologie: Dati di prevalenza Sclerosi Multipla

Genere: Tutti (maschi e femmine) / Classi età: Tutte le classi / Anni: Ultimo anno disponibile 2016

La tabella mostra per il Distretto B un tasso standardizzato superiore a quello regionale.

AREA (x 1000 residenti)	Numero assoluto	Tasso standardizzato	Tasso grezzo	Rischio relativo
LAZIO	9525	163	161,8	1
ASL Viterbo	479	151	149,6	0,93
ASL Viterbo, Distretto A	122	125,3	122	0,77
ASL Viterbo, Distretto B	163	168,8	167,5	1,04
ASL Viterbo, Distretto C	194	157,9	157,7	0,97

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Open Salute Lazio

2B.5 Gruppo patologie: dati di incidenza Ictus cerebrale

Genere: Tutti (maschi e femmine) / Classi età: Tutte le classi / Anni: Ultimo anno disponibile 2016

Per la patologia ictus cerebrale, la tabella mostra un tasso standardizzato elevato presso il Distretto C, dove sono presenti 133 casi. La patologia mostra però un rischio relativo a livello provinciale inferiore ad 1, pertanto ininfluente.

AREA (x 1000 residenti)	Numero assoluto	Tasso standardizzato	Tasso grezzo	Rischio relativo
LAZIO	5593	115,3	107,4	1
ASL Viterbo	332	113,8	111,7	0,99
ASL Viterbo, Distretto A	110	109,6	115,2	0,95
ASL Viterbo, Distretto B	89	105,3	101,5	0,91
ASL Viterbo, Distretto C	133	124,2	116,8	1,08

2B.6 Gruppo patologie: dati di incidenza Infarto miocardico acuto

Genere: Tutti (maschi e femmine) / Classi età: Tutte le classi / Anni: Ultimo anno disponibile 2016

Per la seguente, patologia la tabella mostra un tasso standardizzato elevato presso il Distretto C, dove sono presenti 376 casi. La patologia mostra però un rischio relativo inferiore ad 1, pertanto ininfluente.

AREA (x 1.000 residenti)	Numero assoluto	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	Rischio relativo
LAZIO	16.103	146,3	148,7	1
ASL Viterbo	893	145,7	142,5	0,96
ASL Viterbo, Distretto A	263	133,6	124,3	0,84
ASL Viterbo, Distretto B	254	138,1	137,9	0,93
ASL Viterbo, Distretto C	376	162	162,3	1,09

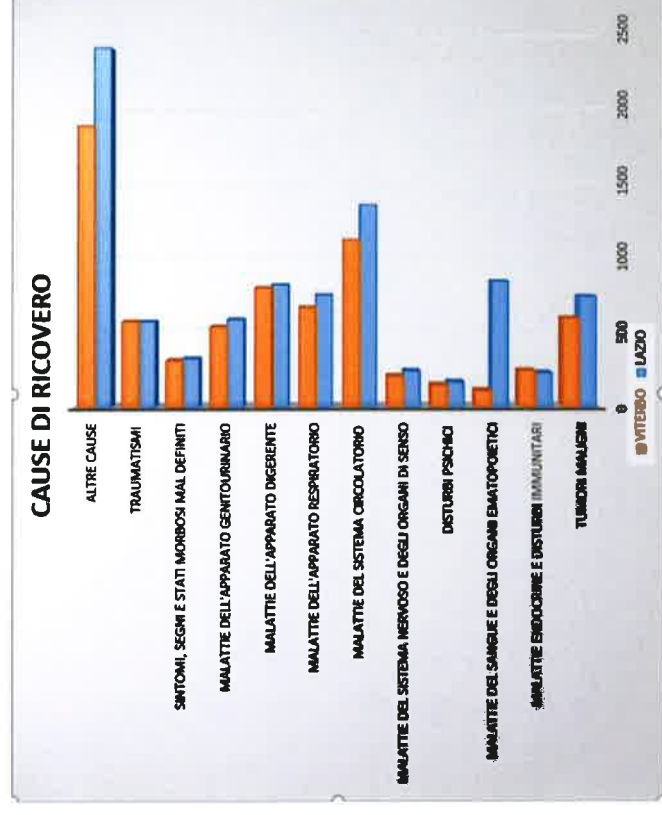
Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Open Salute Lazio

2B.7 Tasso di ricovero standardizzato anno 2018 ASL Viterbo

Tra le cause di ricovero dei residenti della ASL di Viterbo figura al primo posto per "Altre cause" (ICD9 001-139, 210-239, 630-779, 960-999), che raggruppa una serie voci come ad esempio le malattie infettive e parassitarie, i tumori benigni e non specificati, le complicazioni della gravidanza e del puerperio. Il valore si attesta al di sotto della media regionale. Seguono le malattie del sistema circolatorio. Le malattie dell'apparato digerente e quelle dell'apparato respiratorio sono entrambe sotto la media regionale. Unica causa di ricovero che registra un dato superiore alla media regionale è rappresentato dalle malattie endocrine e disturbi immunitari.

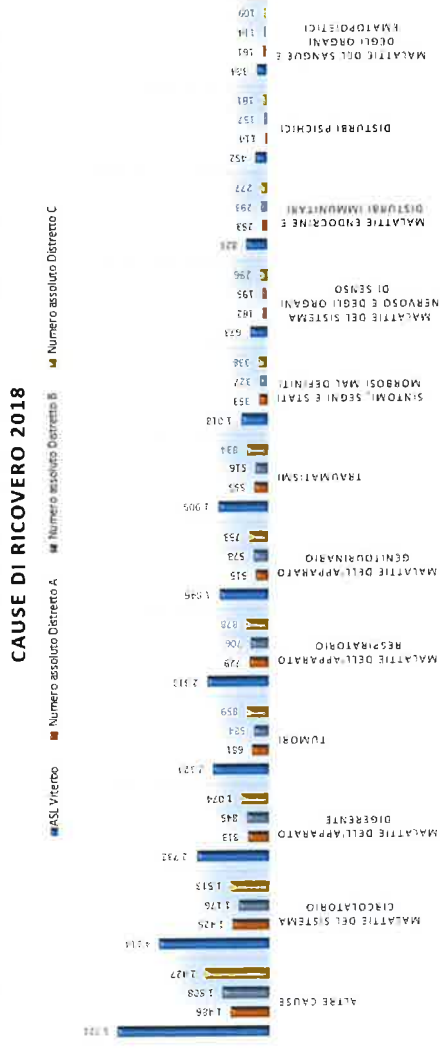
I ricoveri per tumore maligno, nonostante subiscano un leggero aumento nel corso del 2018, passando da un tasso standardizzato del 2016 di 576,1 a 589,8 del 2018 (range 565,1-615,6), rappresentano ancora un dato decisamente inferiore a quello regionale.

ANNO DI RIFERIMENTO 2018	LAZIO	VITERBO
CAUSE DI RICOVERO		
ALTRE CAUSE	2392,5	1873
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	1343,8	1110,9
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	813,1	793,7
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	743,7	662,7
TUMORI MALIGNI	735	589,8
TRAUMATISMI	567,6	569,2
MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	581,3	534
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	320,2	309,2
MALATTIE ENDOCRINE E DISTURBI IMMUNITARI	225,7	240,6
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO	238,3	204,3
DISTURBI PSICHICI	164	145,4
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	835	108,2



Fonte dati: www.opensalutelazio.it

2B.8 Tasso di ricovero standardizzato anno 2018 - Distretti a confronto



Tra le cause di ricovero dei residenti all'interno dei Presidi Ospedalieri ASL Viterbo figurano al primo posto le malattie del sistema circolatorio. Seguono le malattie dell'apparato digerente e tumori.

Il Distretto A, rispetto al restante territorio provinciale, ha una maggiore incidenza per tasso di ricovero delle malattie cardiocircolatorie, il distretto C ha invece un tasso di ospedalizzazione più alto per malattie dell'apparato genitourinario, tumori e traumatismi.

Cause di ricovero 2018	Numero assoluto		Distretto A		Distretto B		Distretto C	
	Lazio	ASL Viterbo	Numero assoluto Distretto A	Tasso di ricovero Distretto A	Numero assoluto Distretto B	Tasso di ricovero Distretto B	Numero assoluto Distretto C	Tasso di ricovero Distretto C
N° ricoveri complessivi	496.248	24.105	7.267	7.378,49	7.299	7.499,16	9.539	7.869,81
Altre cause	136.488	5.721	1.486	1.508,80	1.609	1.857,58	2.427	2.002,31
Malattie del sistema circolatorio	85.608	4.114	1.425	1.446,86	1.176	1.208,25	1.513	1.246,25
Malattie dell'apparato digerente	49.319	2.732	813	825,47	845	858,17	1.074	895,07
Tumori	45.990	2.324	681	691,45	584	600,01	859	706,69
Malattie dell'apparato respiratorio	45.725	2.312	729	740,18	705	725,36	878	724,36
Malattie dell'apparato genitourinario	35.442	1.846	515	522,90	578	593,85	753	621,24
Traumatismi	35.024	1.905	555	563,51	516	530,15	834	688,05
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	19.358	1.018	353	358,42	327	335,97	338	278,85
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	14.298	673	182	184,79	195	200,35	296	244,20
Malattie endocrine e disturbi immunitari	13.575	823	253	256,88	293	301,03	277	228,53
Disturbi psichici	9.517	452	114	115,75	157	161,31	181	149,33
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	5.173	384	161	163,47	114	117,13	108	89,53

Fonte dati Open Salute Lazio su elaborazione Controllo di Gestione

popolazione residente al 1° gennaio 2019 per distretto	Maschi	Femmine	totale M+F
DISTRETTO A	48.257	50.232	98.489
DISTRETTO B	47.293	50.036	97.331
DISTRETTO C	59.677	61.533	121.210
Totale complessivo	155.227	161.803	317.030

2C 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.

2C.1 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.

2C.2 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.

2C.3 Metodo

Per la descrizione dei singoli ambiti sono stati utilizzati in maniera integrata molteplici flussi e fonti di dati, prendendo 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.

2C.4 Proposta di Piano per la Salute Aziendale

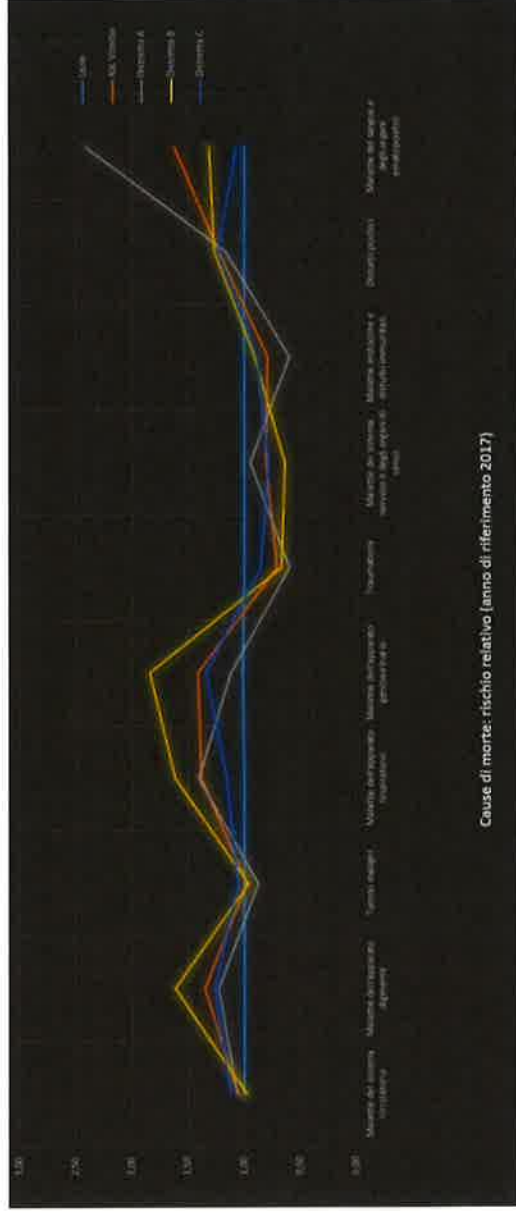
La Asl di Viterbo si caratterizza per avere:

- 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'impovertimento 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%.

2C.5 Cause di morte: rischio relativo per distretto



Rischio relativo (M+F) mortalità	Lazio	ASL Viterbo	Distretto A	Distretto B	Distretto C
Altre cause	1,00	1,39	1,01	1,20	1,94
Malattie del sistema circolatorio	1,00	1,05	1,06	0,97	1,11
Malattie dell'apparato digerente	1,00	1,35	1,22	1,61	1,26
Tumori maligni	1,00	0,97	0,87	0,96	1,05
Malattie dell'apparato respiratorio	1,00	1,38	1,40	1,61	1,15
Malattie dell'apparato genitourinario	1,01	1,41	1,11	1,84	1,34
Traumatismi	1,00	0,70	0,59	0,66	0,85
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1,00	4,45	5,38	3,72	4,07
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	1,00	0,80	0,94	0,63	0,78
Malattie endocrine e disturbi immunitari	1,00	0,79	0,59	0,90	0,88
Disturbi psichici	1,00	1,22	1,16	1,26	1,23
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	1,00	1,52	2,41	1,31	1,07

Fonte dati: <https://www.opensalutelazio.it/> su elaborazione U.O.S Controllo di Gestione

Il **rischio relativo** (*risk rate*, **RR**) è la probabilità che un soggetto, appartenente ad un gruppo esposto a determinati fattori, sviluppi la **malattia**, rispetto alla probabilità che un soggetto appartenente ad un gruppo non esposto sviluppi la stessa malattia. Questo indice è utilizzato negli **studi di coorte** dove l'esposizione è misurata nel tempo.

Se l'RR risulta uguale a 1 il fattore di rischio è influente sulla comparsa della malattia; se l'RR è maggiore di 1 il fattore di rischio è implicato nel manifestarsi della malattia; se l'RR è minore di 1 il fattore di rischio difende dalla malattia (fattore di difesa).

Per la tabella e i grafici sono stati utilizzati i dati di Open Salute Lazio, che confermano quelli aziendali.

Per il distretto A il fattore di rischio maggiore riguarda le malattie del sangue e degli organi ematopoietici, patologie che comunque risultano maggiori di 1 anche negli altri distretti, anche se in misura inferiore.

Malattie dell'apparato respiratorio, digerente e genitourinario rappresentano il maggior rischio relativo della ASL di Viterbo con un'incidenza significativamente maggiore per il distretto B

2D 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, Procono, 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 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 dell'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. È nella contrapposizione di stili di vita e di abitudini alimentari tra uomini e donne che forse va ricercata l'eziologia di questa patologia.

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

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

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

2E 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.

2F 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 nocciolocoltura 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.

2G 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 informativo condiviso;
- la disponibilità di incentivi economici per promuovere la prevenzione, la riabilitazione e la sussidiarietà.

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

2H Le reti assistenziali

2H.1 Quadro prospettico delle Reti e dei Percorsi Aziendali nella ASL di Viterbo

La successive diapositive mostrano le azioni di riorganizzazione territoriale messe in campo dall'Azienda. Elencano 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.



PERCORSO/RETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI RIFERIMENTO
POOL INFERMIERISTICO vaccinale e radiologico interventistico	del.ne 955 del 20/6/2017	DCA 89/2017
organizzazione week hospital	del.ne 199 del 12/2/2019	
RIMODULAZIONE POSTI LETTO RETE OSPEDALIERA,ASL VITERBO	del.ne n. 731 del 2/5/2018	DCA 257/2017
PROCEDURA STESURA PIANO DIFFUSIONE	del.ne 202 del 12/2/2019	
ATTO DI RIMODULAZIONE AREA MEDICA PER INTENSITA' DI CURA	del.ne n. 822 del 2/15/2018	DCA 52/2018
PIANO RIORGANIZZAZIONE SORVEGLIANZA HIV E AIDS	del.ne 1053 del 20/6/2018	DCA 30/2018
la rete riabilitativa aziendale	del.ne 1422 del 22/8/2017; del.ne 200 del 12/2/2019	DCA 159 DEL 13/6/2016
rete terapia del dolore e cure palliative	del.ne 367 del 20/3/2017 - revisione con del.ne 654 del 18/4/2017	DCA 568/2015 e DCA 360/2015
rete cardiologica	del.ne 485/2016	DCA 47/2014
rete radiologica aziendale	del.ne 602/2014	
rete chirurgica	del.ne 239/2016	DCA 368/2014
U.P.A.C. (unità di programmazione dell'attività chirurgica) e percorsi di preospedalizzazione; REVISIONE DELLE FUNZIONI e regio blocco operatorio	del.ne 1000 del 1/8/2016; 120 del 30/1/2019; del.ne 2095 del 17/10/2019	
rete dei laboratori di genetica medica; revisione procedura operativa laboratorio genetica medica	del.ne 717/2016; del.ne n. 2428 del 28/12/2018	DCA 549 DEL 18/11/2015
rete aziendale per i disturbi cognitivi e le demenze	del.ne 1309 del 2/9/2019	
rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (MAD)	del.ne D.G. n. 1009 del 4/8/2016	
rete Odontoiatrica	del.ne 1626 del 18/9/2017; del.ne 1418 del 9/8/2018	DCA 586/2015
patia carcinoma della mammella - breast unit	del.ne 1015/2013; del.ne 603 del 24/4/2019	
istituzione G.O.M (gruppi multidisciplinari oncologici ASL VT	del.ne 655/2017	
PIC COLON RETTO	del.ne 655 del 26/4/2017	DCA 30/2017
REGOLAMENTO UFA	del.ne 1987 del 5/11/2018	
percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il tumore del polmone	del.ne 81/2015; del.ne 29 del 18/1/2017	DCA 419/2015
rete endocrinologica aziendale PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON NODULO TIROIDEO	del.ne n. 473 del 1/9/3/2019	
PDTA PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATICA	del.ne 1044 del 20/6/2018	DCA 358 DEL 28/8/2017
percorso sclerosi multipla	del.ne 796/2016	DCA 386/2014
percorso autorizzativo assistenza protesica	del.ne 390/2016	DCA 384 DEL 4/8/2015
procedura per la prevenzione lesioni da pressione	del.ne 2379 del 27/12/2018	
percorso donazione organi e tessuti	del.ne 1566 del 30/7/2019	
procedura operativa per la gestione degli accessi venosi	del.ne 469 del 19/3/2019	
Obesity Unit e ambulatorio integrato D.A.	del.ne 60 del 23/1/2019	DCA 80/2016
PROTOCOLLO ACCERTAMENTI PER OMICIDIO STRADALE	del.ne 1621 del 19/9/2018	DCA 288/2016 e L. 41/2016
percorso per l'appropriatezza diagnostica endoscopica	del.ne 351/2016	DCA 437 DEL 28/10/2013 e D.M. del 9/12/2015
percorso per l'appropriatezza diagnostica di immagini	del.ne 271/2016	DCA 437 DEL 28/10/2013
PROCEDURA RISONANZA MAGNETICA IN PORTATORI DI PACE MAKER	DEL NE 1949 DEL 10/10/2018	
appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali	del.ne 1008 del 4/8/2016	
Patient Blood Management	del.ne 254/2018	
procedura assistenza vittime violenza di genere "Non avere paura"	del.ne 333/2016	DCA 113/2017
NON AVER PAURA Hospedale	del.ne 333 del 7/3/2016	DCA 152 DEL 12/5/2014
percorso unico per le donne che subiscono violenza	del.ne 789 del 28/5/2019	DCA 152/2015
NON AVER PAURA Territorio	del.ne 1019 del 22/6/2017	DCA 152/2015
procedura violenza sui minori	del.ne 806/2016	L. 208 del 28/12/2015

PERCORSORETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI RIFERIMENTO
lavoro del volontariato	del.ne 1148 del 20/9/2016	
azienda migrant friendly	del.ne 1524 del 26/11/2016	
procedura per la gestione emergenza migranti	del.ne 1141 del 20/9/2016	
poti idrus e trombolisi	del.ne 305/2015	DCA 75/2010, DCA 90/2010
percorso stroke ischemia cerebrale	del.ne 1787 del 29/8/2019	
procedura trauma maggiore	del.ne 1899/2017	DCA 412/2014; DCA 368/2014
protocollo provinciale infarto del miocardio e percorsi cardiologici	del.ne 660 del 18 aprile 2018	DCA 257/2017
TRASFORMAZIONE DA P.P.I. A P.A.T. A Montefascone e Roncoleone.	del.ne 122 del 31/1/2019	DCA 257/2017
protocollo bed management	del.ne 952/2016	DCA 257/2017
PATIENT MANAGEMENT NEL P.S. BELCOLLE	del.ne 111 del 29/1/2018	DCA 257/2017
gestione flussi ricoveri da PS	del.ne 214,3 del 30/11/2018	LINEA 11.1 DEI PROGRAMMI OPERATIVI (DCA 52/2017)
percorsi fast track al P.S. Belcolle	del.ne 838/2016	DCA 412/2014
Attivazione dei programmi attività Territoriali (PAT)	del.ne 644/2016	
Modello condiviso per la valutazione dei bisogni territoriali	del.ne 90 del 18/1/2016	
modello di funzionamento PUA, umid e pai	del.ne 1313 del 23/7/2018	DGR 149/2018
poti scompenso cardiaco	del.ne 338/2014	
poti diabete	del.ne 986/2013	DCA 581 del 14/7/2015
PIC-DIABETE	del.ne 369 del 28/2/2018	DCA 581/2015; DCA 113/2016
PIC-BPCO	del.ne 367 del 28/2/2018	DCA 113/2016
PIC-SCOMPENSO CARDIACO	del.ne 366 del 28/2/2018	Piano Nazionale per la Prevenzione delle malattie cardiovascolari 2009/2013
PIC-TAO	del.ne 368 del 28/2/2018	
percorsi di presa in carico minori e giovani adulti con problemi Psichiatrici, dipendenza sottoposti a procedimento penale	del.ne 699/2016	dca 188/2015
PERCORSO TUTELA SALUTE MENTALE ADULTO IN AMBITO PENITENZIARIO - istituzione tavolo tecnico	del.ne n. 371 del 28/2/2018	DCA n. U00563/2017
PDTA RISCHIO SUICIDIO IN CARCERE	del.ne 1386 del 30/7/2018	DCA 563/2017
PDTA GESTIONE DELLE URGENZE IN PSICHIATRIA	del.ne 1045 del 20/6/2019	
Piano di Prevenzione Aziendale	del.ne 1865 del 29/12/2016; del.ne 784 del 7/5/2019	DCA 593/2015
Piano Aziendale Miglioramento screening mx e colon retto	del.ne D.G. 1887 del 29/12/2016	DCA 309/2015 E DCA 593/2015
Progetto Malattie sessualmente Trasmissibili	del.ne 1921 del 23/9/2019	
percorso nascita	del.ne 1378 del 10/7/2019	DCA 152/2014
gestione del rooming in	del.ne 1310 del 27/2/2019	
PERCORSO PARTO A DOMICILIO	del.ne 1020 del 22/6/2017; del.ne 1378 del 10/7/2019	DCA 395/2016
PERCORSO PERIPARTUM	del.ne 1601 del 11/9/2017	DSM 5.APA 2013; DCA 152/2014
Percorso Mamma Segreta	del.ne 2096 del 17/10/2019	
Centro Provinciale disturbi Specifico Autistico	del.ne 1018 del 22/6/2017	
Centro di Riferimento per le Paralisi Cerebrali Infantili	del.ne 1081 del 5/7/2017	DCA 457 del 22/12/2014

**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 compromettono 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 visite differibili;
- 60gg. per le prestazioni 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 del 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 10/11/2019 al 10/11/2019	dal 28/10/2019 al 03/11/2019	dal 21/10/2019 al 27/10/2019
VISITA CARDIOLOGICA	97,2 %	96,7 %	96,6 %
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA ENDOCRINOLOGICA	100,0 %	95,0 %	88,9 %
VISITA NEUROLOGICA	100,0 %	100,0 %	96,7 %
VISITA OCULISTICA	100,0 %	96,2 %	100,0 %
VISITA ORTOPEDICA	94,9 %	100,0 %	90,0 %
VISITA GINECOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA UROLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA DERMATOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA FISIATRICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA GASTROENTEROLOGICA	95,8 %	100,0 %	100,0 %
VISITA ONCOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA PNEUMOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
MAMMOGRAFIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE			100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	100,0 %	100,0 %	
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME COMPLETO	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	100,0 %	100,0 %	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 04/11/2019 al 10/11/2019	dal 28/10/2019 al 03/11/2019	dal 21/10/2019 al 27/10/2019
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	100,0 %		100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO			100,0 %
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	100,0 %	100,0 %	100,0 %
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
RMN COLONNA VERTEBRALE	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ECOGRAFIA CAPO E COLLO	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ECOCOLORDOPPLER CARDIACA	100,0 %	95,5 %	100,0 %
ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI	91,7 %	78,6 %	87,5 %
ECOCOLORDOPPLER DEI VASI PERIFERICI	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ECOGRAFIA ADDOME	98,0 %	100,0 %	100,0 %
ECOGRAFIA MAMMELLA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
COLONSCOPIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ELETTROCARDIOGRAMMA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	100,0 %	100,0 %	100,0 %
SPIROMETRIA		100,0 %	100,0 %
FONDO OCULARE	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ELETTROMIOGRAFIA	100,0 %		100,0 %

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

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

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 socio-sanitario 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.

Le tabelle mostrano le linee di attività garantite nella Provincia ed il relativo trend.

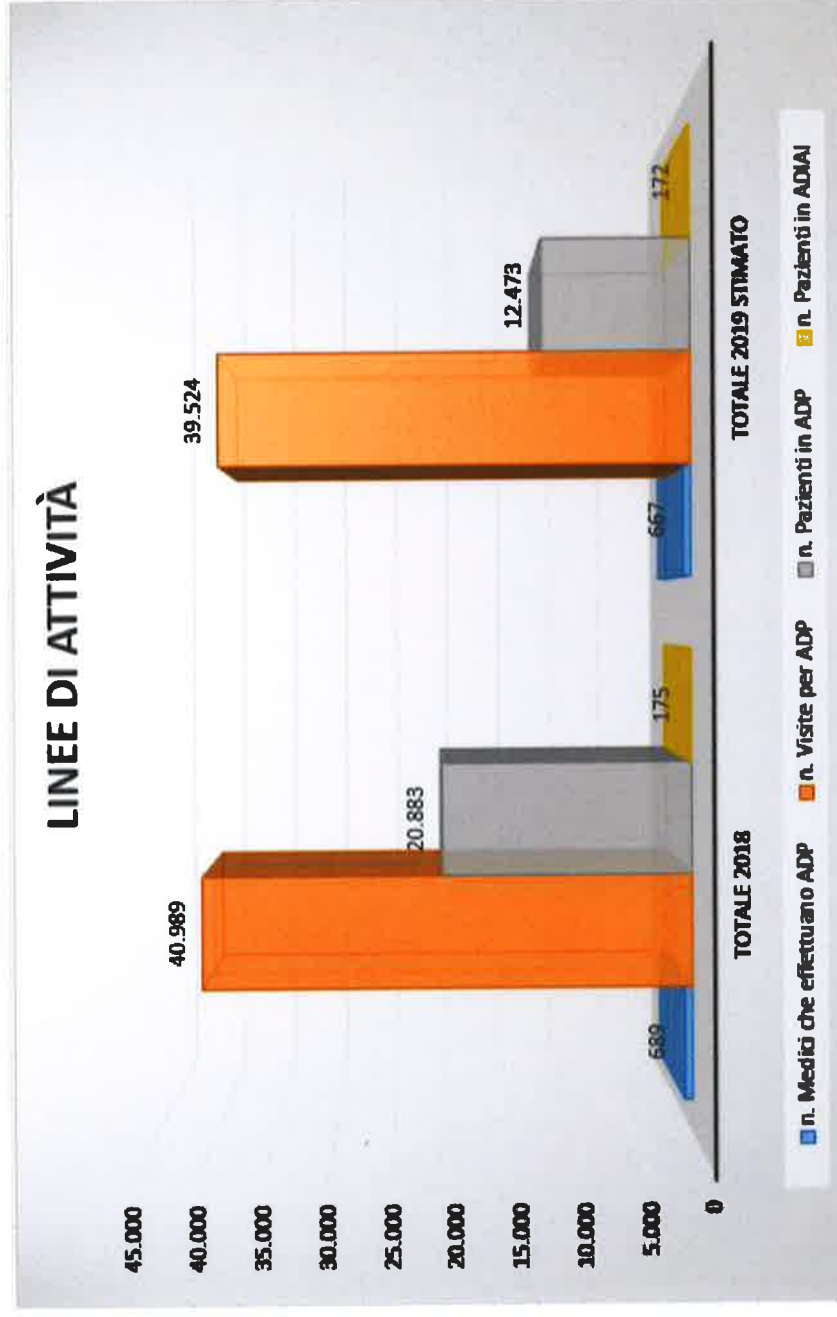
ANNO 2018 - LINEE DI ATTIVITÀ					
INDICATORI	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	Totale 2018
n. Medici che effettuano ADP	175	168	173	173	689
n. Visite per ADP	10.794	10.451	9.881	9.863	40.989
n. Pazienti in ADP	5.634	6.190	5.918	3.141	20.883
n. Pazienti in ADIAI	43	44	43	45	175

Fonte: Dipartimento Cure Primarie

ANNO 2019 - LINEE DI ATTIVITÀ					
INDICATORI	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	Totale 2019 stimato
n. Medici che effettuano ADP	162	178	160	160	667
n. Visite per ADP	9.885	9.895	9.863	9.863	39.524
n. Pazienti in ADP	3.117	3.097	3.141	3.141	12.473
n. Pazienti in ADIAI	42	42	45	45	172

Fonte: Dipartimento Cure Primarie

Il grafico evidenzia i dati di attività riportati nelle tabelle precedenti. Si segnala una riduzione del numero dei pazienti in ADP dovuto ad una mera attività di razionalizzazione e di efficientamento del sistema di gestione delle attività.



Fonte: Dipartimento Cure Primarie elaborazione Controllo di Gestione

3B.1 La Rete sociosanitaria territoriale: Casa della Salute di Soriano nel Cimino

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 i comuni di Soriano nel Cimino e di Bagnoregio.

ANNO 2019					
CDS Soriano nel Cimino*	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	TOT (gennaio-settembre 2019)	STIMA ANNO 2019
Cardiologia	213	494	570	1.277	1.703
Malat. End. Del ric. E del Nutr.	156	136	127	419	559
Otorinolaringoiatria	25	0	0	25	33
Ortopedia e Traumatologia	129	162	132	423	564
Urologia	107	67	60	234	312
Neurologia	35	21	27	83	111
Terapia del Dolore	64	86	73	223	297
Psichiatria	258	108 sosp.		366	488
Ostetricia e Ginecologia	130	79	48	257	343
Chirurgia vascolare	15	17	17	49	65
Pneumologia	66	75	42	183	244
Medicina fisica e riabilitazione	1.029	1.029	652	2.710	3.613
chirurgia generale	17	18	33	68	91
dermatologia	0	0	0	0	0
chirurgia plastica	0	0	0	0	0
PUA	200	151	125	476	635

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. Nel periodo gennaio-settembre sono state registrate 476 prestazioni presso il Punto Unico d'Accesso (PUA), un servizio che si occupa delle persone con problemi sanitari e sociali non facilmente risolvibili autonomamente.

*La Cds di Soriano nel Cimino, dal mese di Aprile 2019 al mese di Settembre 2019, è stata sottoposta a lavori strutturali interni per i quali è stata necessaria non solo una ubicazione e riorganizzazione di tutte le attività ma per alcune di esse anche una, se pur breve, momentanea sospensione.

Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie

3B.2 Casa della Salute di Bagnoregio

CDS Bagnoregio	ANNO 2019					STIMA ANNO 2019
	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	TOT (gennaio-settembre 2019)		
Amb. Prelevi Ematici	7.766	7.886	7.928	23.580	31.440	
Amb. Ecografico	563	686	638	1.887	2.516	
Amb. Di Fisioterapia	0	0	0	0	0	
Amb. Di Oculistica	215	268	273	756	1.008	
Amb. Di Dermatologia	184	202	149	535	713	
Amb. Di Urologia	24	33	0	57	76	
Amb. Di Cardiologia	136	123	132	391	521	
Amb. Di Ortopedia	198	221	172	591	788	
Vaccinazioni Pediatriche	775	773	779	2.327	3.103	
PUA	369	353	318	1.040	1.387	
Amb. FKT	1.240	2.070	2.700	6.010	8.013	
ADI FKT	430	377	390	1.197	1.596	
ADI Inf.	802	731	692	2.225	2.967	
Consultorio psicologia	382	231	70	683	911	
Centro Igiene Mentale	213	317	369	899	1.199	

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.

3C 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.



Percorso Nascita (gennaio settembre 2019)	Distretto A	Distretto B	Distretto C	Totale ASL
N. schede accoglienza	398	494	376	1268
N. agende consegnate	312	494	252	1058
N. certificazioni	126	96	240	462
N. tamponi vaginali	129	0	184	313
N. sedute individuali di rieducazione perineale in puerperio	9	0	21	30
N. incontri di gruppo di rieducazione perineale in puerperio	0	0	0	0
N. Visite ostetriche G	1010	1896	667	3573
N. Visite ostetriche O	142	0	18	160
N. Consulenze G	148	153	321	622
N. Consulenze O	289	175	287	751
N. di CAN iniziati nel trimestre	23	11	22	56
N. tagli cesarei (CAN)	32	57	33	122
N. donne che allattano al seno ad 1 mese (CAN)	138	183	107	428
N. donne che allattano al seno ad 3 mesi (CAN)	115	175	84	374
N. donne che allattano al seno ad 6 mesi (CAN)	135	119	59	313
N. consulenze post-partum (CAN)	91	66	71	228
N. consulenze post-partum totale	153	110	86	349
N. Accessi donne/bambini al gruppo di auto aiuto	223	222	44	489
N. primi accessi donne/bambini che partecipano al gruppo di auto aiuto	63	75	17	155
N. campagne attivate riguardanti la promozione protezione e sostegno dell'allattamento	0	0	0	0

Fonte: Responsabile Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

Percorso Salute Sessuale e Riproduttiva (gennaio settembre 2019)	Distretto A			Distretto B			Distretto C			Totale ASL		
N. schede accoglienza	2188	1572	1651	5411								
di cui straniere	305	410	283	988								
N. accessi donne in età fertile (15 - 49 anni) residenti nella ASL	1683	808	1288	3779								
di cui accessi di donne straniere	317	260	354	931								
N. visite ginecologiche	2361	1537	913	5742								
N. consulenze G	336	74	507	917								
N. consulenze O	675	583	507	1765								
N. tamponi vaginali	223	0	144	367								
N. sedute individuali di rieducazione perineale	33	0	152	185								
N. incontri di gruppo di rieducazione perineale	0	0	15	15								
N. campagne attivate riguardanti la promozione della salute e corretti stili di vita.	0	0	0	0								

Percorso giovani (gennaio settembre 2019)	Distretto A			Distretto B			Distretto C			Totale ASL		
numero	80	15	21	116								

Report DGV (gennaio settembre 2019)	I trim			II trim			III trim			Totale ASL		
Codici rosa attivati dall'ospedale	10	14	19	53								
Codici rosa attivati dall'ospedale e presi in carico dal consultorio	6	5	2	13								
Codici rosa attivati dall'ospedale presi in carico da altri servizi	2	3	4	9								
Codici rosa attivati dal consultorio	1	1	5	7								
Codici rosa attivati dal consultorio e presi in carico dal consultorio	1	1	4	6								
Codici rosa attivati dal consultorio e presi in carico da altri servizi	0	0	1	1								
UMMD attivate dal consultorio	2	1	11	14								

Fonte: Responsabile Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

Percorso per la donna che richiede IVG - DATI DEI SOU SERVIZI SOCIALI (gennaio settembre 2019)	Distretto A	Distretto B	Distretto C	Totale ASI
N. schede accoglienza	0	3	0	3
N. richieste IVG di cui straniere	0	3	0	3
N. totale colloqui per IVG	0	0	0	0
N. colloqui per IVG che esitano nella prosecuzione della gravidanza	0	3	0	3
N. colloqui Assistente Sociale	0	26	0	26
N. certificazioni IVG di cui straniere	0	0	0	0
N. visite post IVG di cui straniere	0	0	0	0
N. donne prese in carico con il percorso IVG (dalla certificazione al controllo post IVG)	0	0	0	0
N. totali richieste di IVG > 90 gg	0	1	0	1

Percorso per la minore che richiede IVG - DATI DEI SOU SERVIZI SOCIALI (gennaio settembre 2019)	Distretto A	Distretto B	Distretto C	Totale ASI
N. schede accoglienza di cui straniere	1	1	1	3
N. richieste IVG di cui straniere	1	0	2	3
N. totale colloqui per IVG	0	0	0	0
N. colloqui per IVG che esitano nella prosecuzione della gravidanza	0	0	0	0
N. colloqui Assistente Sociale di cui straniere	3	16	10	29
N° relazioni per il giudice tutelare	1	1	1	3
N. Colloqui psicologo di cui straniere	0	0	0	0
N. certificazioni IVG di cui straniere	0	0	0	0
N. visite post IVG di cui straniere	0	0	0	0
N. minori prese in carico con il percorso IVG (dalla certificazione al controllo post IVG)	0	0	0	0
N. totali richieste di IVG > 90 gg	0	1	0	1
N. Minori che hanno effettuato IVG > 90 gg	0	1	0	1

Fonte: Responsabile Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

G.L.L. Adozioni (gennaio settembre 2019)		Tot. ASI
n. gruppi di orientamento all'adozione (GOA) attivati		3
n. coppie partecipanti GOA/ n. dichiarazioni disponibilità presentate al Tribunale per Minorenni		13/16
n. dichiarazioni disponibilità/n. coppie prese in carico		16/16
n. relazioni / n. coppie prese in carico		10/16
n. colloqui di coppia / individuali per ciascun percorso attivato		10
n. colloqui di coppia / individuali per ciascun nucleo familiare preso in carico		12

Violenza di genere (gennaio settembre 2019)		Tot.
Pronto Soccorso		46
Pronto Soccorso Codici Rosa attivati		7
Pronto Soccorso Codici Azzurri attivati		
Consultorio familiare		9
n. segnalazioni telefoniche		44
n. accessi al consultorio familiare		21
n. prese in carico		0
n. invio a strutture		

Percorso giovani (gennaio - novembre 2018)		Tot. ASI
Utenti visitati		442
Colloqui eseguiti		517

Fonte: Responsabile Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

Attività ambulatoriale P.O. Belcolle (gennaio settembre 2019)	I Trim.	II Trim.	III Trim.	Totale
Isc. Diagnostiche	162	141	115	418
Eco Ostetriche	249	237	233	719
Eco Ginecologiche	160	154	153	467
Visite Ginecologiche	111	126	98	335
Visita Ostetriche	80	108	84	272
Colposcopie	21	30	21	72
Visite Uroginecologiche	27	19	12	58
Urodinamiche	43	36	25	104
Cardiotocografia	260	267	269	796

Attività ambulatoriale P.O. Monterfascone (gennaio settembre 2019)	I Trim.	II Trim.	III Trim.	Totale
Or. Ginecologia	116	86	65	267
Ost. Ecografie	76	62	58	196
Ambulatorio IVG visite pre Attività Chirurgica di IVG				227
				189

Attività ambulatoriale P.O. Ronciglione (gennaio settembre 2019)	I Trim.	II Trim.	III Trim.	Totale
Or. Ost.-Ginecologia visite	135	91	82	308

Tamponi vaginali/cervicali Belcolle (gennaio settembre 2019)	I Trim.	II Trim.	III Trim.	Totale
numero	188	203	205	596

P.O. Tarquinia (gennaio settembre 2019)	I Trim.	II Trim.	III Trim.	Totale
Visite ginecologiche	26	26	27	79
Eco TV	12	8	14	34

Fonte: Responsabile Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

Attività ginecologiche Distretto A – Visite (gennaio-settembre 2019)	I Trim.	II Trim.	III Trim.	Totale
Eco M12 Tarquinia	19	27	22	68
Eco Morfo Tarquinia	31	34	40*	105
Eco M32 Tarquinia	19	21	17	57
Eco M12 Tuscania	10	8	14	32
Eco M32 Tuscania	6	16	7	29
Eco M12 Acquapendente	6	7	6	19
Eco M32 Acquapendente	5	8	5	18
Eco M12 Montefiascone	17	8	14	39
Eco M32 Montefiascone	16	28	14	58
Eco M12 Bagnoregio	2	0	0	2
Eco M32 Bagnoregio	1	3	4	8
Comprese Morfo del Distretto C fatte per sostituzione ferie				
Visite ospedale Acquapendente				71
Ecografie ospedale Acquapendente				104
Isteroscopie Diagnostiche ospedale Acquapendente				68
Isteroscopie Chirurgiche ospedale Acquapendente (Day surgery)				53

Attività ginecologiche Distretto C (gennaio-settembre 2019)	I Trim.	II Trim.	III Trim.	Totale
Visite Ginecologiche C. Castellana	211	214	169	594
Colloqui senza visita ginecologica C. Castellana	120	126	124	370
Eco del 1° Trimestre di gravidanza C. Castellana	22	32	19	73
Eco Morfologiche C. Castellana	59	58	47	164
Eco del 3° Trimestre di gravidanza C. Castellana	21	36	27	84
Eco con esenzione M 50 C. Castellana	1	2	1	4
Visite Ginecologiche Nepi	0	0	0	0
Eco del 1° Trimestre di gravidanza	37	52	39	128
Eco del 3° Trimestre di gravidanza Nepi	62	29	42	133
Eco con esenzione M 50 Nepi	4	2	0	6
Visite Ginecologiche Ronciglione	74	80	43	197
Colloqui senza visita ginecologica Ronciglione	50	41	28	316
Visite Ginecologiche Vetralla	45	55	22	122
Colloqui senza visita ginecologica Vetralla	6	10	2	18

Fonte: Responsabile Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

3D Il livello di presa in carico di pazienti con patologie mentali

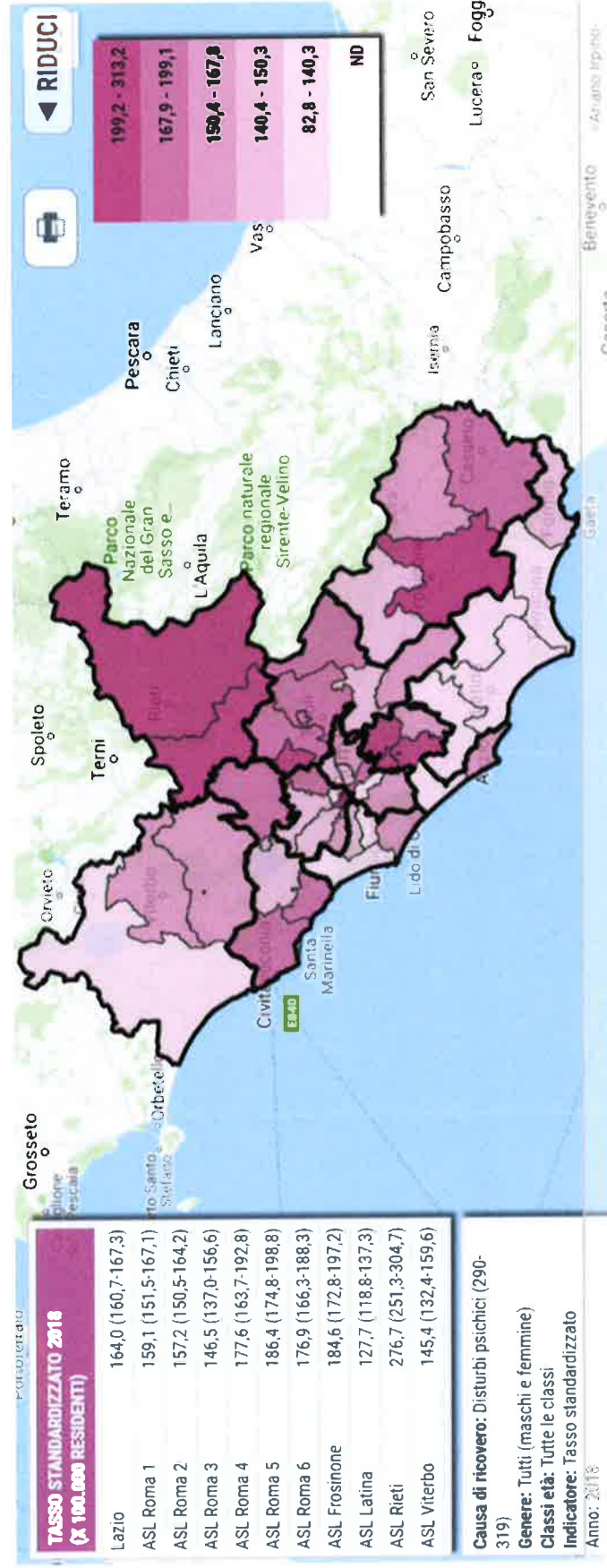
Il Dipartimento di Salute Mentale si pone l'obiettivo di incrementare le azioni di prevenzione e di presa in carico territoriale del paziente con patologie psichiatriche, riducendo l'ospedalizzazione ai soli casi acuti e garantendo al malato una rete capillare e integrata di servizi sul territorio.

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).

3D.1 Cause di ricovero: disturbi psichici



fonte dati: <https://www.opensalutelazio.it>

3D.2 Presa in carico degli utenti

CENTRO DI SALUTE MENTALE	Report DSM			Percentuale di paz. Gravi (schizofrenici e bipolari)
	Utenti in carico (prevalenza di periodo) - dal 01-01-2018 al 31-12-2018 con almeno un trattamento avviato	Utenti in carico (prevalenza di punto al 30/12/2018)	Anno 2018	
Distretto A VT1	642	391		50,00%
Distretto A VT2	658	450		40,86%
Distretto B VT3	1595	712		30,83%
Distretto C VT4	838	808		27,89%
Distretto C VT5	1198	689		66,12%
TOTALE CSM	4931	3050		

Le tabelle mostrano il numero di utenti presi in carico dal DSM nell'anno 2018 e nei primi 6 mesi 2019. Facendo un rapporto tra il numero degli utenti presi in carico nell'anno 2018 e nei primi 6 mesi dell'anno 2018 risulta un numero coerente tra le due rilevazioni. Tuttavia, la percentuale di pazienti gravi risulta in aumento in tutti i CSM

CENTRO DI SALUTE MENTALE	Report DSM dal 01 gennaio al 30 giugno 2019			Percentuale di paz. Gravi (schizofrenici e bipolari)
	Utenti in carico (prevalenza di periodo) dal 01-01-2019 al 30-06-2019 con almeno un trattamento avviato	Utenti in carico (prevalenza di punto al 30/06/2019)		
Distretto A VT1	531	435		58,00%
Distretto A VT2	591	426		50,00%
Distretto B VT3	1103	681		35,00%
Distretto C VT4	680	481		32,00%
Distretto C VT5	1011	692		40,00%
TOTALE CSM	3916	2715		

Fonte dati: elaborazioni Coordinamento SISP DSM

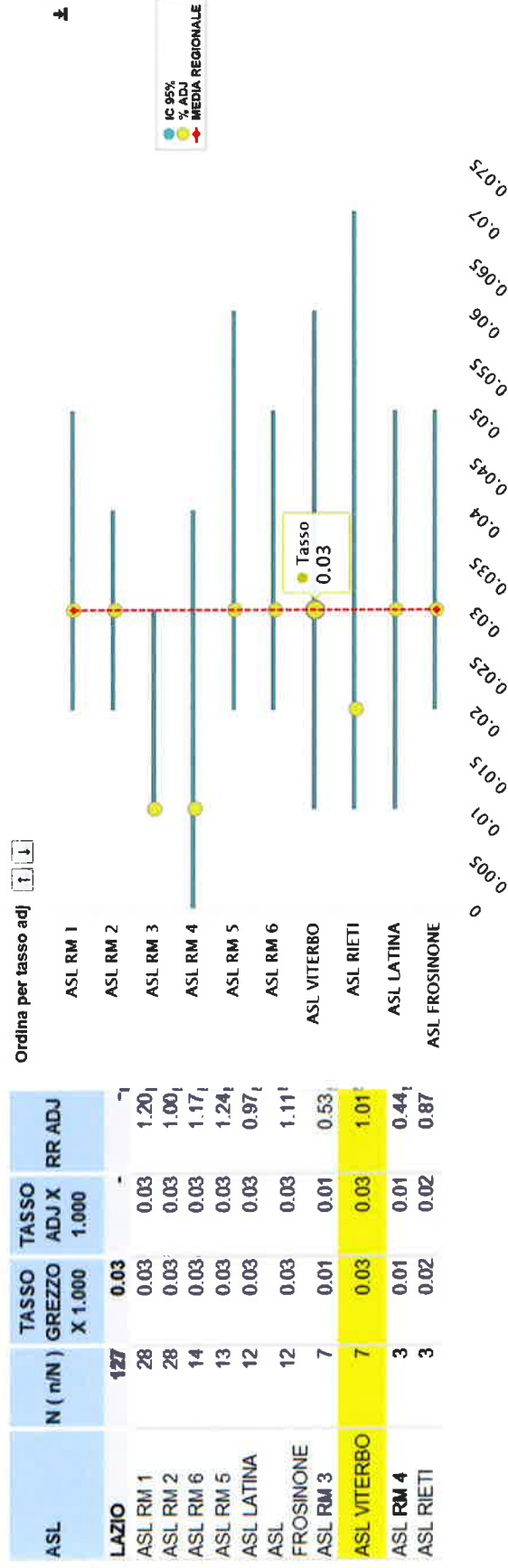
3E La presa in carico delle patologie croniche

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.

The screenshot displays the UniPREVALE website interface. At the top, the logo for 'Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari' is visible, along with the year '2019'. Below the logo, there are several navigation icons: 'DOCUMENTAZIONE', 'FORMAZIONE', 'CONTATTI', and 'PRIVACY'. The main content area features a grid of icons representing different services: 'ASSISTENZA OSPEDALIERA', 'ASSISTENZA TERRITORIALE', 'EMERGENZA', 'ASSISTENZA SPECIALISTICA', 'DIPENDENZE', 'REGISTRO DIALISI', 'EQUITA', 'PERCORSI ASSISTENZIALI', 'STRUMENTI PER AUDIT', and 'AGGIORNAMENTI SOSPENSIBILI'. The bottom of the page includes logos for 'DIEPI LAZIO', 'SALUTE LAZIO', and 'REGIONE LAZIO'.

3E.1 Tasso di 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 2018 risulta costante rispetto al 2017 e in linea con la media regionale.

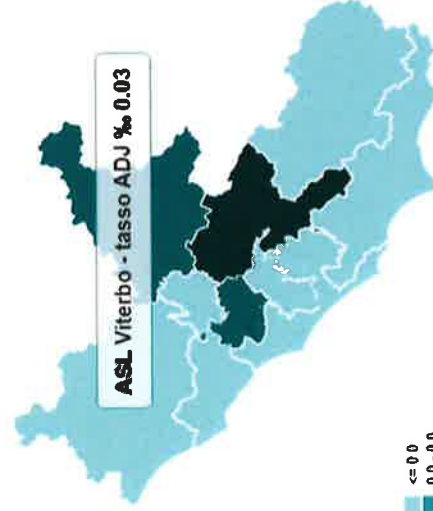


Fonte dati: P.Re.Val.E-2018

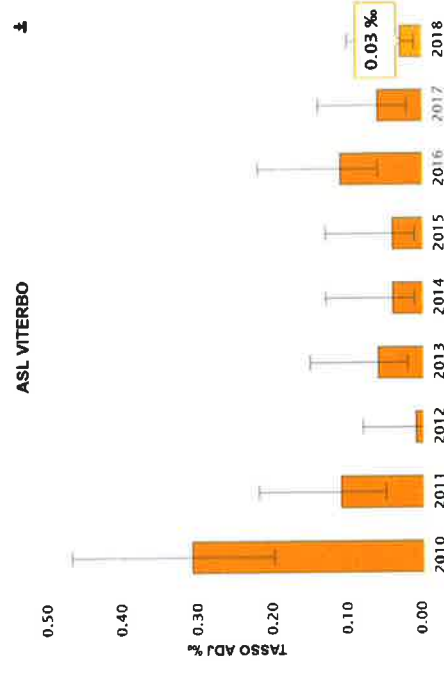
3E.2 Tasso di ospedalizzazione per asma senile

ASL	N (n/N)	TASSO GREZZO X 1.000	TASSO ADJ X 1.000	RR ADJ
LAZIO	42	0.03	-	-
ASL RM 1	12	0.05	0.05	1.49
ASL RM 2	7	0.03	0.03	0.75
ASL RM 5	6	0.07	0.07	1.92
ASL RM 3	4	0.03	0.03	0.91
ASL RM 6	3	0.03	0.03	0.82
ASL LATINA	3	0.03	0.03	0.76
ASL VITERBO	2	0.03	0.03	0.82
ASL RIETI	2	0.05	0.05	1.58
ASL FROSINONE	2	0.02	0.02	0.55
ASL RM 4	1	0.02	0.02	0.48

Nella ASL di Viterbo l'asma senile viene trattata ed efficacemente gestita in ambito extra-ospedaliero. Il dato risulta in linea con i valori regionali



Fonte dati: P.Re.Val.E- 2018



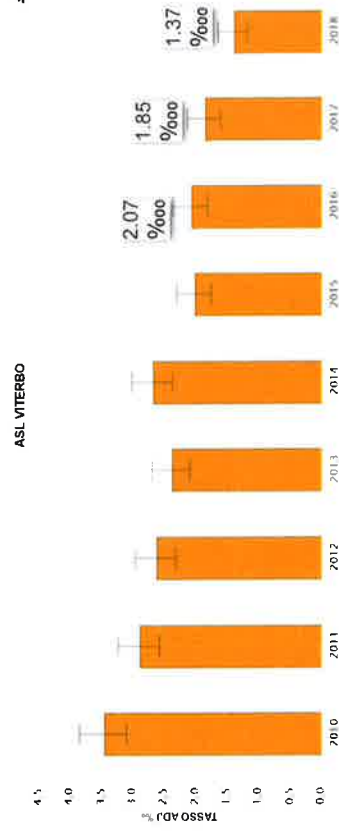
Il valore dell'indicatore dovrebbe decrescere

3E.3 Tasso di ospedalizzazione per scempenso per 1.000 residenti (50-74 anni)

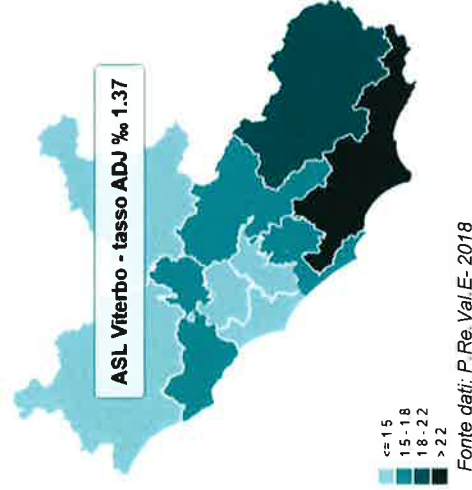
ASL	N (n/N)	TASSO GREZZO X 1.000	TASSO ADJ X 1.000	RR ADJ
LAZIO	3390	1.84	-	-
ASL RM 2	637	1.59	1.62	0.88
ASL LATINA	579	3.25	3.19	1.74
ASL RM 1	486	1.44	1.47	0.80
ASL RM 6	376	2.14	2.15	1.17
ASL FROSINONE	368	2.30	2.22	1.21
ASL RM 3	287	1.52	1.55	0.84
ASL RM 5	268	1.77	1.81	0.98
ASL RM 4	174	1.76	1.78	0.97
ASL VITERBO	148	1.44	1.37	0.74
ASL RIETI	67	1.30	1.24	0.67

I valori relativi agli ultimi tre anni attestano una progressiva diminuzione del tasso di ospedalizzazione.

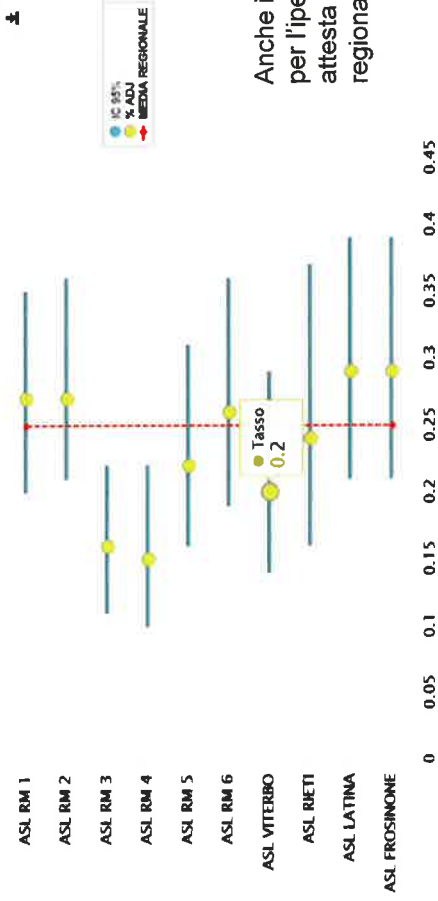
La corretta gestione a livello territoriale dei pazienti con scempenso cardiaco ambulatoriale ha permesso, infatti, di ridurre la progressione della patologia ed evitare il ricorso all'ospedalizzazione.



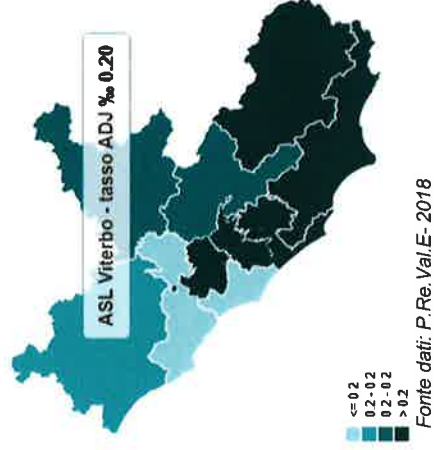
Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere



3E.4 Tasso di ospedalizzazione Iperensione arteriosa



Anche il tasso di ospedalizzazione per l'ipertensione arteriosa si attesta al di sotto della media regionale.



Fonte dati: P. Re. Val.E- 2018

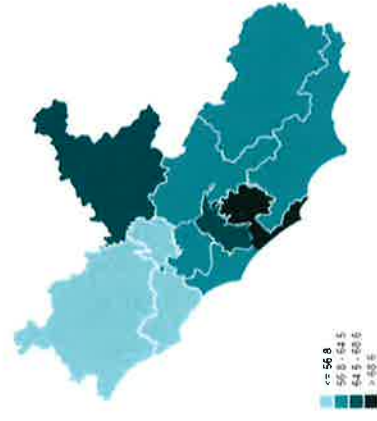
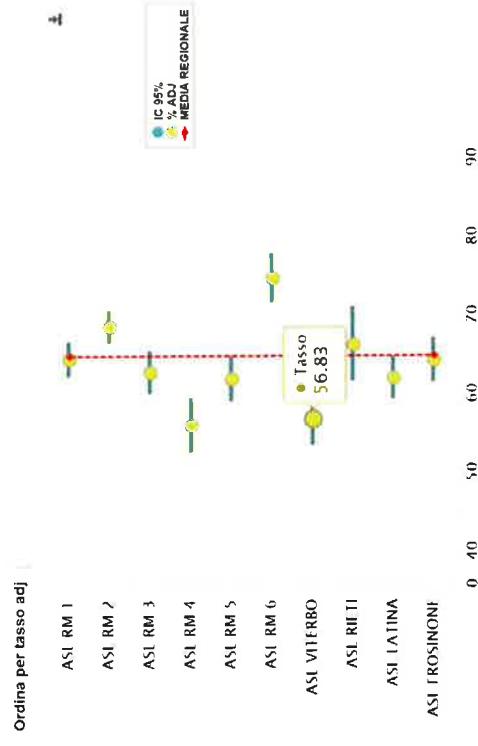
ASL	N (n/N)	TASSO GREZZO X 1.000	TASSO ADJ X 1.000	RR ADJ
LAZIO	1153	0.25	-	-
ASL RM 2	283	0.28	0.27	1.11
ASL RM 1	234	0.28	0.27	1.08
ASL LATINA	128	0.28	0.29	1.17
ASL FROSINONE	116	0.29	0.29	1.16
ASL RM 6	111	0.25	0.26	1.07
ASL RM 5	82	0.21	0.22	0.91
ASL RM 3	77	0.16	0.16	0.64
ASL VITERBO	54	0.21	0.20	0.83
ASL RM 4	35	0.14	0.15	0.59
ASL RIETI	33	0.26	0.24	0.98

3E.5 Tasso di ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici

Il diabete mellito è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e la cui prevalenza è in continuo aumento. Gli indicatori rappresentano il livello di appropriatezza e di efficacia dell'intero processo di assistenza e di gestione del soggetto diabetico in uno specifico territorio, anche in termini di educazione sanitaria e di accesso alle cure.

Per tale aspetto la ASL di Viterbo assiste efficacemente in ambito extra-ospedaliero tale patologia.

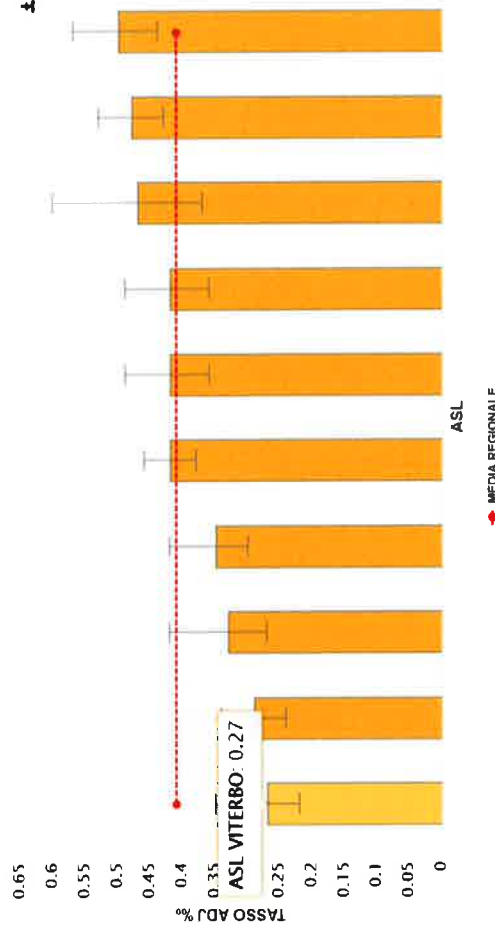
ASL	N (m/N)	TASSO GREZZO X 1.000	TASSO ADJ X 1.000	RR ADJ
LAZIO	23726	64.87	-	-
ASL RM 2	5479	69.54	68.64	1.06
ASL RM 1	3861	66.39	64.52	0.99
ASL RM 6	2624	73.60	74.73	1.15
ASL RM 3	2292	63.33	62.78	0.97
ASL LATINA	2285	60.31	62.02	0.96
ASL FROSINONE	2138	63.36	64.29	0.99
ASL RM 5	1980	59.15	61.93	0.95
ASL VITERBO	1167	57.53	56.83	0.88
ASL RM 4	1110	54.99	56.03	0.86
ASL RIETI	790	69.61	66.27	1.02



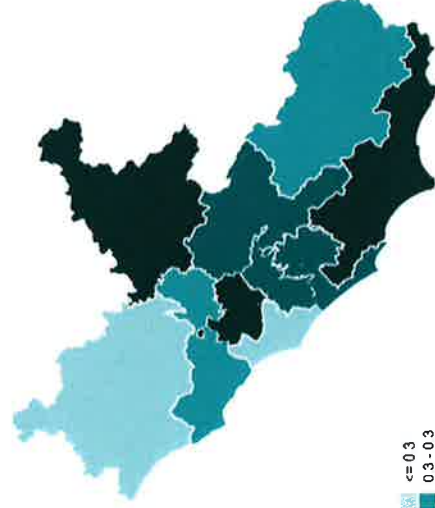
Fonte dati: P.Re. Val.E- 2018

3E.6 Tasso di ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario

ASL	N (n/N)	TASSO GREZZO X 1.000	TASSO ADJ X 1.000	RR ADJ
LAZIO	1911	0.41	-	-
ASL RM 2	434	0.42	0.42	1.03
ASL RM 1	428	0.51	0.48	1.18
ASL LATINA	221	0.48	0.50	1.23
ASL RM 6	175	0.39	0.42	1.03
ASL RM 5	152	0.39	0.42	1.03
ASL	144	0.36	0.35	0.86
FROSINONE	139	0.29	0.29	0.70
ASL RM 3	79	0.31	0.33	0.82
ASL VITERBO	73	0.29	0.27	0.67
ASL RIETI	66	0.52	0.47	1.16



Le infezioni non complicate del tratto urinario possono essere gestite efficacemente a livello extra-ospedaliero; i trattamenti inappropriati possono portare a complicanze gravi ed alla necessità di ricorrere ad un ricovero ospedaliero. La Asl di Viterbo si colloca al primo posto al livello regionale, confermando l'adeguatezza delle cure a livello extra ospedaliero



■ <= 0.3
■ 0.3-0.35
■ 0.35-0.4
■ > 0.4

Fonte dati: P. Re. Val E- 2018

3F 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 2019 evidenziano un'affluenza di circa 96.000 i cittadini ai Pronto Soccorso e Punti di Assistenza Territoriale nella Tuscia.

3F.1 Accessi in Pronto Soccorso e punti di assistenza territoriale (PAT) per sede: periodo 1° gennaio 2016 - 30 settembre 2019

	2016	2017	2018	stima anno 2019	differenza stima anno 2019 e anno 2018
P.S. BELCOLLE	45.581	46.422	45.870	46.777	↑ 907
P.S. CIVITA CASTELLANA	14.675	15.549	15.475	15.752	↑ 277
P.S. TARQUINIA	16.981	17.776	17.842	18.140	↑ 298
P.S. ACQUAPENDENTE	6.355	6.133	6.068	6.353	↑ 285
P.A.T. MONTEFIASCONE	4.722	4.805	4.446	4.031	↓ -415
P.A.T. RONCIGLIONE	5.094	4.401	4.072	4.901	↑ 829
Totale complessivo	93.408	95.086	93.773	95.955	↑ 2.182

La stima dell'anno 2019 mostra complessivamente un maggior ricorso rispetto al 2018 da parte degli utenti ai servizi di pronto soccorso e punti di assistenza territoriale.

Il principale presidio ospedaliero 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 19% a Tarquinia, per il 16% a Civita Castellana e per il 7% ad Acquapendente.

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

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3F.2 Accessi in Pronto Soccorso e punti di primo intervento per presidio ospedaliero e per descrizione triage: periodo gennaio settembre 2016-2019

	2016	2017	2018	2019	Differenza 2019 - 2018
P. S. BELCOLLE	34.372	35.159	34.960	35.023	123
TRIAGE NON SEGUITO	29	93	71	26	-45
BIANCO	594	593	542	479	-63
VERDE	21.739	21.482	20.763	20.414	-349
GIALLO	10.712	11.325	11.494	12.048	562
ROSSO	1.304	1.734	2.100	2.118	18
P. S. CIVITA CASTELLANA	10.939	11.797	11.693	11.814	121
TRIAGE NON SEGUITO	30	24	29	20	-8
BIANCO	121	171	316	219	-98
VERDE	8.248	8.777	8.331	8.314	-17
GIALLO	2.343	2.406	2.824	3.070	246
ROSSO	177	217	194	192	-2
P. S. TARQUINIA	13.258	13.900	14.101	13.605	-496
TRIAGE NON SEGUITO	7	6	15	16	1
BIANCO	274	495	540	909	360
VERDE	9.245	10.001	10.527	9.636	-841
GIALLO	3.572	3.165	2.887	2.848	-34
ROSSO	140	163	124	147	23
P. S. ACQUAPENDENTE	4.839	4.880	4.720	4.765	45
TRIAGE NON SEGUITO	314	5	7	11	4
BIANCO	157	103	243	280	12
VERDE	3.437	4.143	3.692	3.492	-110
GIALLO	714	561	824	959	134
ROSSO	17	8	19	24	5
P. A. T. RONCIGLIONE	3.381	3.444	3.067	3.676	609
TRIAGE NON SEGUITO	3.000	3.403	1.734	1.734	-1.734
(vuota)	1	1	1.329	3.671	2.343
BIANCO				1	1
VERDE			4	4	0
ROSSO			1	1	-1
P. A. T. MONTEFIASCONE	3.647	3.896	3.497	3.923	-474
TRIAGE NON SEGUITO	3.647	3.306	3.493	3.020	-469
VERDE			3	3	-5
GIALLO			1	1	-1
Totale complessive	70.936	72.986	72.038	71.966	-72

Rispetto al periodo gennaio settembre, si nota un aumento degli accessi presso il punto di assistenza territoriale di Ronciglione ed il Pronto Soccorso di Belcolle, Civita Castellana ed Acquapendente, ed una riduzione presso il presidio ospedaliero di Tarquinia, 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 giallo (+ 562) e una riduzione dei codici verdi (- 349).

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3F.3 Misure di performance presenti nel sito PREVALE: periodo 1° gennaio 2018 - 30 settembre 2019

	2018			2019			2019 vs 2018				
	totale accessi	(prevala) % pazienti con permanenza <12h	(prevala) % pazienti con permanenza tra 12h e 48h	(prevala) % pazienti con permanenza >48h	totale accessi	(prevala) % pazienti con permanenza <12h	(prevala) % pazienti con permanenza tra 12h e 48h	(prevala) % pazienti con permanenza >48h	(prevala) % pazienti con permanenza <12h	(prevala) % pazienti con permanenza tra 12h e 48h	(prevala) % pazienti con permanenza >48h
P.S. BELCOLLE	45.388	89%	11%	0%	34.663	89%	11%	0%	0,4%	-0,5%	0,1%
P.S. CIVITA CASTELLANA	15.198	98%	2%	0%	11.697	97%	3%	0%	1,3%	-1,1%	-0,1%
P.S. TARQUINIA	17.842	96%	4%	0%	13.605	96%	4%	0%	0,2%	-0,2%	0,0%
P.S. ACQUAPENDENTE	6.068	100%	0%	0%	4.765	100%	0%	0%	-0,1%	0,1%	0,0%
P.A.T. MONTEFIASCONE	4.446	100%	0%	0%	3.023	99%	0%	0%	0,1%	0,1%	-0,1%
P.A.T. RONCIGLIONE	4.072	99%	0%	1%	3.676	99%	0%	1%	-0,1%	-0,2%	0,3%
Totale complessivo	99.014	94%	6%	0%	71.429	98%	7%	0%	0,4%	-0,4%	0,0%

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

Complessivamente il trend è rimasto simile al 2018. Da sottolineare il valore positivo per i tempi inferiori a 12 ore pari al 93% degli accessi, nessun accesso supera le 48 ore.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3F.4 Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso: periodo di riferimento gennaio-settembre 2019

Etichette di riga	totale accessi	Etichette di riga	Totale ricoverati	% sul totale accessi
P.S. BELCOLLE	35.083	P.S. BELCOLLE	7.194	20,5%
P.S. CIVITA CASTELLANA	11.814	P.S. CIVITA CASTELLANA	1.331	11,3%
P.S. TARQUINIA	13.605	P.S. TARQUINIA	1.271	9,3%
P.S. ACQUAPENDENTE	4.765	P.S. ACQUAPENDENTE	608	12,8%
P.A.T. MONTEFIASCONE	3.023			0,0%
P.A.T. RONCIGLIONE	3.676			0,0%

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

3F.5 Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso: periodo di riferimento gennaio-settembre 2019

Etichette di riga	totale accessi	% sul totale accessi
Decisione Propria	49.742	69,1%
Trasp. Urgente	13.233	18,4%
Altro	7.117	9,9%
Specialista	693	1,0%
MMG/PLS	672	0,9%
Trasferito	348	0,5%
Guardia medica	161	0,2%
Totale complessivo	71.966	

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	49.351	68,6%
Deceduto in P.S.	196	0,3%
Dimissione a strutture ambulatoriali	2.247	3,1%
Giunto cadavere	14	0,0%
Non risponde a chiamata	2.603	3,6%
Paziente si allontana spontaneamente	1.678	2,3%
Ricoverato	10.404	14,5%
Rifiuta ricovero	3.559	4,9%
Trasferito	1.808	2,5%
Trasferito al PS Richiedente	106	0,1%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

3F.6 Descrizione delle tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso: periodo di riferimento gennaio-settembre 2019

Etichette di riga	totale accessi	Etichette di riga	Dimessi a domicilio	% sul totale accessi
P.S. BELCOLLE	35.083	P.S. BELCOLLE	22.574	64,3%
P.A.T. MONTEFIASCONE	3.023	P.A.T. MONTEFIASCONE	2.589	85,6%
P.A.T. RONCIGLIONE	3.676	P.A.T. RONCIGLIONE	3.321	90,3%
P.S. CIVITA CASTELLANA	11.814	P.S. CIVITA CASTELLANA	7.213	61,1%
P.S. TARQUINIA	13.605	P.S. TARQUINIA	10.073	74,0%
P.S. ACQUAPENDENTE	4.765	P.S. ACQUAPENDENTE	3.581	75,2%

La percentuale di accessi con esito a domicilio risulta particolarmente alta presso Montefiascone e Ronciglione. Ciò è legato alla natura del punto di assistenza territoriale che ha appunto la funzione di trattare le esigenze assistenziali 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 accessi	Etichette di riga	Dimissioni a strutture ambulatoriali	% sul totale accessi
P.S. BELCOLLE	35.083	P.S. BELCOLLE	57	0,2%
P.A.T. MONTEFIASCONE	3.023	P.A.T. MONTEFIASCONE	71	2,3%
P.A.T. RONCIGLIONE	3.676	P.A.T. RONCIGLIONE	52	1,4%
P.S. CIVITA CASTELLANA	11.814	P.S. CIVITA CASTELLANA	1.248	10,6%
P.S. ACQUAPENDENTE	4.765	P.S. ACQUAPENDENTE	67	1,4%
P.S. TARQUINIA	13.605	P.S. TARQUINIA	752	5,5%

La dimissione in strutture ambulatoriali risulta in percentuale maggiore presso Civita Castellana e Tarquinia.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3F.7 Percorsi Fast Track Pronto Soccorso Belcolle

FAST TRACK	2018	2019	2019 vs 2018	% casi gestiti fast track
GINECOLOGICA	2.062	2.095	33	38%
PEDIATRICA	64	30	-34	1%
OCULISTICA	924	926	2	17%
OTORINO	98	183	85	3%
NonAttribuibile	2.128	2.297	169	42%
Totale complessivo	5.276	5.531	255	100%

NB: 31 casi non sono attribuibili in quanto la descrizione è poco chiara.
Elaborazioni su campo descrittivo dell'accesso triage

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 otorinolaringoiatra/odontoiatrico.

Tali percorsi contribuiscono alla diminuzione del sovraffollamento in pronto soccorso.

Nel periodo gennaio - settembre 2018 e 2019 sono stati registrati 70.043 accessi presso il Pronto Soccorso di Belcolle. Di questi, 10.807 riguardano percorsi fast track, ovvero il 15% dei casi.

Rispetto al medesimo periodo del 2018, si nota un incremento nell'utilizzo del fast track.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

3G L'assistenza ospedaliera

3G.1 Indice di case mix (ICM): periodo di riferimento gennaio giugno 2019

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 tre anni presenta un trend in costante crescita, nel 2019 risulta di poco inferiore ad 1 (valore standard).

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere.

H. IJSC	UO	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
P.O. BELCOLLE	Atroscopia ginocchio	1,187	1,159	1,078	0,08	0,09	0,09			
	Cardiologia	1,334	1,286	1,381	0,09	0,09	0,09			
	Chirurgia generale dell'obesità	1,369	1,543	1,536	-0,01	-0,01	-0,01			
	Chirurgia generale oncologica	1,433	1,492	1,362	-0,13	-0,13	-0,13			
	Chirurgia maxillo facciale	0,856	0,963	0,830	-0,13	-0,13	-0,13			
	Chirurgia senologica e centro integrato di senologia	0,925	0,885	0,863	-0,02	-0,02	-0,02			
	Chirurgia vascolare e d'urgenza	1,171	1,198	1,323	0,13	0,13	0,13			
	Ematologia	1,462	1,463	1,146	-0,32	-0,32	-0,32			
	Gastroenterologia	0,864	0,907	0,932	0,03	0,03	0,03			
	Malattie infettive	1,049	1,109	1,180	0,07	0,07	0,07			
	Medicina generale Polo	0,917	0,931	0,988	0,06	0,06	0,06			
	Medicina protetta	0,891	0,912	0,905	-0,01	-0,01	-0,01			
	Nefrologia e Dialisi	1,071	1,066	1,073	0,01	0,01	0,01			
	Neurochirurgia	1,973	1,744	2,001	0,26	0,26	0,26			
	Neurologia e UTN	1,102	1,289	1,461	0,17	0,17	0,17			
	Oncologia e rete oncologica	0,886	0,908	0,873	-0,03	-0,03	-0,03			
	Otorinolaringoiatria	1,410	1,458	1,415	-0,04	-0,04	-0,04			
	Otopneica e traumatologia e centro microchirurgia della mano	0,483	0,470	0,502	0,03	0,03	0,03			
	Ostetricia e ginecologia Polo	0,749	0,801	0,809	0,01	0,01	0,01			
	Pediatria	0,472	0,504	0,424	-0,08	-0,08	-0,08			
	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaliero	0,910	0,870	0,795	-0,07	-0,07	-0,07			
	Rianimazione	3,239	3,344	3,238	-0,12	-0,12	-0,12			
	SPOC	0,649	0,647	0,633	-0,01	-0,01	-0,01			
	Urologia Polo	0,964	1,068	1,070	0,00	0,00	0,00			
	Utsc Polo	1,067	1,133	1,060	-0,07	-0,07	-0,07			
P.O. BELCOLLE Totale		0,960	0,977	0,999	0,02	0,02	0,02			
P.O. CIVITA CASTELLANA	Chirurgia generale e week surgery Civita Castellana	0,921	0,941	0,851	-0,09	-0,09	-0,09			
	Medicina generale Civita Castellana	0,933	0,945	0,925	-0,02	-0,02	-0,02			
	Ortopedia Civita Castellana	1,079	1,156	1,151	-0,01	-0,01	-0,01			
P.O. CIVITA CASTELLANA Totale		0,959	0,988	0,954	-0,03	-0,03	-0,03			
P.O. TARQUINIA	Chirurgia generale e mininvasiva e week surgery Tarquinia	0,870	0,907	0,946	0,04	0,04	0,04			
	Medicina generale Tarquinia	0,898	0,891	0,923	0,03	0,03	0,03			
	Ortopedia e traumatologia Tarquinia	1,202	1,190	1,191	0,00	0,00	0,00			
P.O. TARQUINIA Totale		0,978	0,978	0,997	0,02	0,02	0,02			
P.O. ACQUAPENDENTE	Medicina generale e coordinamento clinico Acquapendente	0,904	0,896	0,875	-0,02	-0,02	-0,02			
	Totale complessivo	0,904	0,896	0,875	-0,02	-0,02	-0,02			
Totale complessivo		0,960	0,975	0,988	0,01	0,01	0,01			

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

3G.2 Attività di ricovero: numero DRG per presidio ospedaliero

DRG medici e chirurgici	2018	2019	differenza tra 2019 e 2018 in n. casi
Chirurgia generale dell'obesità	2	85	83
Gastroenterologia	407	457	50
Urologia Polo	347	386	39
Medicina generale Polo	845	882	37
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaliero	178	211	33
Chirurgia generale e week surgery Civita Castellana	476	505	29
Neurochirurgia	109	136	27
Ortopedia Civita Castellana	378	402	24
Pediatria	1.112	1.136	24
Neurologia e UTN	177	200	23
Riammissione	45	66	21
Chirurgia maxillo facciale	60	79	19
SPOC	188	205	17
SIMINT	106	121	15
Malattie infettive	240	253	13
Medicina generale Civita Castellana	590	598	8
Nefrologia e Dialisi	123	131	8
Medicina generale e coordinamento clinico Acquapendente	548	555	7
Uric Polo	32	39	7
Artroscopia ginocchio	73	79	6
Medicina protetta	108	114	6
Ematologia	137	141	4
Centro di Riferimento AIDS	1	3	2
Ortopedia e traumatologia e centro microchirurgia della mano	397	398	1
Chirurgia generale oncologica	345	345	-
Angiologia	2	1	-1
Oftalmologia e Rete Territoriale	4	0	-4
Otorinolaringoiatria	231	225	-6
Cardiologia	684	673	-11
Chirurgia senologica e centro integrato di senologia	176	160	-16
Oncologia e rete oncologica	238	222	-16
Ostetricia e ginecologia Polo	1.194	1.163	-31
Chirurgia generale e mininvasiva e week surgery Tarquinia	340	296	-44
Chirurgia vascolare e d'urgenza	615	534	-81
Medicina generale Tarquinia	678	585	-93
Ortopedia e traumatologia Tarquinia	568	466	-102
Totale DRG	11.754	11.852	98



Il numero dei DRG risulta in lieve aumento: il dato sarebbe decisamente migliore se depurato dalle performance relative al presidio ospedaliero di Tarquinia, in particolare della U.O. Ortopedia e Traumatologia che, pur confermando un buon indice di complessità della casistica, evidenzia problemi connessi con la carenza di personale.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3H Mobilità dei ricoveri intraregionale

L'analisi dei DRG in mobilità passiva è privilegia la valorizzazione rispetto al 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 sono stati trasmessi ufficialmente dalla Regione e pertanto sono da considerarsi consolidati.

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

3H.1 Costo mobilità passiva DRG chirurgici e medici per anno

TERAPIA	2016		2017		2018		differenza tra VALORE DRG anno 2018 e anno 2017		differenza tra n. DRG anno 2018 e anno 2017	
	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	€	€	n. DRG	n. DRG
C	€ 28.142.068,00	5.655	€ 28.036.452,64	5.976	€ 28.513.467,88	6.018	€ 477.015,24	42		
M	€ 30.047.427,28	6.581	€ 9.777.873,16	6.370	€ 9.008.769,90	6.107	€ 769.103,26	-263		
Totale complessivo	€ 58.189.495,28	12.236	€ 37.814.325,80	12.346	€ 37.522.237,78	12.125	€ 292.068,02	-221		

La mobilità passiva 2018 presenta una riduzione in termini economici rispetto al 2017. Tale valore positivo è determinato dalla riduzione della mobilità per i DRG medici.

3H.2 Mobilità passiva intraregionale: numero DRG per presidio ospedaliero di appartenenza

Presidio di Pertinenza	2016		2017		2018		differenza tra anno 2018 e anno 2017	
	n. DRG	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	valore DRG	n. DRG	valore DRG
Acquapendente	574	547	569	22				
Belcolle	6.556	6.488	188					
Civita Castellana	3.526	3.641	3.566	75				
Tarquinia	1.580	1.482	1.502	20				
Totale complessivo	12.236	12.346	12.125	-221				

La tabella mostra i dati di mobilità aggregati in base al bacino di utenza dei presidi ospedalieri aziendali. Così come per il valore economico, il volume della mobilità del 2018 rispetto al 2017 diminuisce (-221 casi).

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3H.3 Costo mobilità passiva per distretto di appartenenza del paziente e per tipo DRG

Distretto di appartenenza	TERAPIA	differenza tra VALORE DRG		
		2016	2017	2018 anno 2018 e anno 2017
≡A	C	€ 7.015.486,20	€ 6.675.962,34	€ 7.170.426,37
	M	€ 2.387.456,81	€ 2.394.292,46	€ 2.327.921,70
≡B	C	€ 7.225.388,98	€ 7.406.015,99	€ 7.003.404,23
	M	€ 2.080.288,31	€ 2.142.113,43	€ 1.737.409,06
≡C	C	€ 13.900.192,82	€ 13.954.474,31	€ 14.339.637,28
	M	€ 5.629.682,16	€ 5.241.467,27	€ 4.943.439,14
Totale complessivo		€ 38.189.495,28	€ 37.814.325,80	€ 37.522.237,78

La tabella riaggrega i dati di mobilità in base alla residenza, e quindi al distretto del paziente. Si nota una maggior ricorso ad altre strutture da parte dei residenti nel distretto a e c per interventi chirurgici.

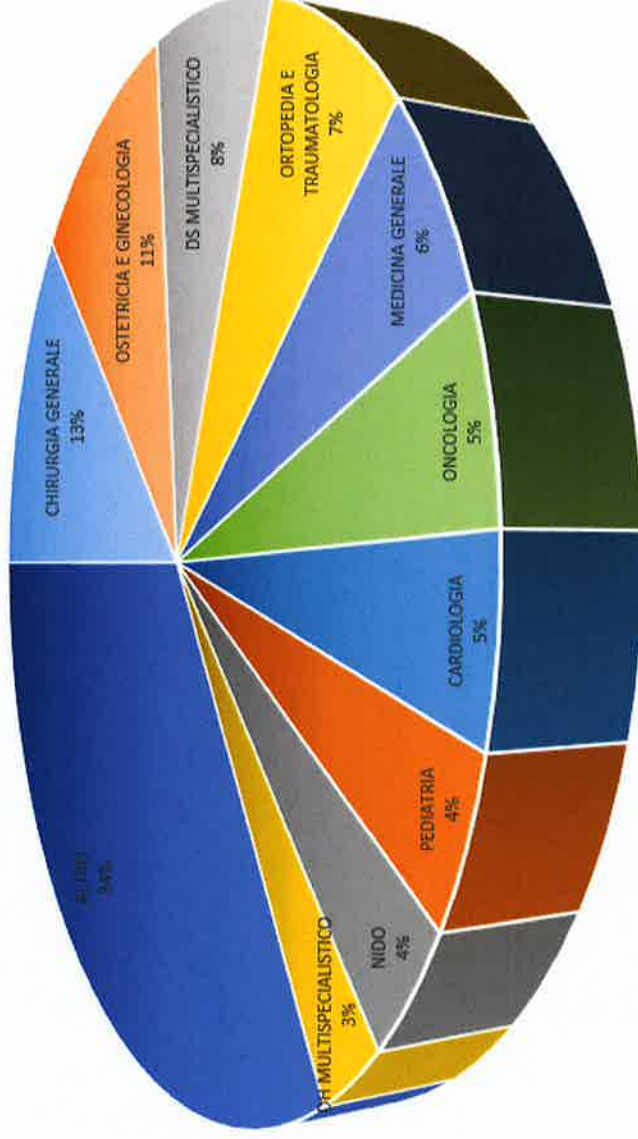
3H.4 Mobilità passiva intraregionale: numero DRG per specialità

Spe.d'attà	differenza tra anno			Spe.d'attà	differenza tra anno		
	2016	2017	2018 2018 e anno 2017		2016	2017	2018 2018 e anno 2017
ALLERGOLOGIA	43	41	39	OCULISTICA	357	364	332
DMULTISPECIALISTICO	177	385	389	ODONTOSTOMATOLOGIA	3	929	910
CHIRURGIA VASCOLARE	7	3	2	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	936	1.284	1.284
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	34	28	29	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	539	483	364
CARDIOCHIRURGIA	165	147	154	OTORINOLARINGOIATRIA	631	587	528
CARDIOLOGIA	646	588	562	PEDIATRIA	45	39	46
CHIRURGIA GENERALE	1.382	1.572	1.562	PSICHIATRIA	312	312	292
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	34	31	46	UROLOGIA	4	1	3
CHIRURGIA PEDIATRICA	196	194	209	GRANDI USTIONI	88	80	84
CHIRURGIA PLASTICA	205	181	161	NEFROLOGIA ABILITAZ TRAPIANTO RENE	67	89	84
CHIRURGIA TORACICA	103	128	99	TERAPIA INTENSIVA	18	20	20
CHIR.VASCOLARE	29	27	36	UNITA' CORONARICA	114	103	106
MEDICINA SPORTIVA	143	146	124	BREVE OSSERVAZIONE	100	64	67
ENATOLOGIA	195	217	199	DERMATOLOGIA	3	6	3
ENDOCRINOLOGIA	11	5	1	EMODIALISI	187	136	158
IMMUNOLOGIA	84	86	87	GASTROENTEROLOGIA	33	29	28
GENIATRIA	126	116	107	LUNGO DEGENTI	9	21	34
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	665	624	682	MEDICINA NUCLEARE	69	90	75
MEDICINA GENERALE	44	37	33	NEONATOLOGIA	646	625	614
NEFROLOGIA	198	136	156	ONCOLOGIA	33	19	18
NEUROCHIRURGIA	512	501	496	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	128	120	127
NEUROLOGIA	380	311	314	PNEUMOLOGIA	45	47	45
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	275	253	256	REUMATOLOGIA	36	8	31
				TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	30	26	22
				NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	75	64	59
				UROLOGIA PEDIATRICA	592	856	929
				DS MULTISPECIALISTICO	12.256	12.346	12.125
				totale			221

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

3H.5 Composizione della mobilità per specialità

Maggiori specialità in uscita



Il grafico a torta evidenzia le maggiori specialità in uscita dalla nostra azienda, che registrano un picco di attività per la chirurgia generale e la ginecologia.

31 Mobilità dei ricoveri extraregionale

L'analisi dei DRG in mobilità passiva è privilegia la valorizzazione rispetto al 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 sono stati trasmessi ufficialmente dalla Regione e pertanto sono da considerarsi consolidati.

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

31.1 Numero DRG per tipologia

Etichette di riga	2016	2017	2018	2018 vs 2017
C	6.206	6.120	5.859	-261
M	4.598	4.770	4.656	-114
Totale complessivo	10.804	10.890	10.515	-375

Nel biennio si osserva una riduzione del numero dei DRG del 3,4%.

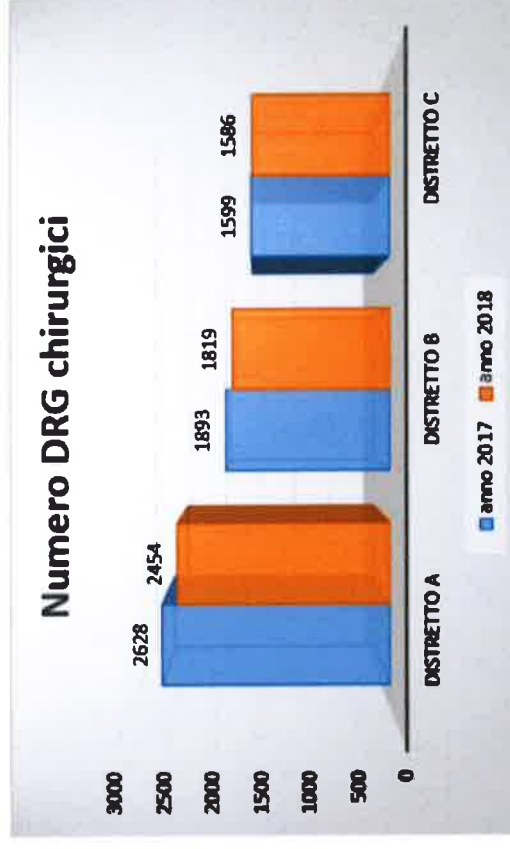
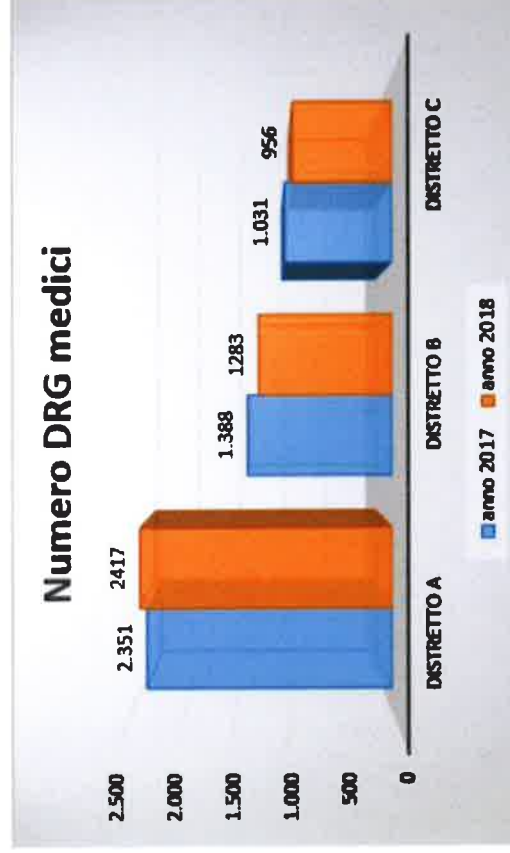
Nel dettaglio:

- i DRG chirurgici si riducono in termini di costo e numero (-261 DRG)
- i DRG medici si riducono in termini di numero ma non di costo quasi a sottolineare una maggiore complessità dei casi in fuga.

31.2 Costo mobilità passiva DRG chirurgici e medici per anno

Etichette di riga	2016	2017	2018	2018 vs 2017
C	€ 30.960.735,64	€ 30.756.956,44	€ 30.280.789,68	-€ 476.166,76
M	€ 11.262.858,70	€ 11.413.133,90	€ 11.523.424,17	€ 110.290,27
Totale complessivo	€ 42.223.594,34	€ 42.170.090,34	€ 41.804.213,85	-€ 365.876,49

Si nota un trend in riduzione dovuto ad un minor ricorso dei residenti a strutture fuori Regione per effettuare interventi chirurgici.

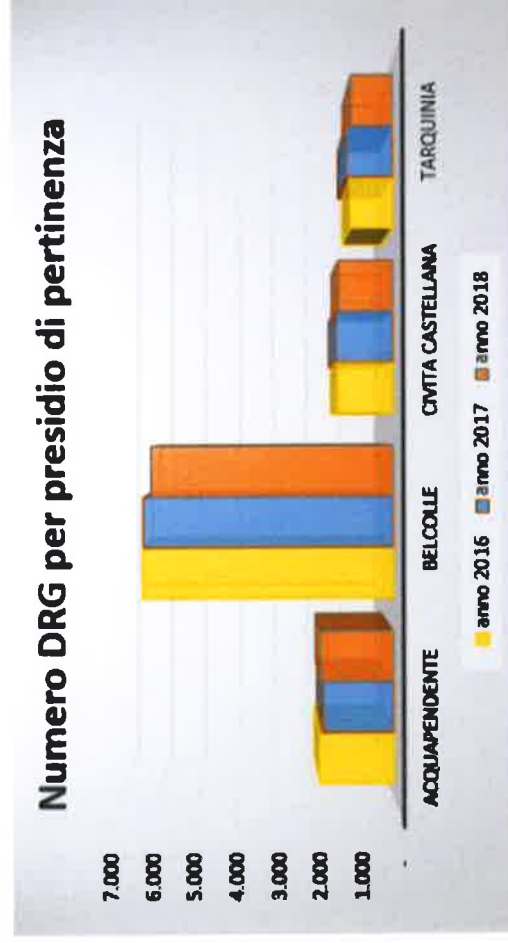


Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

31.3 Valore DRG per presidio ospedaliero di appartenenza e per tipo DRG

Presidio di Pertinenza	Tipo	2017	2018	2018 vs 2017
Acquapendente	C	€ 5.034.604,39	€ 5.001.313,24	€ -33.291,15
Acquapendente	M	€ 2.157.687,56	€ 2.447.818,09	€ 290.130,53
Acquapendente Totale		€ 7.192.291,95	€ 7.449.131,33	€ 256.839,38
Belcolle	C	€ 17.864.999,63	€ 17.839.831,94	€ -25.167,69
Belcolle	M	€ 6.597.360,64	€ 6.516.370,89	€ -80.989,75
Belcolle Totale		€ 24.462.360,27	€ 24.356.202,83	€ -106.157,44
Civita Castellana	C	€ 4.184.254,21	€ 4.283.885,81	€ 99.631,60
Civita Castellana	M	€ 1.297.463,36	€ 1.200.938,73	€ -96.524,63
Civita Castellana Totale		€ 5.481.717,57	€ 5.484.824,54	€ 3.106,97
Tarquinia	C	€ 3.673.098,21	€ 3.155.758,69	€ -517.339,52
Tarquinia	M	€ 1.360.622,34	€ 1.358.296,46	€ -2.325,88
Tarquinia Totale		€ 5.033.720,55	€ 4.514.055,15	€ -519.665,40
Totale complessivo		€ 42.170.090,34	€ 41.804.213,85	€ -365.876,49

Nel dettaglio per presidio ospedaliero di pertinenza, si riscontra nel 2018 una maggiore mobilità per i presidi di pertinenza di Civita Castellana e Acquapendente. In tali presidi la quota di costo più elevata è dovuta rispettivamente al maggior costo dei DRG chirurgici e dei DRG medici.



Fonte: elaborazioni: Controllo di Gestione su dati SIA

3L Le Procedure chirurgiche: analisi per presidio e Unità Operativa

3L.1 Interventi per presidio

Etichette di riga	Differenza tra stima stimato 2019 e 2018			
	2017	2018	2019	2019
Acquapendente	1.564	1.564	1.476	1.610
Belcolle	8.037	8.000	8.141	8.881
Civita Castellana	1.937	2.160	1.965	2.144
Montefiascone	1.595	1.616	1.156	1.261
Ronciglione	1.022	1.008	932	1.017
Tarquinia	3.125	2.787	2.307	2.517
Totale complessivo	17.280	17.135	15.977	17.429

Per l'anno 2019 periodo di riferimento: gennaio-novembre

Il numero di procedure e di interventi effettuati nelle sale operatorie stimato a fine 2019 risulta aumento rispetto al 2018.

In particolare si riscontra un decremento del numero di procedure registrate presso Montefiascone.

Il dato 2019 relativo a Tarquinia è indicativo di un appropriato spostamento delle procedure più complesso verso Belcolle, derivante dalla riorganizzazione della rete chirurgica.

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3L.2 Procedure chirurgiche per UU.OO. e per presidio

Numero totale interventi Etichette di riga	Etichette		stima		Differenza tra stima 2019 e 2019 e
	2017	2018	2019	2019	
ANESTESIOLOGIA CIVITA CASTELLANA Civita Castellana	1	2	13	14	1
ANGIOLOGIA Belcolle	1	2	13	14	1
ARTROSCOPIA GINOCCHIO Belcolle	103	153	141	154	13
Belcolle	47	77	62	68	-15
Roncisglione	56	76	79	86	10
CARDIOLOGIA Belcolle	761	786	822	837	15
Belcolle	761	786	822	837	15
DELL'ELETTROFISIOLOGIA Belcolle	438	411	422	460	49
Belcolle	438	411	422	460	49
CHIRURGIA GENERALE DELL' OBESITA' Belcolle	275	49	88	96	47
Belcolle	275	49	88	96	47
TARQUINIA Tarquinia	1.263	1.182	1.164	1.270	106
CASTELLANA Civita Castellana	1.263	1.182	1.164	1.270	106
Belcolle	854	1.075	975	1.064	-100
Belcolle	887	863	731	797	-86
Roncisglione	592	605	465	507	-38
Belcolle	201	203	150	164	-39
Roncisglione	94	75	116	127	-11
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE Belcolle	166	153	140	153	-13
Belcolle	166	153	140	153	-13
Belcolle	289	374	273	304	-31
Belcolle	109	101	60	65	-36
CHIRURGIA VASCOLARE E D'URGENZA Belcolle	1.414	1.344	1.117	1.219	-297
Belcolle	900	887	768	838	-70
Belcolle	404	366	266	290	-24
Roncisglione	110	91	83	91	-8
Cure Primarie Montefiascone		19	2	2	0
Belcolle		19	2	2	0
DAY E WEEK SURGERY POLO Belcolle		66	66	72	6
Belcolle		66	66	72	6
Cure Primarie Montefiascone		19	2	2	0
Belcolle		19	2	2	0
DAY E WEEK SURGERY POLO Belcolle		66	66	72	6
Belcolle		66	66	72	6
PELMATRA Belcolle	57	50	50	50	0
Belcolle	57	50	50	50	0
RIANIMAZIONE Belcolle	1	1	3	3	2
Belcolle	1	1	3	3	2
UROLOGIA POLO Belcolle	841	817	816	836	20
Belcolle	732	707	730	736	6
Montefiascone	109	110	86	94	-8
Totale complessivo	17.260	17.135	15.977	17.423	1.446

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3L.3 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.

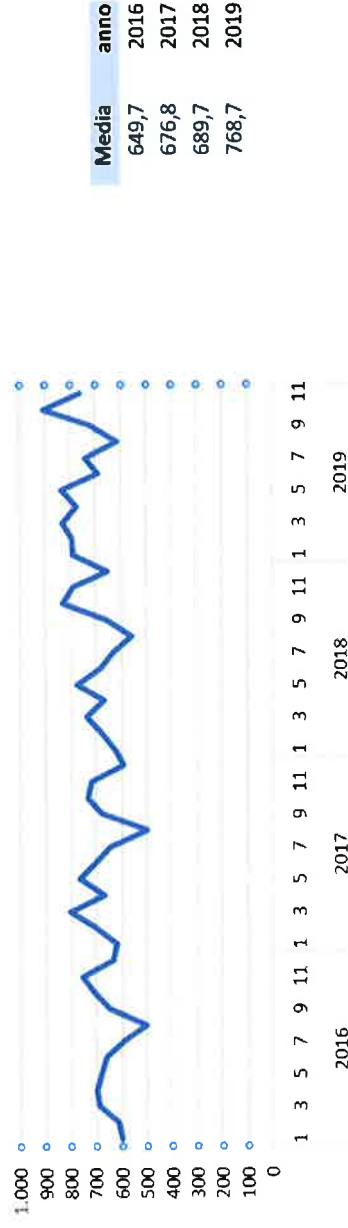
La Lista Unica ha lo scopo di:

- 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 650 del 2016 fino a giungere a 768 procedure medie mensili del periodo gennaio-novembre 2019.

3L.4 Trend mensile di interventi registrati in Sala Operatoria

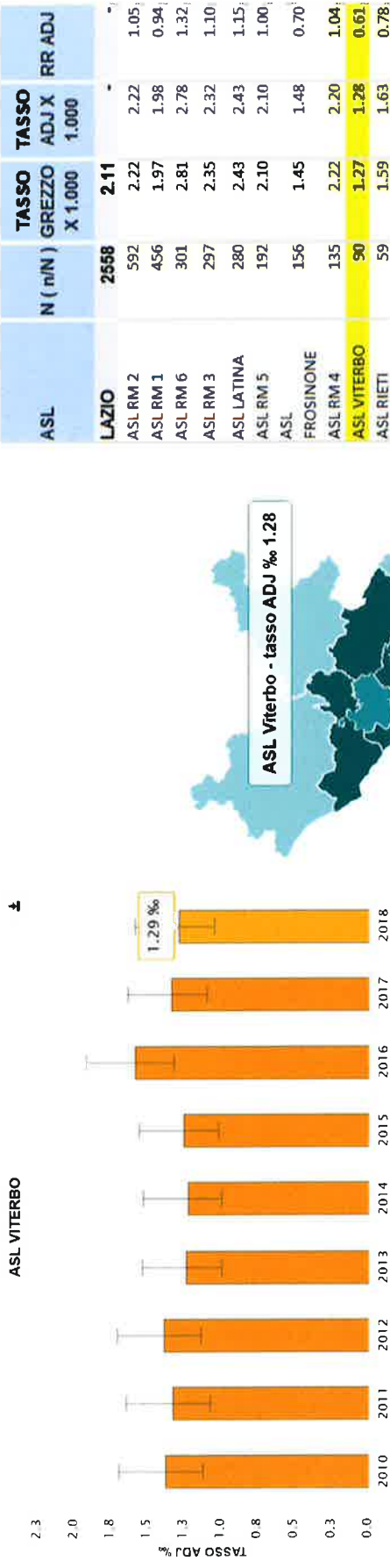


Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3M L'appropriatezza nell'ospedalizzazione e nel setting di ricovero

3M.1 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 2018

Dal grafico si evince come negli ultimi tre anni il tasso per interventi di sostituzione dell'anca si sia progressivamente abbassato, consentendo alla ASL di Viterbo di collocarsi al primo posto in termini di migliore performance rispetto alla media regionale (vedi cartogramma e tabella).

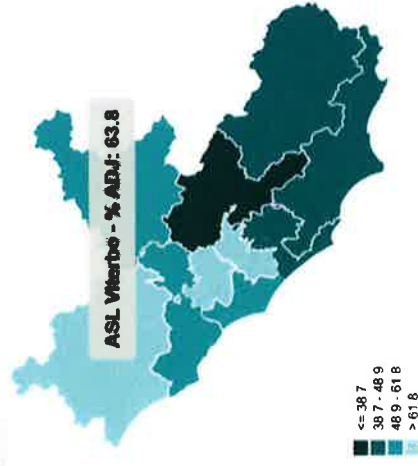


Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Fonte dati: P.Re.Val.E- 2018

3M.2 Frattura collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (struttura di ricovero)

ASL	N(n/N)	% FREZZA	% ADJ
LAZO	6489	57.64	-
ASL RM 1	1328	69.20	69.29
ASL RM 2	1478	64.01	64.27
ASL VITERBO	262	65.65	63.77
ASL RM 3	659	62.06	61.79
ASL RIETI	174	60.34	60.05
ASL RM 4	303	56.44	55.44
ASL LATINA	593	48.90	48.88
ASL FROSINONE	636	45.44	45.51
ASL RM 6	547	44.61	45.15
ASL RM 5	509	38.31	38.70



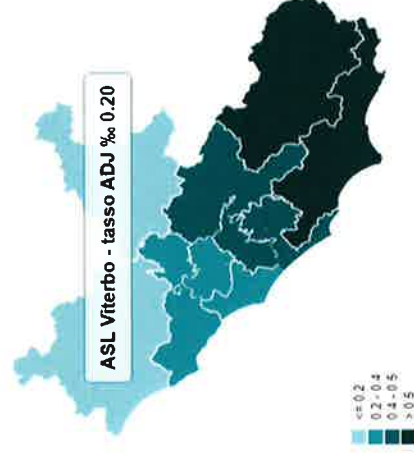
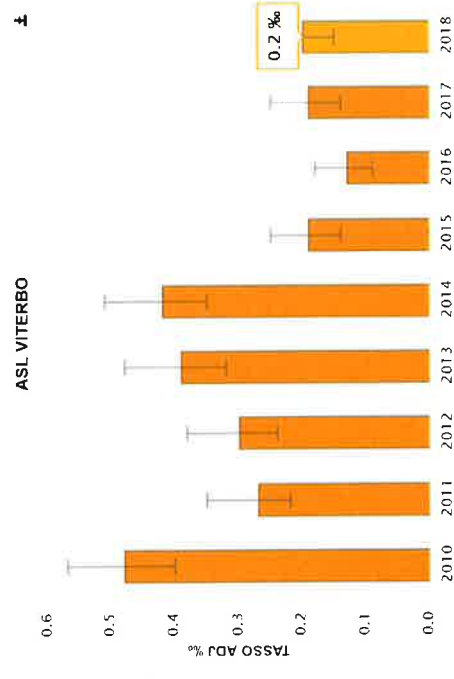
Il tasso di ospedalizzazione risulta tra i più bassi della regione Lazio. Ciò mostra un appropriato utilizzo delle strutture di ricovero.

Fonte dati: P.Re.Val.E- 2018

3M.3 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.

ASL	N (n/N)	TASSO GREZZO X 1.000	TASSO ADJ X 1.000	RR ADJ
LAZIO	2125	0.45	-	-
ASL RM 2	456	0.44	0.44	0.98
ASL LATINA	353	0.77	0.77	1.71
ASL FROSINONE	277	0.69	0.70	1.54
ASL RM 1	264	0.31	0.31	0.68
ASL RM 5	210	0.53	0.54	1.19
ASL RM 6	210	0.47	0.47	1.03
ASL RM 3	201	0.42	0.41	0.91
ASL RM 4	91	0.36	0.36	0.79
ASL VITERBO	50	0.20	0.20	0.43
ASL RIETI	13	0.10	0.10	0.23

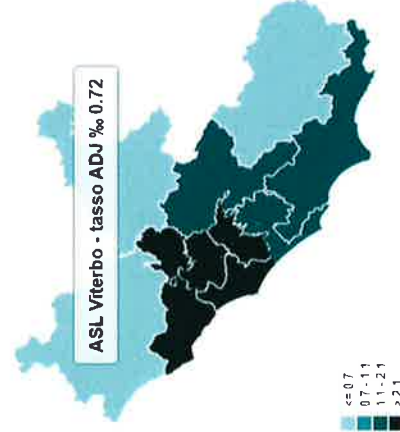
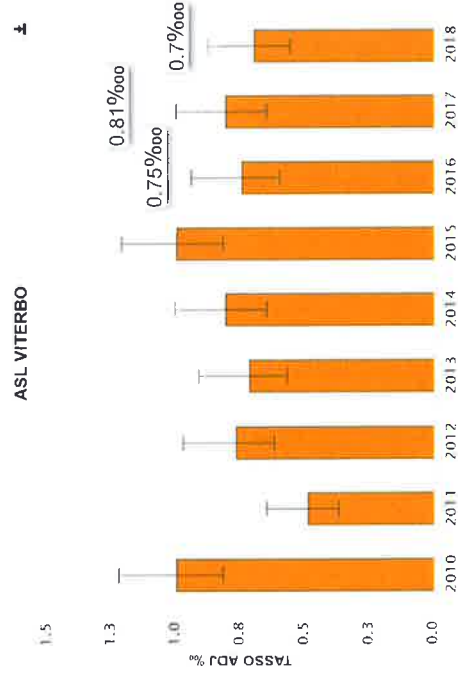


fonte dati: P.Re. Val.E.- 2018

3M.4 Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna - anno 2018

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 - 2018 mostra, invece, la variabilità dei tassi nell'arco temporale considerato ed in particolare la sua riduzione, e quindi miglioramento, rispetto al 2017.

ASL	N (n/N)	TASSO GREZZO X 1.000	TASSO ADJ X 1.000	RR ADJ
LAZIO	3579	2.07	-	-
ASL RM 2	890	2.36	2.39	1.15
ASL RM 1	786	2.59	2.55	1.23
ASL RM 3	470	2.64	2.68	1.30
ASL RM 6	340	2.04	2.06	1.00
ASL LATINA	335	1.96	1.94	0.94
ASL RM 5	263	1.81	1.85	0.89
ASL RM 4	213	2.26	2.30	1.11
ASL FROSINONE	149	1.00	0.94	0.45
ASL VITERBO	74	0.77	0.72	0.35
ASL RIETI	59	1.22	1.12	0.54



<= 0.7
 0.7 - 1.1
 1.1 - 2.1
 > 2.1

fonte dati: P.Re. Val.E- 2018

3N Le prestazioni Ambulatoriali

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.

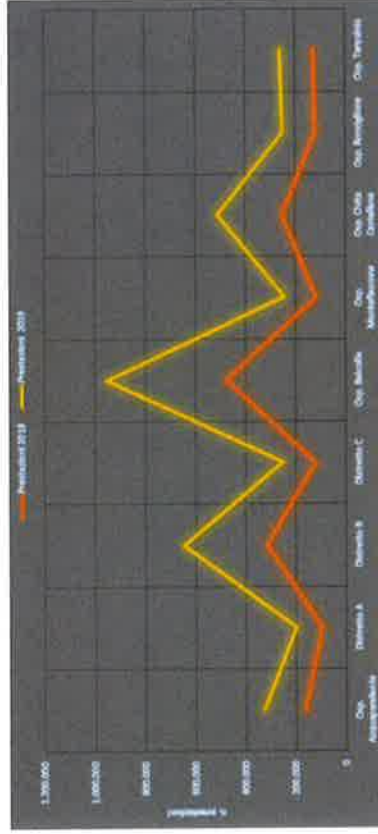
Descrizione analisi:

- 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.

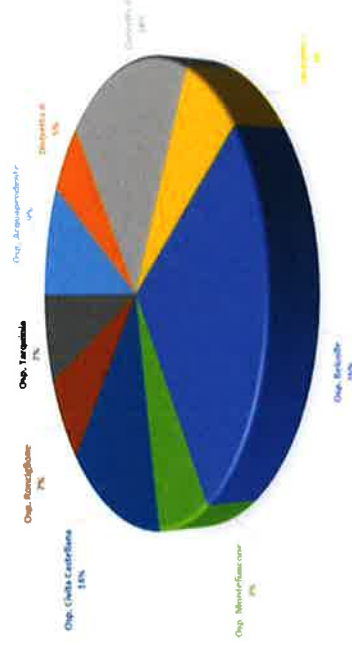
Periodo di riferimento: gennaio settembre 2018- gennaio settembre 2019

3N.1 Numero prestazioni specialistica ambulatoriale erogate in regime istituzionale per specialità e per popolazione

Attività istituzionale	Totale		Prestazioni 2018		Prestazioni 2019	
	budget-impegno	verifica 2018	budget-impegno	verifica 2018	budget-impegno	verifica 2019
Acquedente	€ 1.684.616,87	€ 1.688.585,89	183.347	182.597		
Distretto A	€ 955.377,77	€ 930.010,67	96.558	102.795		
Distretto B	€ 1.986.096,57	€ 2.080.087,04	313.647	303.897		
Distretto C	€ 918.797,04	€ 959.595,83	120.465	130.594		
Belcolle	€ 9.429.701,77	€ 9.628.298,88	476.889	476.764		
Belcolle - Montefiascone	€ 1.074.329,71	€ 1.111.440,26	117.576	123.631		
Chia Castellana	€ 3.176.404,70	€ 3.153.858,77	290.579	283.889		
Romiglione	€ 1.240.019,56	€ 1.391.918,88	120.632	128.430		
Terquinio	€ 1.427.704,17	€ 1.517.465,55	125.068	132.795		
Totale complessivo	€ 21.893.048,16	€ 22.405.142,97	1.783.884	1.852.924		



% DISTRIBUZIONE PRESTAZIONI 2019



Nel grafico la torta si rispecchia l'articolazione dell'offerta della ASL di Viterbo che vede il poliambulatorio dell'ospedale di Belcolle il punto di maggiore erogazione delle prestazioni ambulatoriali nella provincia. Dal confronto dei volumi nei 2019 rispetto al 2018 l'attività è aumentata in tutti i principali presidi (cartogramma a sinistra).

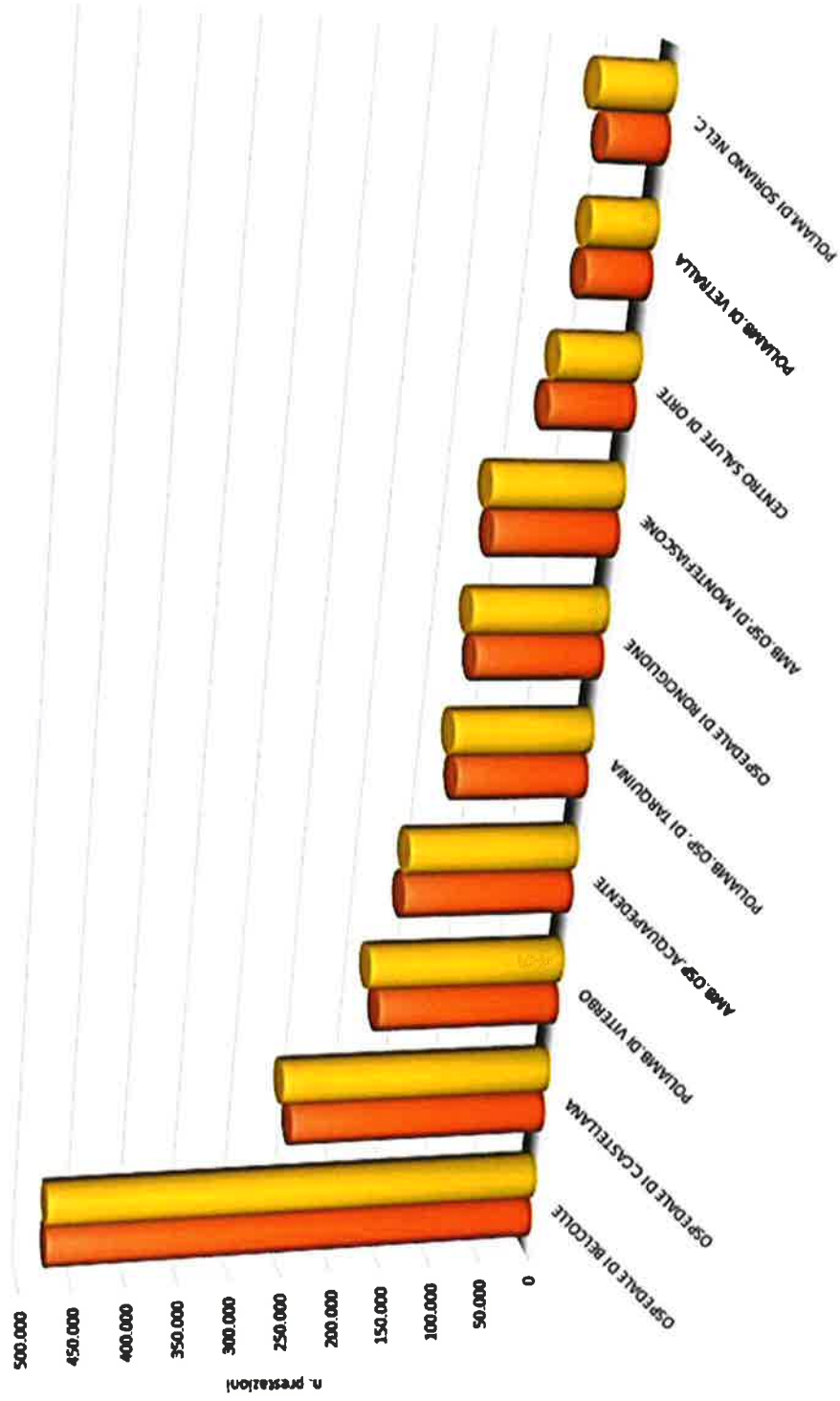
Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati SIA

3N.2 Numero e valore prestazioni ambulatoriali: confronto 2019 verso 2018

sede di erogazione	totale numero prestazioni 2018	totale numero prestazioni 2019	variazione % prestazioni	Totale (ticket+importo) totale] 2018	Totale (ticket+importo) totale] 2019	variazione % importo
AMB.DISTR. DI C. CASTELLANA	36.316	40.497	12%	€ 360.916,60	€ 371.997,70	5%
AMB.DISTR. DI VIGNANELLO	12.270	14.603	19%	€ 74.336,46	€ 96.170,98	29%
AMB.DISTRETTUALE DI NEPI	10.214	13.069	28%	€ 96.067,17	€ 101.616,11	6%
AMB. OSP. ACQUAPEDENTE	163.347	162.597	0%	€ 1.684.616,87	€ 1.688.585,89	0%
AMB. OSP. DI MONTEFASCONO	117.576	123.631	5%	€ 1.074.329,71	€ 1.111.440,26	3%
CENTRO SALUTE DI ORTE	79.924	75.460	-6%	€ 444.036,25	€ 433.184,10	-2%
CONSULTORIO DI ACQUAPEDENTE	46	45	-2%	€ 1.273,85	€ 1.253,68	-2%
CONSULTORIO DI BAGNOREGIO	72	44	-39%	€ 1.545,20	€ 644,52	-58%
CONSULTORIO DI CIVITACASTELLANA	366	315	-14%	€ 11.324,28	€ 9.679,61	-15%
CONSULTORIO DI MONTEFASCONO	147	118	-20%	€ 3.913,75	€ 3.164,33	-19%
CONSULTORIO DI NEPI	303	250	-17%	€ 9.389,97	€ 7.747,50	-17%
CONSULTORIO DI ORTE	1	1	0%	€ 4,12	€ 4,12	0%
CONSULTORIO DI RONCIGLIONE	4	1	-75%	€ 37,60	€ 4,12	-89%
CONSULTORIO DI TARQUINIA	217	232	7%	€ 6.657,04	€ 7.069,41	6%
CONSULTORIO DI TUSCANIA	57	65	14%	€ 1.687,11	€ 1.894,08	12%
CONSULTORIO DI VAITERBO	4	1	-75%	€ 45,84	€ 11,16	-76%
CONSULTORIO DI VAITERBO	1.006	1.139	13%	€ 29.259,49	€ 31.479,84	8%
DIST. DI ACQUAPEDENTE	1.279	1.532	20%	€ 28.814,42	€ 30.111,58	5%
DIST. DI MONTEFASCONO	10.565	8.014	-24%	€ 243.658,87	€ 178.072,65	-27%
DISTRETTO DI VALENTANO	2.313	1.592	-31%	€ 48.617,02	€ 32.005,13	-34%
OSPEDALE DI BELCOLLE	475.683	476.764	0%	€ 9.429.701,77	€ 9.623.240,08	2%
OSPEDALE DI C. CASTELLANA	250.373	261.880	5%	€ 3.176.404,70	€ 3.151.858,77	-1%
OSPEDALE DI RONCIGLIONE	120.632	128.430	6%	€ 1.240.019,56	€ 1.391.918,88	12%
POLIAMB. DI SORIANO NEL C.	56.434	68.498	21%	€ 261.017,77	€ 299.350,44	15%
POLIAMB. DI MONTALTO C.	10.948	11.451	5%	€ 56.486,89	€ 60.923,69	8%
POLIAMB. DI TARQUINIA	6.705	6.476	-3%	€ 141.547,06	€ 134.013,79	-5%
POLIAMB. DI TUSCANIA	26.033	25.809	-1%	€ 166.626,84	€ 159.426,37	-4%
POLIAMB. DI VETRALLA	60.992	61.659	1%	€ 366.724,96	€ 372.379,81	2%
POLIAMB. DI VITERBO	176.282	188.599	7%	€ 1.251.778,94	€ 1.266.988,54	1%
POLIAMB. OSP. DI TARQUINIA	125.603	132.736	6%	€ 1.427.704,17	€ 1.517.485,55	6%
POLIAMBULATORIO DI CANINO	15.716	15.698	0%	€ 66.831,62	€ 64.068,37	-4%
POLIAMBULATORIO MARTA		500			€ 12.298,69	
STRUTT. SANIT. BAGNOREGIO	22.456	31.218	39%	€ 187.672,26	€ 245.053,22	31%
Totale complessivo	1.783.884	1.852.924	4%	21.893.048	22.405.143	2%

Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati S/A

3N.3 Prime 10 sedi di erogazione di prestazioni: 2018 vs 2019



■ totale numero prestazioni 2018 ■ totale numero prestazioni 2019

4 PREVENZIONE DELLA SALUTE

L'azione di prevenzione aziendale si inserisce all'interno delle azioni finalizzate alla promozione della salute, processo socio-politico globale e 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.

E' in questo contesto di "prevenzione " che si inseriscono tutte le azioni utili a prevenire e monitorare i tumori, le malattie diffuse, gli incidenti sul lavoro, le azioni di controllo sulle aziende.

La prevenzione consente di effettuare, in varie forme e a seconda della tipologia, interventi correttivi a favore della popolazione interessata e per questo è fondamentale pianificare ed implementare ulteriormente quanto già in essere in maniera opportuna le attività che verranno messe in essere nei prossimi anni.

4A 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 periodo gennaio - agosto 2018 relativi ai tre programmi di *screening*.

4A.1 Screening oncologici - recepimento DCA 191/2015

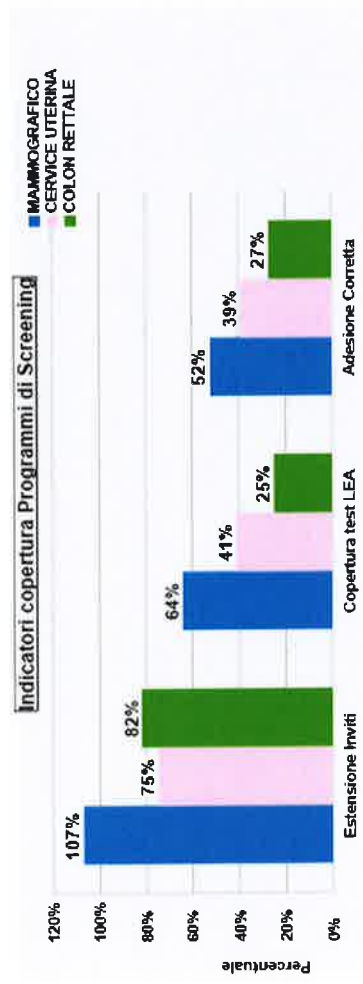
Nella ASL Viterbo i Programmi di *Screening* Oncologici sono attivi e ormai consolidati:

- *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 "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 DCA 191/2015.

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 otto mesi, mentre il risultato atteso ("Standard") sarà valutato alla fine dell'anno.

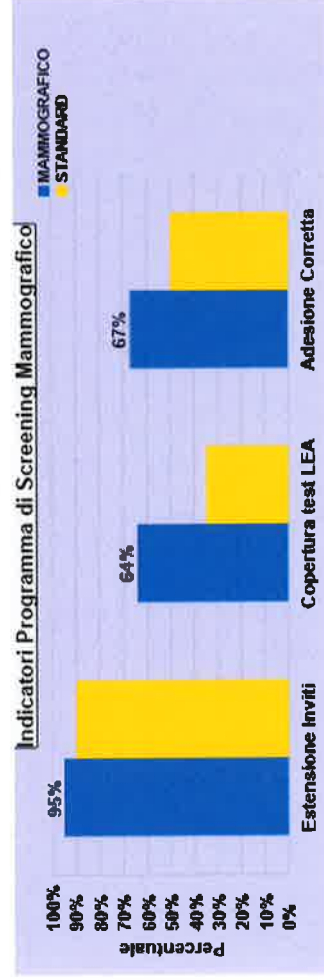
4A.2 Indicatori copertura programmi di screening: gennaio – agosto 2019



	MAMMOGRAFICO	CERVICE UTERINA	COLON RETTALE
Estensione Inviti	107%	75%	82%
Copertura test LEA	64%	41%	25%
Adesione Corretta	52%	39%	27%

La ASL di Viterbo ha rispettato tutti gli indicatori di copertura dei programmi di screening.

4A.3 Indicatori copertura programmi di screening mammografico: anno 2018



	MAMMOGRAFICO	STANDARD
Estensione Inviti	95%	90%
Copertura test LEA	64%	35%
Adesione Corretta	67%	50%

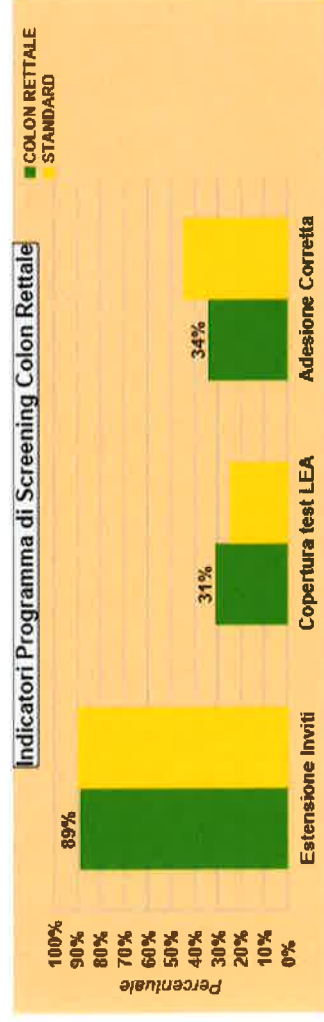
Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati U.O. Coordinamento Programmi di Screening

4A.4 Indicatori copertura programmi di screening cervice uterina: anno 2018



	CERVICE UTERINA	STANDARD
Estensione Inviti	94%	90%
Copertura test LEA	41%	25%
Adesione Corretta	43%	40%

4A.5 Indicatori copertura programmi di screening colon rettale: anno 2018



	COLON RETTO	STANDARD
Estensione Inviti	89%	90%
Copertura test LEA	31%	25%
Adesione Corretta	34%	45%

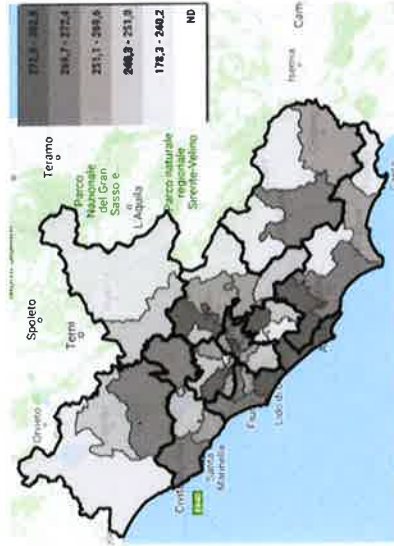
Fonte: elaborazioni Controllo di Gestione su dati U.O. Coordinamento Programmi di Screening

4B Ambiente e salute: Registro Tumori della ASL di Viterbo

I Registri Tumori (RT) raccolgono 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 terzo rapporto, nel settembre 2019, 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, di prevalenza e di sopravvivenza, riferiti agli anni 2006 -2017 . La recente analisi preliminare del RT Regionale e i dati disponibili sul portale Open Salute Lazio consentono inoltre di avere attualmente anche stime più aggiornate, sulla base di algoritmi in via di perfezionamento.

4B.1 Cause di morte: tumori maligni

	2014	2015	2016	2017
LAZIO	266,3	271,8	265,5	260,1
ROMA	277,7	272,3	266,2	264,1
ASL Roma 1	262,6	262,8	254,9	257,8
ASL Roma 2	277,3	278,4	273,9	266,7
ASL Roma 3	309,7	278,1	268,8	270,5
ASL Roma 4	226,3	285,8	271,9	264,5
ASL Roma 5	293,7	297,2	295	258,4
ASL Roma 6	273,1	270,8	256,9	247,3
ASL Frosinone	256,5	265,1	262,5	256,1
ASL Latina	249,7	261	273,8	261
ASL Rieti	251,9	269	247,1	243
ASL Viterbo	194	251	232,6	251,2



Causa di morte: Tumori maligni (140-208)
Scelta specifica: Tutte le voci del gruppo
Genere: Tutti (maschi e femmine)
Classi età: Tutte le classi
Indicatore: Tasso standardizzato
Anno: 2017

fonte dati: Controllo di Gestione su elaborazione dati <https://www.opensalutelazio.it>

4B.2 I Tumori in provincia di Viterbo

Nel corso del quinquennio 2010-2014, in provincia di Viterbo, il numero medio di nuovi casi di tumore, come indicato nella grafica, è risultato pari a 2.020 in entrambi i generi (1.104 tra gli uomini e 915 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 31% per gli uomini e al 26% tra le donne. In altri termini, nella nostra provincia, 1 uomo ogni 3 ed 1 donna ogni 4, tra i residenti, andranno incontro, nel corso della loro vita, ad una diagnosi di tumore maligno.

I tumori più frequenti nella provincia di Viterbo sono sostanzialmente gli stessi osservati a livello nazionale (AIOM, AIRTUM, "I numeri del cancro in Italia 2017").

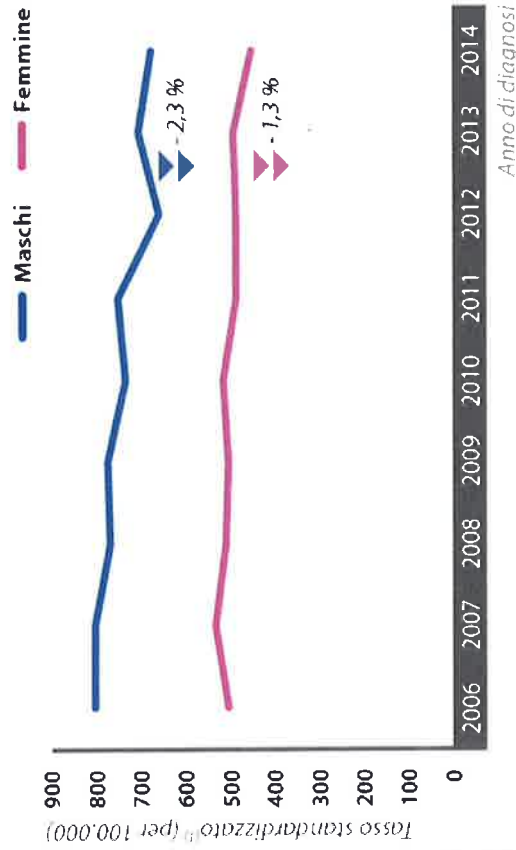
I Tumori più frequenti in provincia di Viterbo. RTVT 2010 - 2014

Rango	Maschi	Femmine
1°	Prostata (17%)	Mammella (26%)
2°	Polmone (15%)	Colon-retto (15%)
3°	Colon-retto (14%)	Polmone (7%)
4°	Vescica (11%)	Utero (7%)
5°	Stomaco (5%)	Tiroide (5%)



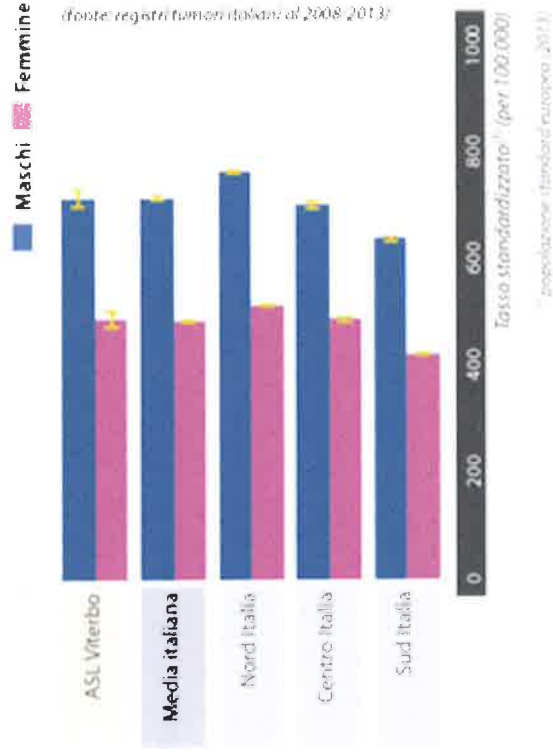
Nel corso del periodo 2006-2014, come si osserva nel grafico in basso, l'andamento nel tempo dei tumori conferma che i tassi di incidenza dei tumori maligni in provincia di Viterbo sono complessivamente in progressivo calo, significativo, più evidente tra gli uomini (-2,3% all'anno), rispetto alle donne (-1,3% all'anno).

**Andamento nel tempo dei tassi standardizzati diretti.
Anni 2006-2014**



⁽¹⁾ popolazione standard europea (2013)

**Incidenza. Confronto con altre aree e con la media italiana.
Anni 2008-2013**



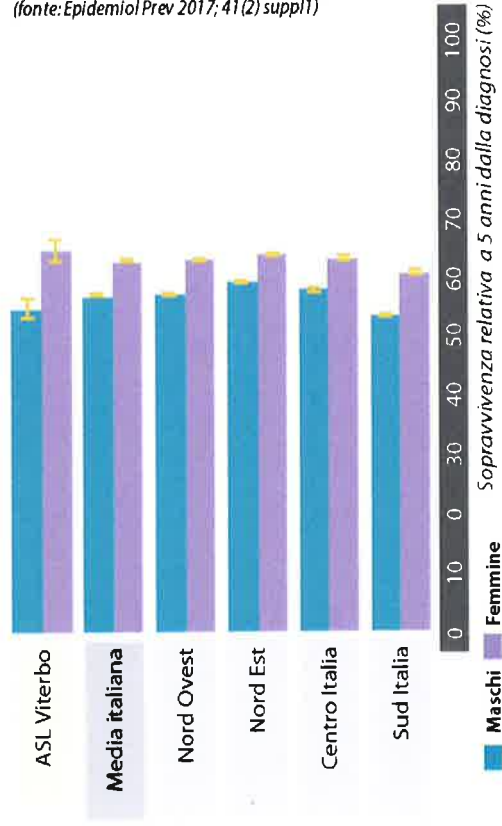
(fonte: registri tumori italiani al 2008-2013)

I tassi di incidenza in provincia di Viterbo risultano essere in linea con il dato medio dei registri tumori di popolazione operanti in Italia e con quello del Centro Italia, in entrambi i generi (dati 2008-2013), seppure inferiori ai valori riscontrati nel Nord Italia e superiori a quello del Sud.

4B.3 Sopravvivenza relativa a cinque anni. Confronto con il dato nazionale.

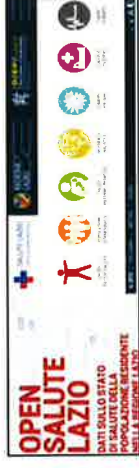
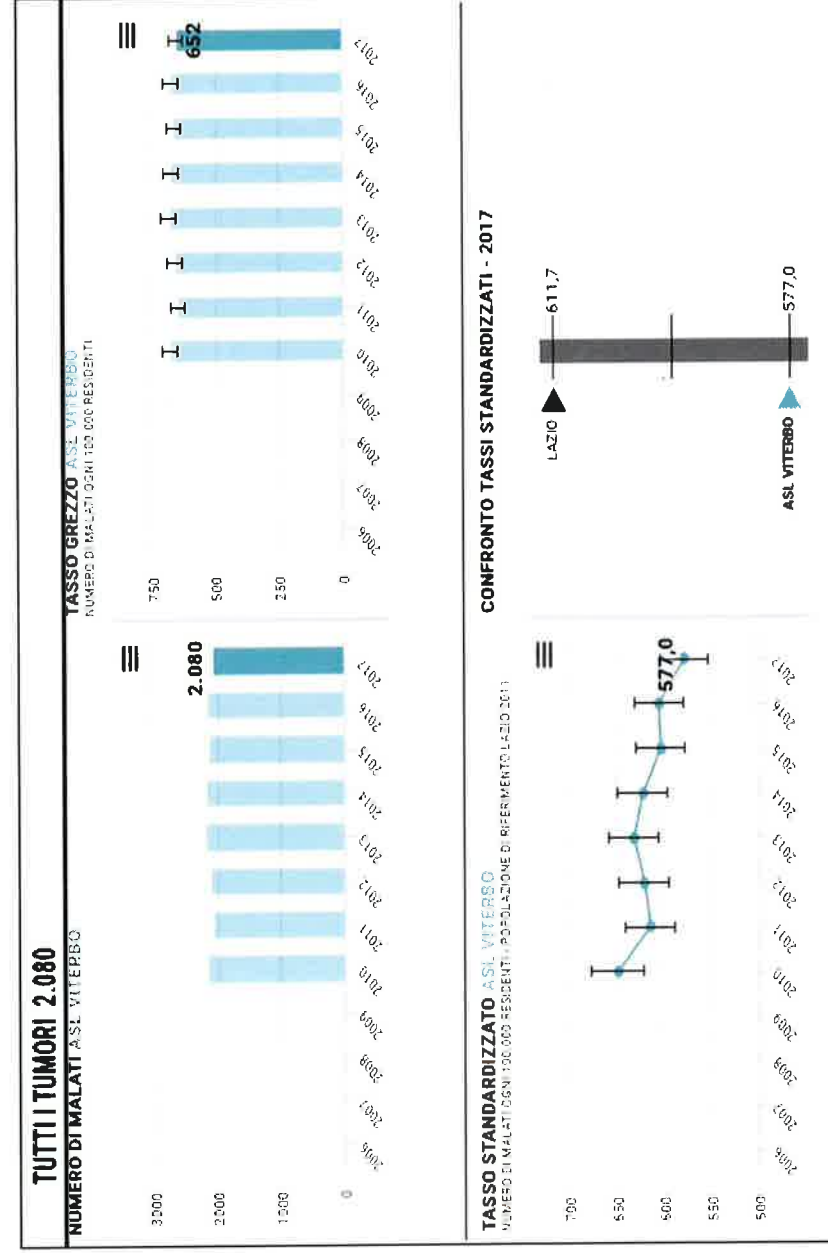
I dati di sopravvivenza calcolati sulla coorte di pazienti diagnosticata dal 2006 al 2010 e seguita fino a fine 2015 è stata confrontata con quella media nazionale e di altre aree (grafico in basso). La sopravvivenza per tutti i tumori maschili appare lievemente inferiore alla media nazionale: va fatto notare come a questo indicatore contribuisca il peso di alcuni tumori più frequenti a Viterbo (polmone) ed altri relativamente meno frequenti (prostata). Il dato dei tumori femminili appare invece sostanzialmente superiore alla media nazionale e in linea con la sopravvivenza osservata nel Nord Italia. Più nello specifico, si osserva una minore sopravvivenza per i tumori colon-rettali nei maschi, una maggiore (seppure non significativa dal punto di vista statistico) sopravvivenza per melanoma cutaneo e tumore mammario nel sesso femminile. Mentre la sopravvivenza molto elevata per i tumori tiroidei lascia intendere che questi tumori, in eccesso rispetto alla media nazionale, siano oggetto di pressione diagnostica nel nostro territorio con conseguente individuazione di un numero elevato di microcarcinomi papillari dal comportamento meno aggressivo.

(fonte: *Epidemiol Prev* 2017; 41 (2) suppl1)



Fonte: RT ASL Viterbo, "Rapporto 2019. I Tumori in provincia di Viterbo"

4B.4 I Tumori in provincia di Viterbo: confronto con regione Lazio (stime aggiornate al 2017)



Per l'incidenza, le stime più aggiornate, disponibili online sul portale regionale *OpensaluteLazio*, rilevano per la provincia di Viterbo, anche per gli anni più recenti, circa 2.000 casi incidenti di tumori maligno ogni anno.

Negli ultimi anni, in provincia di Viterbo, il trend dei tassi di incidenza appare sostanzialmente in riduzione, con tasso standardizzato per il 2017, ultimo anno disponibile, inferiore a quello regionale, come si osserva nelle rappresentazioni grafiche a sinistra.

Fonte: elaborazione su dati del Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio al link <https://www.opensalutelazio.it/salute/>

4C Le malattie diffuse

La gestione delle notifiche di TBC, particolarmente le forme polmonari bacillifere, prevede l'intercettazione precoce dei casi potenzialmente contagiosi al fine di impedire i casi secondari e i focolai epidemici. 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 *Global Tuberculosis Report 2019*, prodotto dall'OMS e relativo ai dati consolidati del 2018.

Sinteticamente, tale documento colloca l'Italia tra i Paesi a bassa incidenza, con un tasso stimato di 7 casi su 100.000 abitanti, con il sesso maschile più colpito di quello femminile. I casi di forme MDR sono stimati allo 0,28% (in calo rispetto agli anni precedenti). 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, 2017 e 2018.

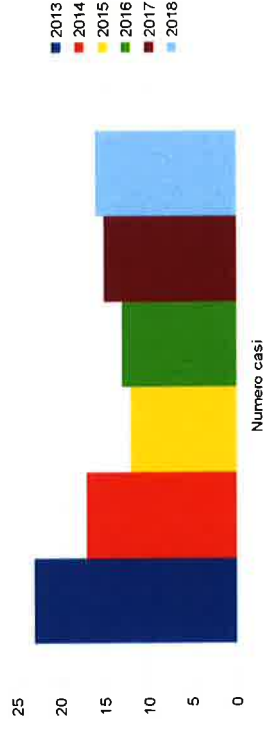
4C.1 Notifiche TBC ASL Viterbo anni 2013 - 2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Numero casi	23	17	12	13	15	16

I nuovi casi diagnosticati nell'anno/popolazione (incidenza) risultano stabili, anche se lievemente in crescita, dopo l'exploit del 2013 ma inferiori alla soglia di incidenza in Italia, corrispondente a 7 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. La sorveglianza è poi accurata e capillare, pertanto si ritiene che le notifiche dei casi di TBC nel territorio della ASL di VT siano identificate e notificate nel 100% dei casi.

Notifiche TBC ASL Viterbo



4C.2 Il morbillo

L'anno 2017 è stato caratterizzato in Italia da un importante aumento di notifiche di casi di morbillo che hanno coinvolto anche operatori sanitari.

In totale 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 anni. Sono stati colpiti, nel corso di eventi epidemici ospedalieri, 315 operatori sanitari.

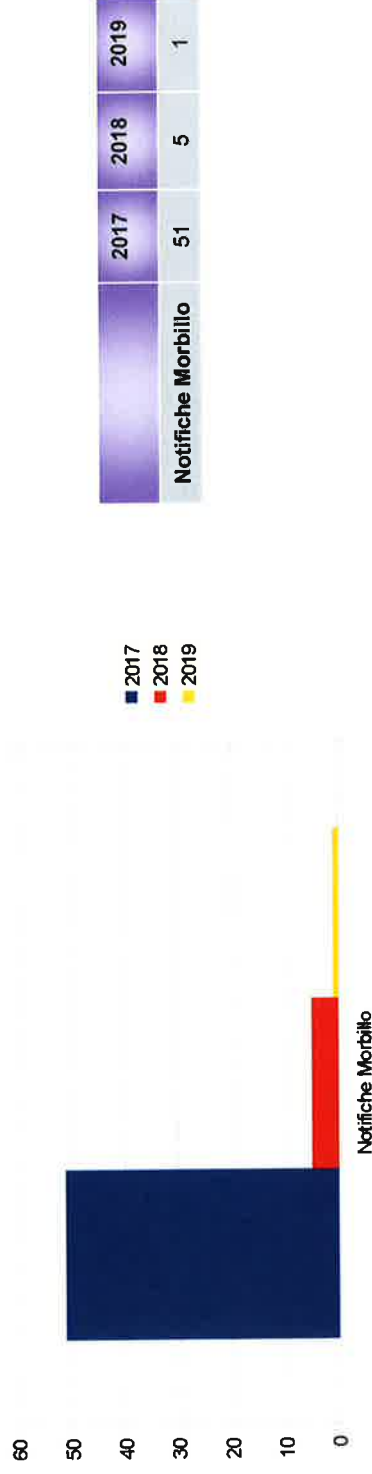
Nella ASL di Viterbo sono stati notificati 44 casi in totale in residenti nel 2017, con età mediana 32 anni, (leggermente più elevata del dato nazionale), 11 di questi erano operatori sanitari.

Sono state messe in atto procedure correttive secondo le circolari ministeriali e regionali emanate sull'argomento.

Nel 2018 sono stati notificati 5 casi di morbillo, nella ASL di Viterbo e nessun operatore sanitario è risultato colpito.

Nel 2019, nel periodo gennaio-settembre, è stato notificato un solo caso (dati preliminari), grazie agli interventi messi in atto e alla elevata copertura vaccinale nelle varie fasce di età.

CASI MORBILLO NOTIFICATI IN RESIDENTI ASL VT anni 2017 - 2019



4D 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 16 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, Ronciglione, Vetralla, Vignanello, Nepi, Civita Castellana) e 4 per i soggetti di età maggiore di 18 anni, nelle sedi dei Distretti di Viterbo, Civita Castellana, Vetralla, Montefiascone e Viterbo, dove si trova anche il Centro di Medicina del Viaggiatore.

Vaccino 24 mesi (nati nel 2016 per valutazione al 2018 e nati 2017 per valutazione al 2019)	2018	1°trimestre2019	2°trimestre2019	note	standard	9 mesi 2019
	Copertura Vaccinale	Copertura Vaccinale	Copertura Vaccinale			Copertura Vaccinale
Polio	98,17%	98,35%	98,65%		95%	98,29%
Difterite	97,54%	97,68%	98,26%	esavalente vaccini obbligatori	95%	98,04%
Tetano	97,54%	97,68%	98,26%		95%	98,04%
Pertosse	97,50%	97,63%	98,26%		95%	98,04%
Epatite B	97,51%	97,54%	98,26%		95%	97,98%
Haemophilus influenzae tipo B	97,28%	97,41%	98,26%		95%	98,04%
Morbillo	95,60%	95,58%	97,10%	vaccini obbligatori	95%	96,72%
Parotite	95,60%	95,51%	97,10%	vaccini obbligatori	95%	96,72%
Rosolia	95,60%	95,51%	97,10%	vaccini obbligatori	95%	96,72%
Varicella	80,30%	81,14%	93,64%	vaccini obbligatori	95%	93,19%
Meningococco C	91,44%	92,20%	94,41%	non obbligatori	95%	92,62%
Pneumococco	96,03%	96,21%	98,07%	non obbligatori	95%	97,54%

Le coperture vaccinali raggiunte nel 2019 nella ASL di Viterbo (dati definitivi validati) risultano soddisfacenti, specie se confrontati con i dati nazionali forniti dal Ministero della Salute.

4E 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 stress lavoro correlato 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.

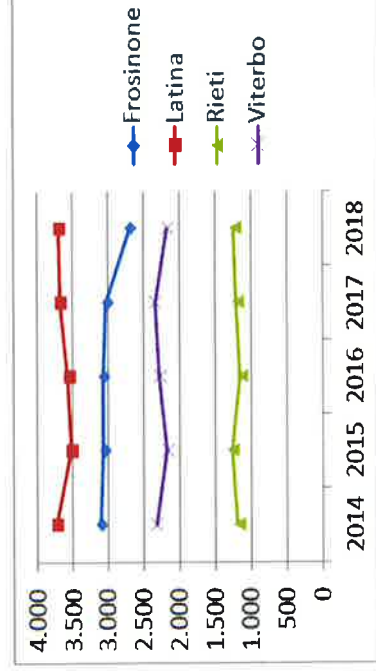
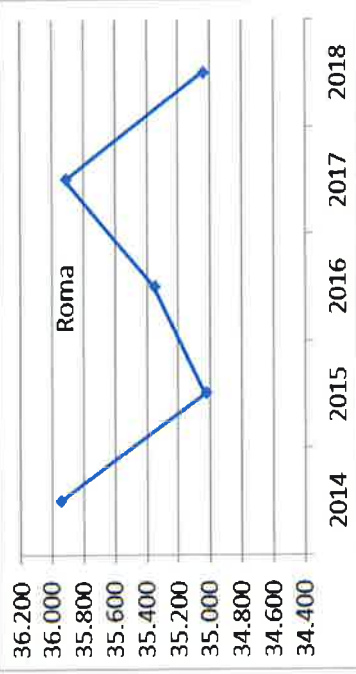
4E.1 Infortuni denunciati nelle province del Lazio nel periodo 2014-2018

Provincia	2014	2015	2016	2017	2018
Frosinone	3.108	3.071	3.081	3.035	2.701
Latina	3.737	3.523	3.570	3.685	3.709
Rieti	1.190	1.265	1.154	1.210	1.247
Roma	35.949	35.032	35.354	35.920	35.051
Viterbo	2.332	2.180	2.287	2.346	2.173
Totale	46.316	45.071	45.446	46.196	44.881

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

Si può osservare un andamento altalenante delle denunce di infortunio ad INAIL.

Complessivamente, nel periodo 2014-2018, si rileva una diminuzione del 3,1% con un valore, nell'ultimo periodo osservato (2017-2018), pari al 2,8%.



Nella provincia di Viterbo, in particolare, la diminuzione, nel periodo 2014-2018, è stata complessivamente del 6,8% e quella osservata nell'ultimo periodo disponibile (2017-2018) è stata del 7,4%.

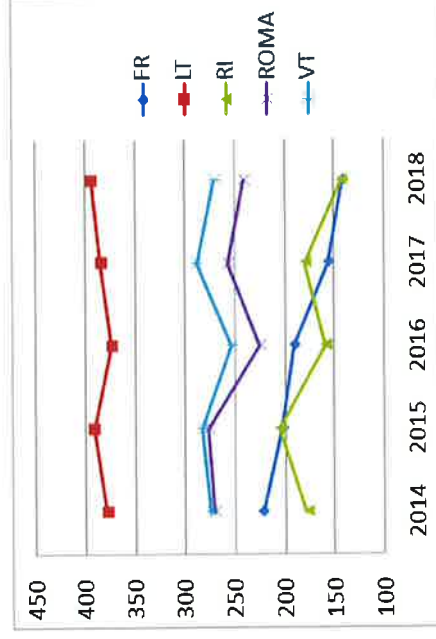
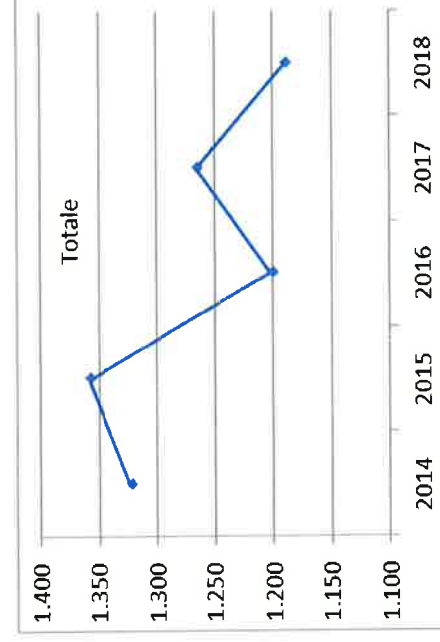
4E.2 Focus sull'agricoltura: Infortuni in agricoltura denunciati nelle province del Lazio nel periodo 2014-2018

Provincia	2014	2015	2016	2017	2018
Frosinone	222	203	191	156	142
Latina	379	392	374	385	394
Rieti	178	205	159	180	143
Roma	270	276	225	257	241
Viterbo	274	282	253	288	270
Totale	1.323	1.358	1.202	1.266	1.190

La tabella a fianco riporta il numero totale di infortuni denunciati all'INAIL (gestione agricoltura) negli anni 2014-2018 suddivisi per provincia di accadimento.

Si può osservare una andamento altalenante che tuttavia, complessivamente, vede una diminuzione nel quinquennio del 10% (per la provincia di Viterbo la diminuzione complessiva è stata dell'1,5%). Nell'ultimo periodo osservato, la diminuzione nel Lazio è stata del 6%, dato coincidente con la diminuzione registrata nella provincia di Viterbo.

Si evidenzia una diversa distribuzione degli infortuni sul territorio regionale, con una prevalenza del fenomeno nella provincia di Latina; il già citato andamento altalenante ha interessato tutte le province ad eccezione di Frosinone in cui si registra una diminuzione costante del numero di infortuni denunciati.



Fonte: INAIL

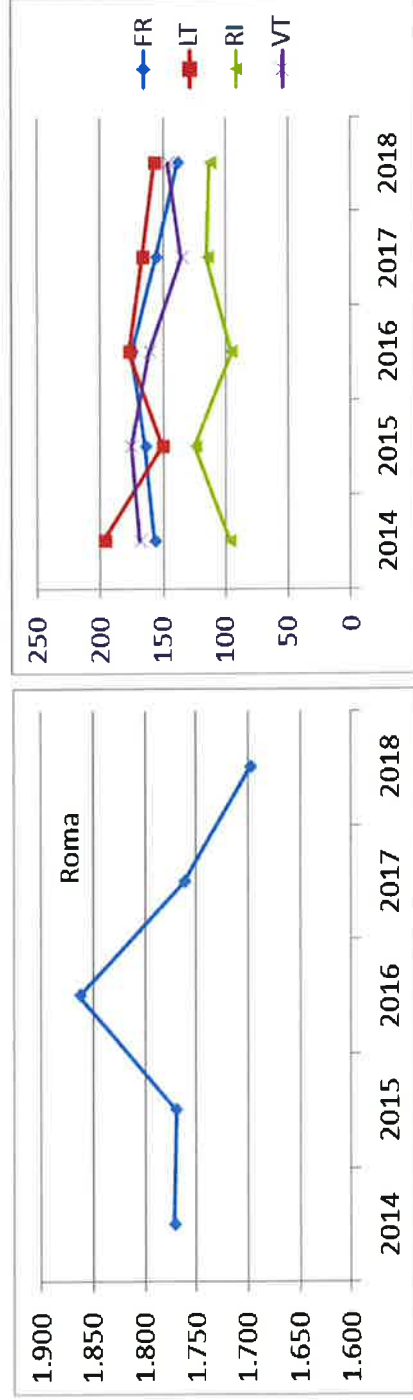
4E.3 Focus sull'edilizia: Infortuni denunciati ad INAIL nel settore delle costruzioni nel Lazio nel periodo 2014-2018

Provincia	2014	2015	2016	2017	2018
Frosinone	157	165	176	156	139
Latina	198	151	178	167	157
Rieti	97	125	96	115	113
Roma	1.772	1.770	1.864	1.762	1.699
Viterbo	169	176	161	135	146
Totale	2.393	2.387	2.475	2.335	2.254

La tabella a fianco riporta il numero totale di infortuni denunciati all'INAIL (settore Costruzioni) negli anni 2014-2018 suddivisi per provincia di accadimento.

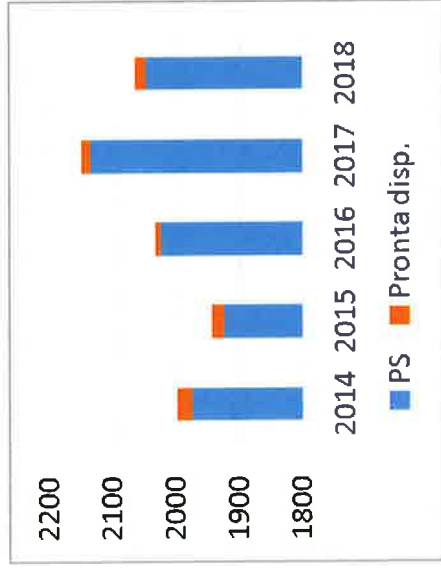
Si può osservare (Fig. 1) un trend decrescente del fenomeno infortunistico quantificabile in una variazione complessiva nel quinquennio pari al -5,8%.

Per la provincia di Viterbo questa diminuzione complessiva è stata del -13,6% anche se nell'ultimo periodo osservato si è registrato un aumento dell'8,1%. Le figure mostrano la diversa distribuzione degli infortuni sul territorio regionale, con una netta prevalenza del fenomeno nella provincia di Roma.



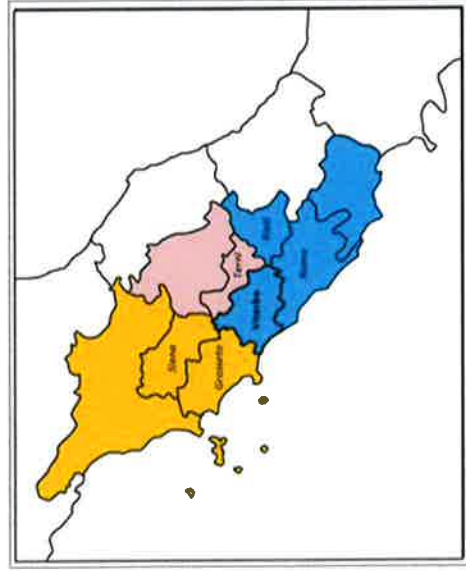
Fonte: INAIL

4E.4 Accessi al PS e interventi in pronta disponibilità per infortuni sul lavoro nel periodo 2014-2018



La tabella e la figura mostrano l'andamento del numero di infortuni per cui vi è stato accesso ad uno dei Centri di Pronto Soccorso dell'Azienda USL Viterbo o perché il personale dello SpreSAL è intervenuto allertato dal 118 o dalle forze dell'ordine (Interventi in pronta disponibilità).

Anno	Pronta disp.	PS	Totale
2014	23	1975	1998
2015	21	1923	1944
2016	10	2023	2033
2017	16	2134	2150
2018	17	2048	2065



	2014	2015	2016	2017	2018
Viterbo	1626	1555	1633	1676	1558
Roma	258	282	313	359	371
Rieti	30	31	19	26	44
Terni	16	9	9	20	15
Grosseto	9	11	11	9	10
Siena	8	7	11	5	10
Altro	51	49	37	55	57
Totale	1998	1944	2033	2150	2065

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

Fonte: SIES

4E.5 Casi di malattia professionale denunciati e definiti positivamente dall'INAIL nel Lazio e nella provincia di Viterbo anni 2012-2018

	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	932	170	18%	9	8	89%	697	127	18%	50	6	12%	158	25	16%
2014	1061	121	11%	10	9	90%	824	89	10%	56	9	13%	171	14	9%
2015	1247	100	8%	8	8	100%	1032	67	6%	55	8	15%	152	17	11%
2016	1110	102	9%	5	5	100%	915	70	8%	36	7	19%	154	20	13%
2017	998	53	5%	2	-	-	863	39	5%	32	5	16%	101	9	9%
2018	1002	53	5%	4	3	75%	893	30	3%	21	3	14%	84	17	20%
'12-'18	7069	696	10%	50	43	86%	5745	495	9%	284	40	14%	972	114	12%

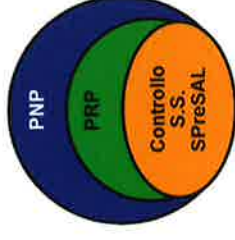
La tabella mostra, dal 2012 al 2018, il significativo peso in percentuale delle malattie professionali denunciate e definite positivamente dall'INAIL nella provincia di Viterbo, rispetto al contesto regionale; da segnalare che nell'ultimo triennio in media, il 15% dei tumori occupazionali regionali è stato segnalato nella provincia di Viterbo.

Fonte: elaborazioni Osservatorio malattie professionali su dati INAIL

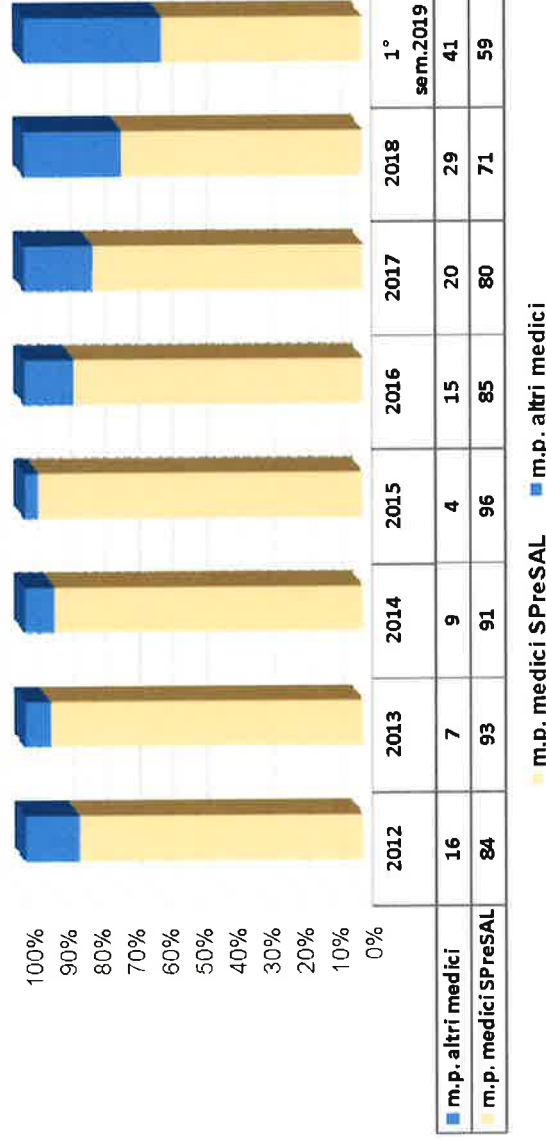
4E.6 Ricerca attiva delle malattie professionali (m.p.): attività di controllo della qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti aziendali

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. 2019, 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
2018	136	55
1° sem.'19	54	37

Fonte: Osservatorio malattie professionali

**4E.7 Casi di malattia professionale segnalati allo SPReSAL in provincia di Viterbo per tipologia di malattia.
Anni 2012 – 1° sem. 2019**

tipologia	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	1° sem. '19	totale
ipoacusia da rumore	34	51	40	28	26	16	20	7	222
m. cutanee	5	5	5	5	9	6	7	3	45
m. da sovraccarico biomeccanico	255	338	488	266	231	251	136	60	2025
- di cui m. del rachide	114	139	172	103	109	113	55	35	840
- di cui m. a carico degli arti sup.	121	143	258	142	108	110	63	22	967
- di cui m. a carico degli arti inf.	2	9	8	4	-	5	4	1	33
- di cui m. osteo-articolari	18	47	50	17	14	23	14	2	185
m. respiratorie	22	19	16	21	21	11	12	12	134
- di cui m. respiratorie allergiche	3	5	-	5	2	-	-	1	16
- pneumoconiosi da polveri inerti	-	-	1	-	-	-	-	-	1
- di cui silicosi	13	9	8	8	9	6	6	7	66
- di cui asbestosi	1	1	1	2	1	1	1	1	7
- di cui placche pleuriche	2	1	4	3	7	2	3	1	23
- di cui fibrosi polmonare	-	-	-	-	-	-	-	1	1
- di cui altre m. respiratorie	3	4	2	3	3	2	2	1	20
m. psichiche	2	1	3	1	2	2	-	-	11
tumori professionali	6	14	22	18	19	17	16	8	120
altra	-	1	4	3	1	-	-	1	10
totale	324	429	578	342	309	303	191	91	2567

È 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. 2019, suddivise per tipologia.

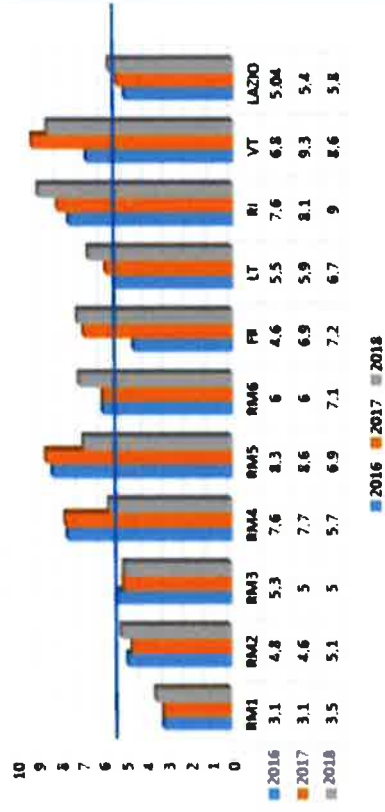
Il trend in crescita del numero di malattie professionali segnalate dal 2012 al 2014 risulta invertito nel periodo successivo, dove si registra una forte riduzione.

In analogia con il dato nazionale, la gran parte delle malattie denunciate riguarda le patologie da sovraccarico biomeccanico dell'apparato locomotore: 2025 nell'intero periodo di osservazione, pari al 79% del totale (2567). Da segnalare, nello stesso periodo, l'emersione anche di malattie meno note, quali le malattie cutanee ed i tumori occupazionali.

Fonte: Osservatorio malattie professionali SPReSAL

4E.8 Rilevazione LEA: copertura del territorio per singola ASL

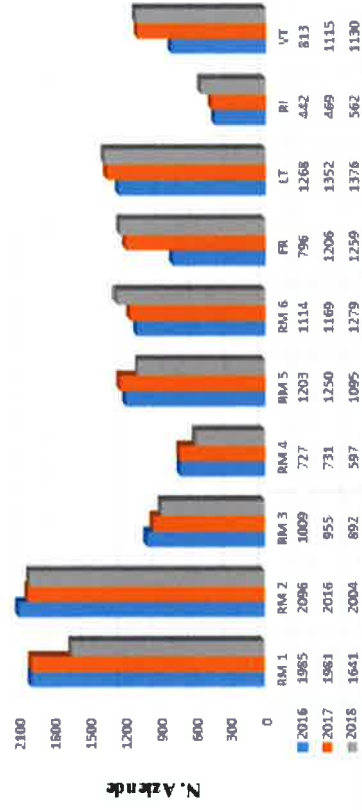
Valore % LEA raggiunto, per ASL, confronto 2017-2018



Nei grafici sono riportati i dati della rilevazione regionale dei LEA per l'attività di vigilanza:

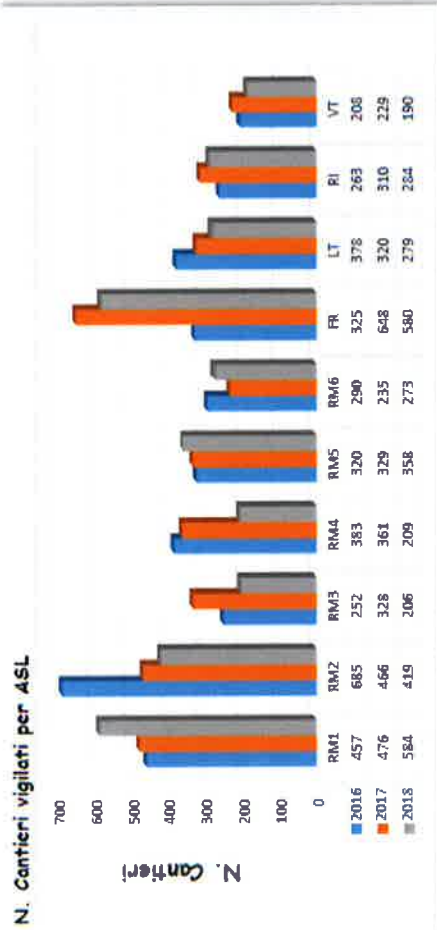
- copertura del territorio (tabella in alto)
- aziende controllate (grafico a sinistra).

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



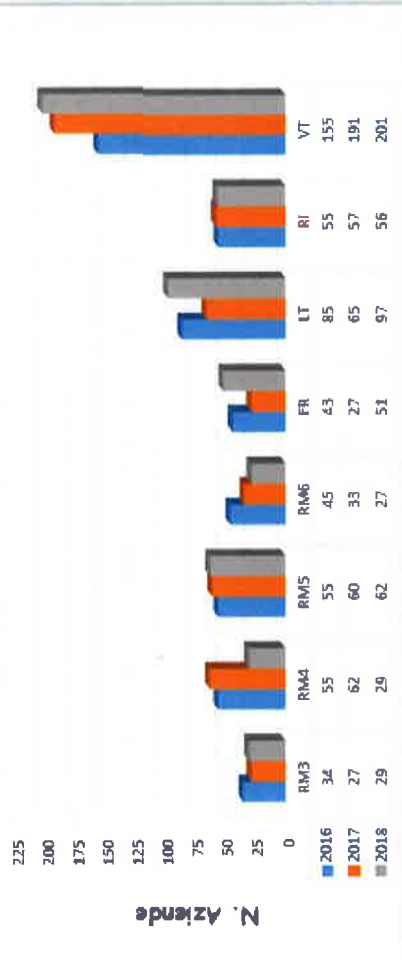
Fonte: Regione Lazio

4E.9 Rilevazione LEA: attività di vigilanza per comparto e per singola ASL periodo 2012-2016



Nella figure sono riportati i dati della rilevazione regionale dei LEA per l'attività di vigilanza in edilizia e in agricoltura. Nel 2018 sono stati controllati 190 cantieri e 201 aziende agricole.

N. Aziende vigilate in agricoltura, per ASL

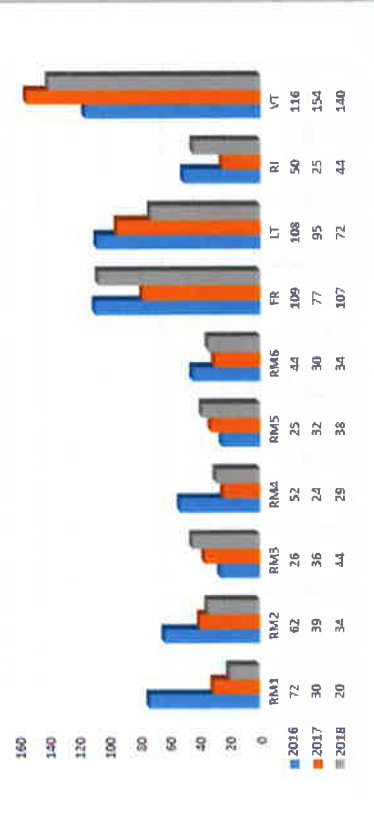


Fonte: Regione Lazio

4E.10 Rilevazione LEA: attività di vigilanza per comparto e per singola ASL

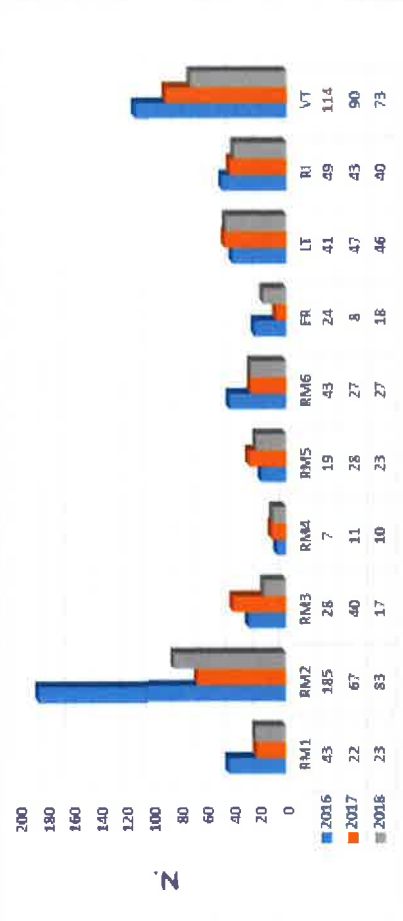
Nelle tabelle sono riportati i dati della rilevazione regionale dei LEA per le attività di indagine, conseguenti ad infortuni e malattie professionali.

N. Inchieste infortuni, per ASL, confronto 2016-2017-2018



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

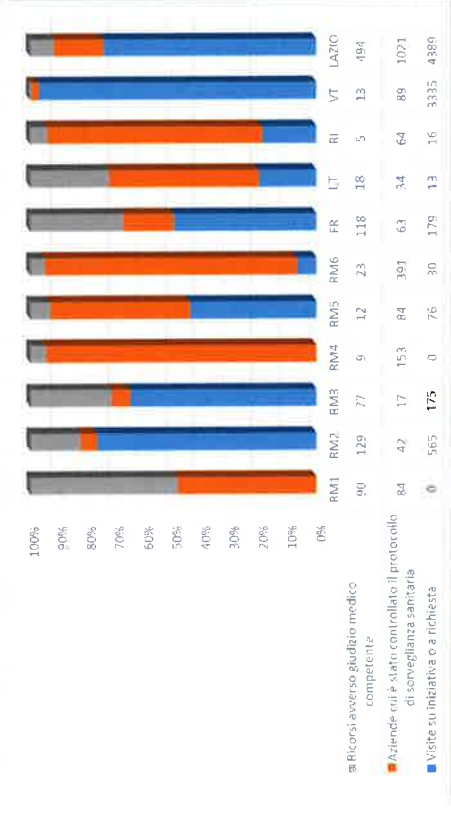
N. Inchieste malattie professionali, per ASL



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

Fonte: Regione Lazio

4E.11 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.

4E.12 Rilevazione LEA: attività di formazione per singola ASL

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

Nel 2018 sono state erogate 375 ore di formazione e raggiunti 1282 soggetti: la ASL Viterbo si colloca al secondo posto.

	Ore formazione			Persone formate		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
RM1	1245	119	34	RM1	59	13
RM2	168	39	0	RM2	415	175
RM3	45	56	32	RM3	900	811
RM4	0	0	7	RM4	0	0
RM5	415	20	22	RM5	50	18
RM6	110	186	176	RM6	430	599
FR	130	215	68	FR	2165	1501
LT	118	206	110	LT	245	640
RI	0	0	0	RI	0	0
VT	997	375	375	VT	5809	1282
LAZIO	3228	1216	824	LAZIO	10073	4626

Fonte: Regione Lazio

4F 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 bovine e bufaline 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.

4F.1 Tubercolosi Bovina e Bufalina, Brucellosi Bovina e Bufalina e Leucosi Enzootica Bovina. Controlli negli Allevamenti e negli animali al 30/10/19

A.S.L. VITERBO -											
SPECIE	MALATTIA	Controllabile		DIRADAMENTO		AZIENDE		CAPI		% Aziende Controllate	% Capi Controllati
		AZIENDE	CAPI	AZIENDE	CAPI	Controllate	Positive	Controllati	Positivi		
BOVINE E BUFALINI	Brucellosi	500	31068	125	x	108	0	x	0	86,40	x
	Leucosi enzootica	500	31068	125	x	108	0	x	0	86,40	x
	Tubercolosi	500	31068	125	x	108	0	x	0	86,40	x
OVICAPRINI	Brucellosi	1008	312845	252	31300	x	0	26006	0	x	83,08

Presenti: Tutti gli Allevamenti presenti nel territorio provinciale
 Controllabili: Allevamenti soggetti ai piani di controllo
 Diradamento Regionale: Allevamenti/animali da sottoporre ai controlli annualmente
 Controllati: **Allevamenti effettivamente controllati al 30 ottobre 2019**

Nelle more dell'emanando DCA 2019 sulla programmazione dell'attività di eradicazione e sorveglianza per le malattie soggette a piani cofinanziati, le indicazioni regionali per l'anno 2019 prevedono, per la provincia di Viterbo, il controllo del 25% degli allevamenti bovini da riproduzione per Brucellosi Bovina Leb e Tbc e per la brucellosi ovina il 25% degli allevamenti ovini presenti in modo che vengano saggiate almeno il 10 % dei capi di età superiore a 6 mesi dell'intero patrimonio ovino provinciale.

4G Igiene degli alimenti di origine animale

Il Servizio Veterinario Area B, svolge attività di ispezione, vigilanza e controllo degli alimenti di origine animale (carne, pesce, latte, miele, uova e prodotti derivati) nelle fasi di macellazione, conservazione, trasformazione, lavorazione, deposito, trasporto e vendita, con l'obiettivo di ridurre al minimo l'esposizione dei cittadini, ai rischi microbiologici, chimici e fisici e migliorare le condizioni di sicurezza alimentare. Tale attività viene svolta nel pieno rispetto dei diversi obiettivi prefissati da Autorità Centrali e Periferiche.

4G.1 Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC): stato avanzamento obiettivi al 30/09/2019

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 2018			9 mesi 2019				
campioni assegnati dalla Regione ed altri Enti Centrali anno 2018	campioni effettuati al 31/12/2018	% campioni effettuati	campioni extra-piano effettuati al 31/12/2018	campioni assegnati dalla Regione ed altri Enti Centrali anno 2019	campioni effettuati al 30/09/2019	% campioni effettuati	campioni extra-piano effettuati al 30/09/2019
158	158	100%	72	199	159	80%	41

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 2018 il numero dei campioni effettuati supera quello dei campioni assegnati poiché, a seguito di emergenze e verifiche varie, sono stati effettuati 72 campioni Extrapiano.

Nei del 2019 la % dei campioni effettuati (80%) risulta maggiore rispetto a quanto programmato per i nove mesi (75%). Ciò fa presupporre il pieno rispetto dell'obiettivo assegnato dalla Regione Lazio per il 2019. 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 2019 sono stati effettuati 41 campioni Extrapiano.

4G.2 Piano Nazionale Residui, Piano Regionale Residui e D. Lgs. 158/2006: obiettivi al 30/09/2019

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 2018						
campioni assegnati dalla Regione anno 2018	campioni effettuati	% campioni effettuati	partite assegnate per esami istologici dalla Regione anno 2018	partite effettuate	% partite effettuate	n. macellazioni speciali d'urgenza effettuate nei macelli del territorio della Asl nel 2018
82	82	100%	6	6	100%	60
campioni effettuati su sospetto clinico anamnestico						
220						
9 mesi 2019						
campioni assegnati dalla Regione anno 2019	campioni effettuati	% campioni effettuati	partite assegnate per esami istologici dalla Regione anno 2019	partite effettuate	% partite effettuate	n. macellazioni d'urgenza effettuate nei macelli del territorio della AUSL VT nei primi 9 mesi 2019
189	153	81%	6	4	67%	32
campioni effettuati su sospetto clinico anamnestico						
100						

La percentuale dei campioni effettuati nel 2018 è conforme a quanto richiesto e nei nove mesi 2019 raggiunge il 81%. L'obiettivo assegnato dalla Regione nel 2019 sarà sicuramente raggiunto nell'ultimo trimestre.

Il numero delle partite assegnate per esami istologici relative all'anno 2018 risulta raggiunto. Nei primi nove mesi 2019 la percentuale di partite effettuate risulta al 67 %.

Il numero delle macellazioni speciali d'urgenza in base al sospetto clinico anamnestico indicato dalla Regione non è programmabile poiché è legato a fattori imprevedibili e non dipendenti dal servizio veterinario della ASL. Tutti i campioni previsti sono stati effettuati, fatta eccezione di 5 animali che non sono stati ammessi al libero consumo bensì avviati direttamente alla distruzione.

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

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Dipartimento di Prevenzione

L'attività legata al Sistema rapido di allerta non è programmabile in quanto è legata all'insorgenza di eventi imprevedibili che possono verificarsi sia a livello locale che internazionale. Il personale del servizio veterinario interviene con le modalità ed i tempi previsti, in relazione alle diverse problematiche intervenute. I dati evidenziano una rapidità di risposta (entro 7 giorni) alle allerte provenienti dalle Autorità.

Sistema rapido di allerta al 30/09/2019					
anno 2018			9 mesi 2019		
Controlli effettuati	Allerte ricevute dalle autorità centrali (Ministero Salute e Area Sanità Veterinaria Regione Lazio)	risposte alle Autorità entro 7 gg	Controlli effettuati	Allerte ricevute dalle autorità centrali (Ministero Salute e Area Sanità Veterinaria Regione Lazio)	risposte alle Autorità entro 7 gg
104	28	28	66	21	21
		100%			100%

Attività riconosciute e registrate come da Reg. CE 852/853 del 2004 – Gennaio 2018 - Settembre 2019

Anno 2018				9 mesi 2019			
Totale attività riconosciute	% standard attività riconosciute da controllare nel 2018	n° attività riconosciute controllate	% attività riconosciute controllate	Totale attività riconosciute	% standard attività riconosciute da controllare nel 2019	n° attività riconosciute controllate al 30/09/2019	% attività riconosciute controllate al 30/09/2019
85	100%	143	169%	109	100%	141	129%
							n. controlli effettuati sulle attività riconosciute al 30/09/2019
							229

anno 2018				9 mesi 2019			
Totale attività registrate	% standard attività registrate da controllare nel 2018	n° attività registrate controllate	% attività registrate controllate	Totale attività registrate	% standard attività registrate da controllare nel 2019	n° attività registrate controllate al 30/09/2019	% attività registrate controllate al 30/09/2019
1.078	20%	245	23%	1.078	20%	293	27%
							n. controlli effettuati sulle attività registrate al 30/09/2019
							353

La percentuale dei controlli sulle attività riconosciute, come previsto per legge è pari al 100%. Tale obiettivo è stato ampiamente superato sia nel 2018 che nei primi 9 mesi del 2019.

4G.3 Ristorazione pubblica e collettiva Reg. 852/04 Gennaio 2018 - Settembre 2019

Dal 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 2019 sia riguardo alla ristorazione pubblica che a quella collettiva.

Ristorazione pubblica

Anno 2018			9 mesi 2019						
Totale attività censite	% standard attività da controllare nel 2018	n° attività controllate	% attività controllate	n. controlli effettuati sulle attività	Totale attività censite	% standard attività da controllare nel 2019	n° attività controllate al 30/09/2019	% attività controllate al 30/09/2019	n. controlli effettuati sulle attività al 30/09/2019
751	3%	46	6%	51	751	3%	29	4%	31

Nel 3° trimestre 2018, su richiesta del Prefetto di Viterbo, sono stati incrementati i controlli sulla ristorazione pubblica nei territori circostanti il lago di Bolsena, in vista della manifestazione aerea tenutasi nel mese di Agosto.

Ristorazione collettiva

Anno 2018			9 mesi 2019						
Totale attività censite	% standard attività da controllare nel 2018	n° attività controllate	% attività controllate	n. controlli effettuati sulle attività	Totale attività censite	% standard attività da controllare nel 2019	n° attività controllate al 30/09/2019	% attività controllate al 30/09/2019	n. controlli effettuati sulle attività al 30/09/2019
78	20%	39	50%	42	101	20%	22	22%	24

Nel totale attività censite da controllare per il 2019 sono state inserite anche i centri produzione pasti pronti per le mense scolastiche

4G.4 Attività di macellazione come da Reg. CE 852-853-854/2004 - Gennaio 2018 - Settembre 2019

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, Iatidiosi), la ricerca di residui nelle carni, l'effettuazione dei campionamenti previsti dalle varie normative (TSE, trichine, microbologici, 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 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, microbologici, residui,vari)
1162	881452	1374	1216	1216	575	9786
9 mesi 2019						
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, microbologici, residui, vari)
822	701010	1110	1289	621	337	5105

Fonte: elaborazione Controllo di Gestione su dati Dipartimento di Prevenzione

4F 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 AA.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 (PreSAL) 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.

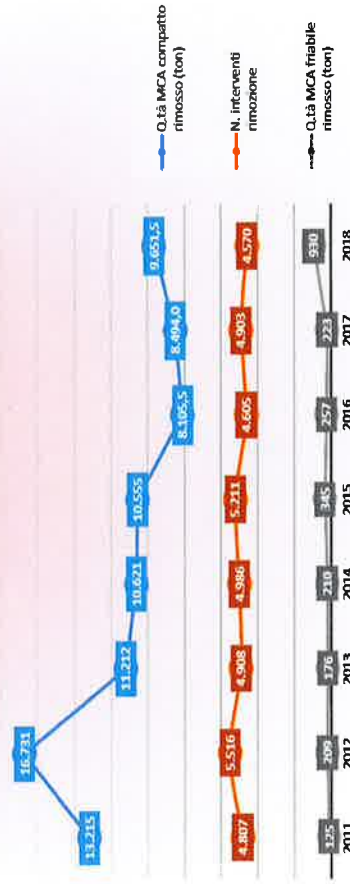
4F.1 Gestione telematica per i Servizi di Prevenzione delle AA.SS.LL. dei flussi informativi per l'amianto

Confronto serie storiche	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aziende	103	91	88	86	108	120	135	158	149	155	155	162	165	164
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	4.570
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	9.651
Quantità MCA friabile rimosso (ton)	318	409	177	232	38	398	125	209	176	210	345	257	223	930
N. addetti	552	532	525	407	525	625	632	762	820	735	799	844	914	918

* dati 2008 non disponibili

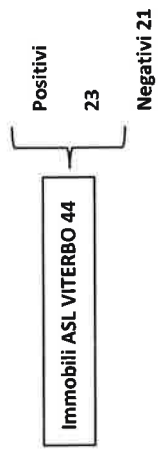
Tra i compiti del Centro di Riferimento Regionale Amianto vi è la Web analysis delle Notifiche e dei Piani di Lavoro (artt. 250 e 256 del D.Lgs 81/2008), nonché dei flussi informativi previsti dall'art.9 della L. 257/1992, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni sui flussi informativi telematici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

Serie Storica delle rimozioni 2011-2018

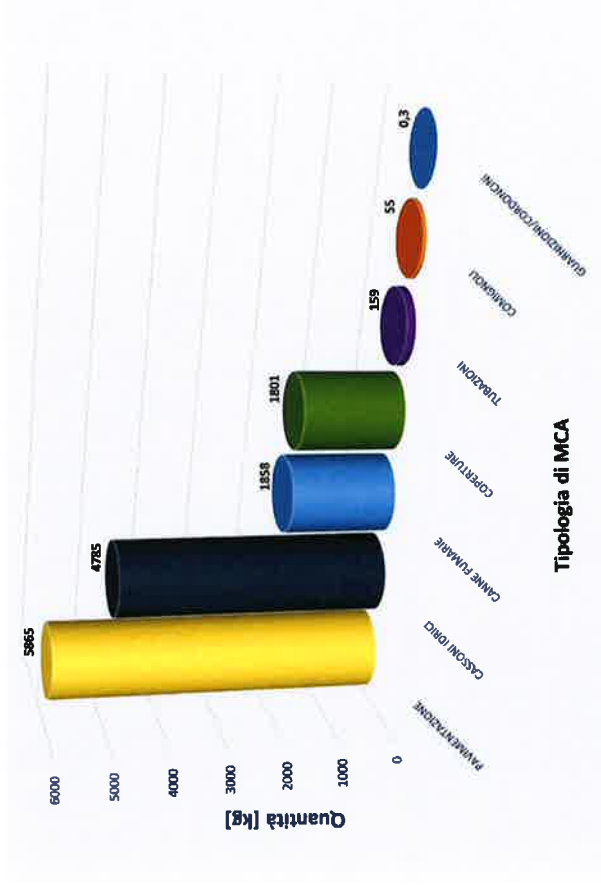


Andamento bonifiche ultimi 8 anni (2011-2018), numero di Piani di Lavoro e quantità di amianto, friabile e compatto, rimosso e smaltito nel Lazio

4F.2 Programma di custodia, controllo e manutenzione dei materiali contenenti amianto (MCA)



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

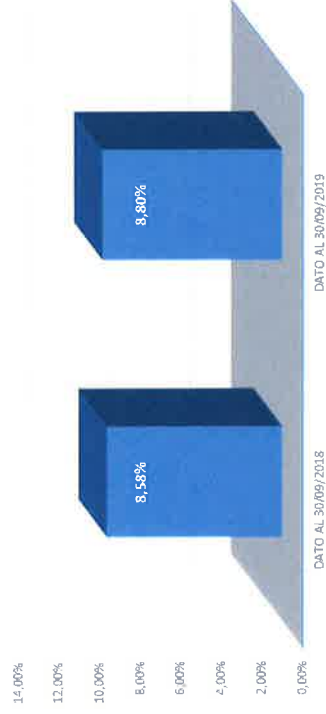


Tipologia MCA	Pavimentazione	Cassoni Idrici	Carne fumarie	Coperture	Tubazioni	Cantieri	Quamizioni/Cardoncini
kg	5.865	4.785	1.858	1.801	159	55	0.3

5 VALUTAZIONE ECONOMICA FINANZIARIA

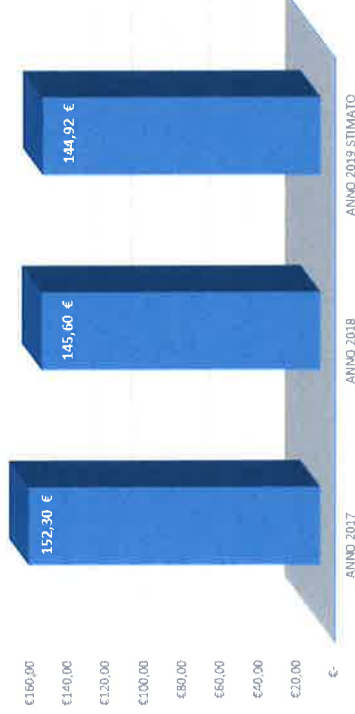
5A Spesa farmaceutica

% POPOLAZIONE PEDIATRICA TRATTATA CON CEFALOSPORINE



La percentuale di popolazione pediatrica trattata con cefalosporine nei primi 9 mesi del 2019 risulta leggermente superiore rispetto allo stesso periodo 2018 (anche se in modo non clinicamente significativo). La valutazione ottima è \leq a 14%

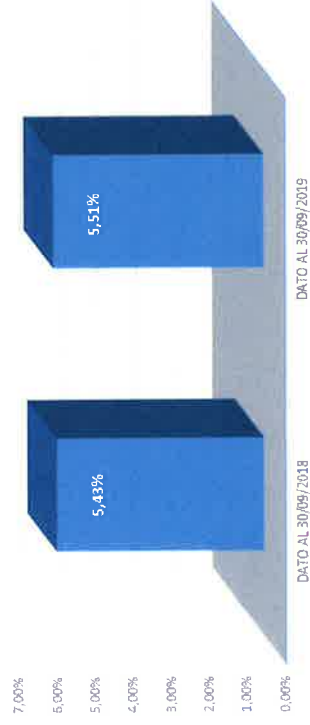
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA PRO CAPITE



Il grafico mostra l'andamento della spesa netta convenzionata pro capite nella Asl VT nel triennio 2017-2019. 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 pro capite.

Fonte: UOC Farmacia Aziendale; elaborazione UOS Controllo di Gestione

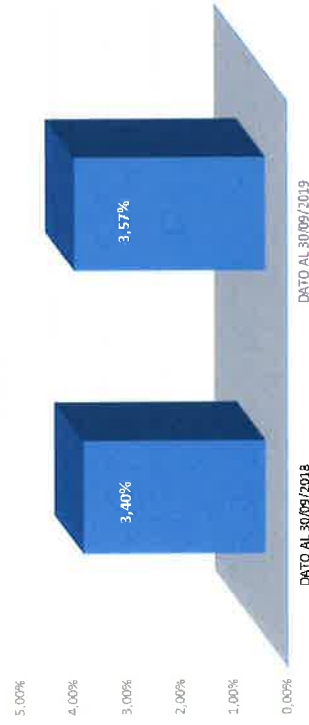
**SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA
% SPESA SU FSN**



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 2018, 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 DEL 4,4% DEL FSN**



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

5B 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.

5B.1 Valutazione straordinaria poste di credito e di debito

Nel corso dell'esercizio 2018 è stata avviata e proseguirà nel corso del biennio 2019-2020, un'intensa attività volta a dare attuazione al DCA U00521/2018 e al successivo Decreto U00297/2019. I Decreti in oggetto prevedono di effettuare, entro il termine di approvazione del bilancio di esercizio 2018 e del successivo bilancio 2019, una valutazione straordinaria di esigibilità delle poste di credito e di sussistenza di quelle di debito iscritte nei propri stati patrimoniali in data precedente al 1° gennaio 2015, ivi compresi i fondi rischi a qualsiasi titolo iscritti, eseguita nell'ottica di garantire per ciascuna partita la sussistenza dei presupposti documentali dell'obbligazione per il loro mantenimento nella contabilità aziendale.

A seguito della suddetta valutazione straordinaria e le partite che, a seguito di tale ricognizione, sono state giudicate dai competenti uffici liquidatori insussistenti nonché le partite debitorie giudicate di dubbia sussistenza o le partite creditorie valutate inesigibili sono state chiuse al 31 dicembre 2018 con contropartita il Fondo di dotazione per un valore pari ad euro 10.814.749,10 che ha determinato un miglioramento rispetto al biennio precedente di circa il 18,5%.

Il valore dei debiti verso fornitori di beni e servizi è ridotto del 7% rispetto al precedente anno.

La riduzione è dovuta ad alcuni fattori preponderanti:

- 1) la razionalizzazione della spesa che ha inciso favorevolmente e progressivamente sulla diminuzione dei flussi finanziari in uscita;
- 2) la normalizzazione dei pagamenti avviati già a partire dalla seconda metà del 2016 e proseguita nel corso del 2018 che ha consentito il pagamento di debiti pregressi con un corrispondente incremento dei flussi finanziari in uscita;
- 3) da ultimo, l'intensa attività volta all'attuazione del DCA U00521 del 21 dicembre 2018 preceduta sia dall'avvio di una estesa attività di circolarizzazione dei fornitori e dall'invio alle strutture liquidatrici delle fatture non ancora liquidate volto a verificare la sussistenza dei presupposti per il loro mantenimento in contabilità.

Di seguito una tabella di sintesi di quanto rappresentato:

Tabella di riepilogo

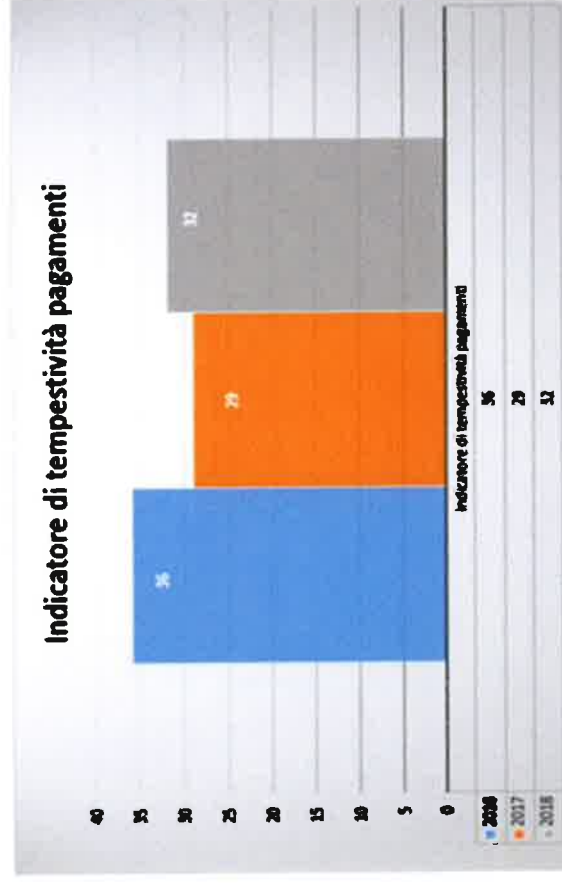
	Saldo al 31.12.2018 (estratto il 17.01.2019)	
	Importo	Incidenza
Numero fornitori complessivi	117.230.893	
Numero fornitori circolarizzati	82.453.299	70%
numero di risposte ricevute	33.489.370	41%
Numero di risposte riconciliate	10.673.178	32%

5B.2 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

L'elaborazione è stata effettuata sulla base della data valuta e sono stati considerati sia i pagamenti diretti e sia quelli effettuati attraverso la Regione Lazio per i fornitori aderenti alla procedura "Accordo Pagamenti".

Per ciò che riguarda l'Indicatore di tempi di pagamento dei fornitori in "Accordo", il valore è di 7,95 gg, come da comunicazione della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali- Area Risorse Finanziarie, prot. n. U0099313 del 7 febbraio 2019; il valore complessivo relativo all'anno 2018, che considera anche i pagamenti eseguiti direttamente dall'Azienda, si attesta, invece su 32 gg.



Il valore dell'indicatore mostra un miglioramento 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.

6 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.

6A Programmi Operativi 2016-2018 ; obiettivi Direttori Generali

FRONTE RICHIESTA	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO AL 30 GIUGNO 2019
DCA 155 del 6/5/2019	1	1.1 - Budget 2019	1.1.1. Risorse aggiuntive rispetto al budget concordamenti	(FSR INDISTINTO CONSUNTIVO 2019 -FSR INDISTINTO BUDGET 2019/FSR INDISTINTO CONSUNTIVO 2019):0% = 100% (risorse aggiuntive rispetto al concordato pari a 0 euro/min); tra 0,1% e 0,2%≠ 75% (19,2 e/min); tra 0,21% e 0,4%≠ 50% (38,3 e/min); >0,6%≠ 0%	VALORI COERENTI CON IL CONSUNTIVO 2018, IN ATTESA DEL CONCORDAMENTO 2019
DCA 155 del 6/5/2019	1	1.2 - Tempi di pagamento	1.2.1. Riduzione del tempo medio di pagamento rispetto all'anno precedente (soglia definita per singola ASI/Azienda) - tempo max: 60 gg	1) 90% qualora l'ente registri ritardi compresi tra 1 e 10 giorni; 2) 75% per ritardi compresi tra 11 e 30 gg; 3) 50% per ritardi compresi tra 31 e 60 gg; 4) 0% per ritardi > 60 gg. o mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo;	FONTE DATI BILANCIO: 34,45 gg - raggiunto al 100%
DCA 155 del 6/5/2019	2	2.1 - rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica	2.1.1. % prestazioni in classe B (su totale classe B) con tempo di attesa entro 10 gg come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa - FONTE DATI LAZIOCREA	uguale o superiore al 90% rapporto tra numero prenotazioni di primo accesso codificate in classe di priorità B (incluse nell'elenco prestazioni critiche monitorate nel PNGLA 2019-2021, par.fo n. 3, all.to A) evase in 10 gg/ totale delle prenotazioni evase, relative alle suddette prestazioni critiche di primo accesso, codificate in classe di priorità B	si
DCA 155 del 6/5/2019	2	2.1 - rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica	2.1.2 % prestazioni in classe P (su totale classe P) con tempo di attesa entro 180 gg (entro 120 gg a partire dal 1/1/2020); FONTE DATI LAZIOCREA	uguale o superiore al 90% rapporto tra il numero di prenotazioni di primo accesso codificate in classe di priorità P incluse nell'elenco delle prestazioni critiche sotto monitoraggio nazionale e regionale (incluse nell'elenco prestazioni critiche monitorate nel PNGLA 2019-2021, par.fo n. 3, all.to A) evase in 180 gg (entro 120 gg a partire dal 1/1/2020)/ totale delle prenotazioni evase, relative alle suddette prestazioni critiche di primo accesso, codificate in classe di priorità P - FONTE DATI LAZIOCREA	si
DCA 155 del 6/5/2019	3	3.1 - SPESA CONVENZIONATA	3.1.1 raggiungimento del target spesa netta convenzionata <= 7,96% del fondo sanitario indistinto regionale	spesa netta convenzionata/fondo sanitario indistinto regionale: obiettivo raggiunto al 100% se inferiore o uguale a 7,96%; obiettivo raggiunto al 43% se compreso tra 7,96% - 0% se superiore o uguale a 8,15%	8,54%

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

FORNITORE	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATA AL 30 GIUGNO 2019
DCA 155 del 6/5/2019	3	3.2 - FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA	3.2.1 RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO, CONGRUITA E COMPLETEZZA DEL FILE F, FILE R, DM CONSUMI E CONTRATTI	obiettivo raggiunto al 100% se il valore è pari al 100% (completezza e qualità degli stessi, desumibile dalla congruenza dei suddetti flussi dal CE e dal flusso Traccia	si
DCA 155 del 6/5/2019	4	4.1 - Screening oncologici per tumore della mammella, della cervice uterina, del colon retto	4.1.1.tassi di copertura dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina, del colon retto;	rispetto dei tassi di copertura; è prevista una penalità nel caso un TdC di uno screening non raggiunga la soglia minima richiesta; scostamento dalla soglia minima del TdC tra 0,1-10%; penalità pari a 0; scostamento tra 10,1 e 20%; penalità pari a -2; scostamento > 20%; penalità -4 ; monitoraggio semestrale e valutazione annuale ad opera del Seresmi attraverso i flussi informativi dalle anagrafi vaccinali aziendali e dalla Anagrafe Vaccinale Regionale; valutazione a partire da un valore minimo corrispondente all'oscure LEA	VALORE REGIONE LAZIO AL 31/5/2019 >100% (score 12); MX: 69; CITOLOGICO: 56; COLON RETTO: 36
DCA 155 del 6/5/2019	4	4.2 - vaccinazione MPR (Morbilli - Parotite - Rosolia)	4.2.1.tassi di copertura a 24 mesi per la prima dose di vaccino MPR		97,10%
DCA 155 del 6/5/2019	5	5.1 - accessi e permanenza nei P.S.	5.1.1.Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale pazienti con esito ricovero/trasferimento	l'obiettivo si intende raggiunto a partire da un valore inferiore al 20% (per le aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi)	FORNITORE S.I. (valore al 30/6/2019) - P.O. BELCOLLE: 13,66%; P.O. CIVITA CASTELLANA: 6,33%; P.O. TARQUINIA: 2,81%
DCA 155 del 6/5/2019	5	5.2 - completezza e qualità SDO (nuovo SIO)	5.2.1. numero degli errori di completezza e qualità dei dati rilevati nelle SDO a partire da quelle con dimissione al 1/7/2019	l'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore pari a uguale o inferiore a uno (rapporto tra numero errori nella nuova SDO/totale SDO - errori classificati in scheda)	FORNITORE S.I. (valore al 30/6/2019) - P.O. BELCOLLE: 13,66%; P.O. CIVITA CASTELLANA: 6,33%; P.O. TARQUINIA: 2,81%

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

FONTE RICHIESTA	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	DATO AL 30 GIUGNO 2019
DCA 155 del 6/5/2019	5	S.3 - gestione dei ricoveri per frattura del femore e parti cesarei	5.3.1. intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (età 65 +) struttura di ricovero; l'esito misurato è l'esecuzione dell'intervento entro 2 gg dalla data di primo accesso e l'esposizione è datat dalla struttura di ricovero	l'indicatore è raggiunto se rispettata almeno una delle seguenti condizioni: superiore o uguale a 60%; per le aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi	DATO S.I. (AL 31/5/2019): BELCOLLE: 40%; CIVITA CASTELLANA: 91%; TARQUINIJA (AL 31/4/2019): 33,3%
DCA 155 del 6/5/2019	5	S.3 - gestione dei ricoveri per frattura del femore e parti cesarei	S.3.2. proporzione di parti con taglio cesareo primario	l'indicatore è raggiunto per le strutture con valore superiore a 1000 parti/anno, se inferiore o uguale al 25%	DATO S.I. (AL 31/5/2019): 22,43%
DCA 155 del 6/5/2019	5	S.4 - autosufficienza sangue e suoi derivati	5.4.1. - incremento del 5% dell'attività di raccolta nell'anno indice rispetto a quello dell'anno precedente	incremento del 5%	NO
DCA 155 del 6/5/2019	5	S.5 - degenza ospedaliera	5.5.1. proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135	l'indicatore è raggiunto se la struttura effettua minimo 135 interventi per tumore maligno della mammella per reparto	DATO S.I. (AL 31/5/2019) - REINTERVENTI PER TUMORE ALLA MAMMELLA A 120 GG (MASTECTOMIE TOTALI): 3/51 (5,88%); VOLUME INTERVENTI TUMORI MALIGNI ALLA MAMMELLA: N. 77
DCA 155 del 6/5/2019	5	S.5 - degenza ospedaliera	S.5.2. degenza media in medicina generale (codice 26)	numero di giornate di degenza ordinaria , transitate in reparto di medicina generale (codice 26) sul numero di transiti in reparto di medicina generale: inferiore o uguale a 9 gg (obiettivo calcolato proporzionalmente sui presidi presenti)	DATO S.I. (AL 31=5/2019): MEDIA AZIENDALE 9,72 GG; P.O. BELCOLLE: 9,90 GG; P.O. ACQUAPENDENTE: 8,18 GG; P.O. TARQUINIJA: 7,77 GG; P.O. CIVITA CASTELLANA: 8,88 GG;
DCA 155 del 6/5/2019	5	S.5 - degenza ospedaliera	5.5.3. Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico/totale ricoveri diurni con drg medico: <36% (per singolo presidio)	DATO S.I. (AL 31/5/2019): BELCOLLE: 12,4%; CIVITA CASTELLANA: 22,7%; TARQUINIJA: 19,6%

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

FRONTE RICHIESTA	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	RESULTATO ATTESO	DATA AL 30 GIUGNO 2019
DCA 155 del 6/5/2019	6	6.1 - monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento	6.1.1. invio 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 suindicate (dicembre 2018); c) sarà presentato all'Area competente il progetto degli interventi di cui alla DGR 861/2017 e DGR 180/2018 secondo le tempistiche di cui alla nota Regione Lazio 428986 del 13/7/2018 (la determinazione regionale di approvazione esecutiva entro il 9/3/2020; non oltre ottobre 2019 - obiettivo raggiunto a partire da un valore pari al 100%	IL CRONOPROGRAMMA ATTUATIVO SUL SISTEMA DOCUMENTALE ALFRESCO E' STATO AGGIORNATO IN DATA 18/7/2019.
DCA 155 del 6/5/2019	7	7.1 - aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	7.1.1. dati: flusso SIAT	percentuale pari almento al 2% della popolazione >65 anni - con coefficiente di intensità assistenziale uguale o superiore a 0,14	1,62%
DCA 155 del 6/5/2019	8	8.1 - ottimizzazione delle attività di identificazione dei potenziali donatori d'organo	8.1.1. aumento del numero delle segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali acuti Centro regionale Trapianti	incremento del 50% del numero di segnalazioni di potenziali donatori rispetto al numero dei decessi con lesioni cerebrali acuti (P.O. con neurochirurgia) e del 30% (P.O. senza neurochirurgia); diagnosi principale o prima diagnosi secondaria con codici ICD=CM (versione 2007: 191-192-225-320-323-348.1-348.4-348.5 - 430 - 431- 432-433-434-800-801-803-804-851-852-853-854 nei reparti di rianimazione; si applica ai P.O. dell'Azienda	n.1 osservazione di morte encefalica con prelievo di organi (fegato, n. 2 reni); n. 1 prelievo tessuti corneali

Fonte: Elaborazioni Controllo di Gestione

7 FORMAZIONE DEL PERSONALE AZIENDALE

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 ha programmato e realizzato gli eventi formativi in base alla peculiarità del proprio contesto organizzativo, dal 2019 anche con la formazione a distanza (FAD) grazie alla partecipazione al bando regionale per i corsi FAD sul Dlg 81/08.

Il Piano Formativo Aziendale 2019 ha incluso tra gli obiettivi azioni specifiche rivolte:

- al miglioramento di attività cliniche, organizzative, assistenziali, relazionali per quanto riguarda la formazione dei professionisti sanitari;
- Ai professionisti del ruolo tecnico-amministrativo sulle tematiche da affrontare quotidianamente per tutte le questioni tipiche della Pubblica Amministrazione, dalla gestione delle risorse umane alle nuove regole degli appalti pubblici, dalla prevenzione della corruzione alla nuove sfide della digitalizzazione.

7A Attività formativa svolta dalla ASL di Viterbo al 31 ottobre 2019

Le ore totali di formazione per i progetti svolti, sono state oltre mille per un numero di partecipanti pari a 4.418 operatori appartenenti a tutte le professioni del ruolo sanitario e 514 del ruolo tecnico-amministrativo.

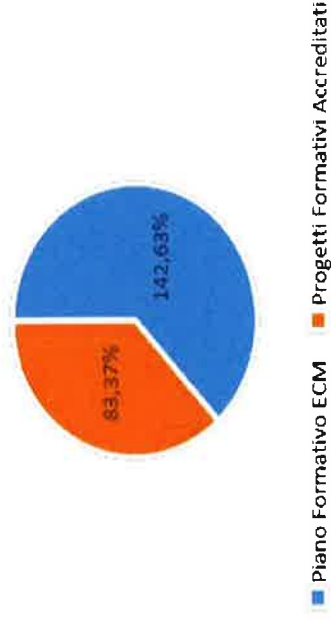
7A.1 ECM aziendale anno 2019

Sul totale eventi realizzati in ECM, il 56 % è stato svolto in tipologia Residenziale (RES), il 26 % in tipologia Formazione Sul Campo (FSC), il 5% in modalità Blended, il 4% in modalità Formazione a Distanza (FAD)

Partecipanti alla Formazione aziendale



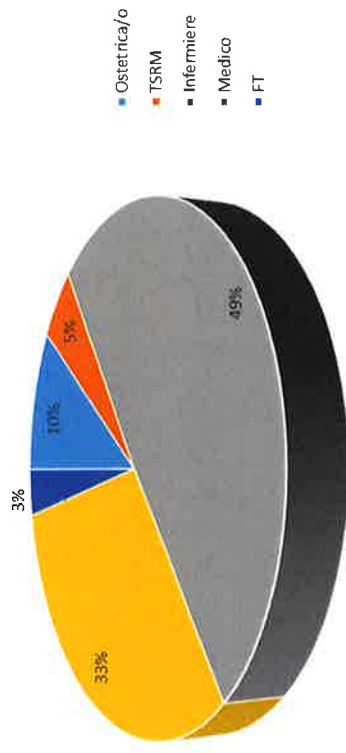
Totale PFA Accreditati



Tipologia di Formazione



Professioni Sanitarie



Nell'anno 2019 è partita la sperimentazione della tipologia formativa **FAD** (Corso sicurezza base - 4 ore formative, corso rischio alto -12 ore). L'ulteriore potenziamento di questa tipologia formativa darà la possibilità di produrre in piattaforma E-learning, sia corsi preconfezionati, che corsi prodotti dalla nostra Azienda da esportare anche all'esterno.

PARTE B
LE STRATEGIE AZIENDALI

Introduzione alle politiche sanitarie del piano strategico

Le azioni sviluppate nel Piano Strategico 2020-2022 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 2019-2021 - Adozione del Piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, approvati con DCA n. U0303 del 25 luglio 2019.

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 negli ultimi quattro anni. 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 tre 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.

3. il rafforzamento del sistema delle responsabilità, attraverso la costruzione di un patto con i professionisti e tra questi ed i cittadini, con il solo vincolo di generare valore per la comunità-azienda.

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 Evoluzione del sistema clinico assistenziale
riabilitativo e azioni di prevenzione a garanzia del
mantenimento dello stato di salute**

A.1 Integrazione dell'offerta tra ospedale e territorio attraverso il coordinamento di tutti gli interventi in relazione a: bisogno di salute, prossimità geografica, complessità della patologia e sicurezza delle cure.

La rete territoriale di prossimità nasce dall'esigenza di trovare un punto di incontro tra domanda di salute dei cittadini ed un'offerta di cure appropriata al contesto locale ed al setting di erogazione e che avvicini anche i gruppi di popolazione hard-to-reach.

Per ottenere questo risultato è necessario ricollocare buona parte delle prestazioni di assistenza sanitaria di base, attualmente erogate in setting ospedalieri, in ambienti di cura collocati nelle comunità locali con l'avvio di percorsi integrati di cura che vedano il primo accesso al sistema nella struttura più prossima al proprio ambiente di vita e garantiscano la multidisciplinarietà e la continuità degli interventi con un appropriato e tempestivo invio nei centri ad elevata complessità tramite canali predefiniti con modalità di accesso agevolate. Questo grazie anche alla presenza di strutture intermedie e di un network di reti che facilitino la gestione della policonicità, della fragilità (intesa in senso bio-psico-sociale) e della disabilità.

La riorganizzazione della rete di servizi sanitaria territoriali si basa su una modifica strutturale della rete di offerta (ospedale, strutture intermedie, cure primarie, socio-sanitario e sociale) e sulla ricerca di coerenze con il quadro epidemiologico emergente (stratificazione).

L'assunto alla base della riorganizzazione è che un'assistenza maggiormente integrata e diffusa sul territorio si rivela in grado di garantire una maggiore efficienza economica ed un miglioramento della qualità e della soddisfazione tanto degli utenti quanto degli stessi professionisti socio-sanitari.

Le parole chiave su cui il modello si basa sono: proattività, prossimità, sicurezza, equità e sinergia. È stata immaginata una Rete Integrata Specialistica di Prossimità che prevede, come risposta alla peculiarità orografica territoriale della nostra Azienda, la suddivisione del territorio della ASL di Viterbo in 13 Comuni Capofila, sede degli ambulatori polispecialistici di riferimento, aggregando i comuni limitrofi garantendo alla popolazione residente in ciascuna delle municipalità una distanza chilometrica massima di 20 km dal presidio ambulatoriale. Altro elemento di valutazione è la dislocazione centrale e le condizioni della viabilità.

La Rete Integrata Specialistica di Prossimità favorisce un sistema di cure ambulatoriali, ricco di valenze diagnostiche e terapeutiche, garantendo la continuità con la rete ospedaliera e l'assistenza primaria, attraverso approcci globali ed integrati ai problemi della persona, ottimizzando all'interno di ogni specifico territorio le attività specialistiche ambulatoriali, sia in termini di produttività che in termini di offerta di prestazioni, promuovendo una logica di creazione di reti socio assistenziali con i comuni coinvolti, in modo di valorizzare le risorse già esistenti ed eventualmente implementare le attività ed i servizi, recependo il quadro epidemiologico emergente dall'Open Data regionale e dall'analisi condotta attraverso lo studio dei Profili di Salute.

Si tratta di una evoluzione organizzativa della medicina specialistica verso modelli più adeguati alle mutate esigenze assistenziali, sia attraverso l'integrazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, sia attraverso nuove articolazioni organizzative, più rispondenti alle necessità di specifici territori e della diffusione di un cultura prescrittiva all'insegna dell'appropriatezza da parte dei MMG.

Obiettivi primari della Rete Integrata Specialistica di Prossimità sono rappresentati dall'esigenza di:

- 1) garantire ai pazienti con patologie croniche, spesso concomitanti, la tempestività nell'accesso ai servizi specialistici, attraverso il rigoroso rispetto delle classi di priorità, la presa in carico e la continuità assistenziale;
- 2) realizzare una nuova organizzazione dell'assistenza ambulatoriale che, pur nel rispetto degli ambiti di garanzia distrettuali, possa essere proattiva nei confronti dei pazienti ed in grado di rispondere in modo adeguato e tempestivo, ai diversi problemi clinici;
- 3) migliorare il governo delle liste d'attesa, mediante un'ottimizzazione della Rete Specialistica Ambulatoriale.

La Rete si pone l'obiettivo di migliorare il livello di fiducia da parte di assistiti e professionisti nel setting assistenziale ambulatoriale e l'adesione, da parte degli assistiti e dei MMG al sistema di prioritizzazione delle prenotazioni della specialistica ambulatoriale, con impatto positivo sulle liste di attesa.

I risultati previsti sono rappresentati da una maggiore integrazione tra specialistica ambulatoriale, le altre professioni, la medicina generale, i pediatri di libera scelta, promuovendo l'utilizzo di buone pratiche e linee guida all'interno delle attività specifiche.

Il disegno della Rete sarà condiviso con i sindaci dei comuni capofila e la nuova organizzazione per ambiti sarà avviata entro la fine di dicembre 2019.

A.2 Dimensionamento dell'offerta ospedale/territorio in un'ottica di efficientamento della rete anche attraverso la riconversione dei punti di erogazione

A.2.1 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 qualitativa 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 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 area medica, afferiscono al dipartimento pazienti 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 è stato istituito 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. Nel Dipartimento, funzionalmente integrato ai dipartimenti aziendali ospedalieri e territoriali, trovano risposta i bisogni correlati alle patologie femminili, attraverso le sinergie con la UOSD Diagnostica e Screening Senologico e la UOC Chirurgia Senologica e Centro integrato di senologia, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta, quella di educazione e di prevenzione in età evolutiva, i Consulenti familiari, promuovendo attività di informazione sulla pratica contraccettiva nei confronti delle donne che richiedono l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza (IVG), con particolare riferimento alle categorie più deboli (minori, migranti, extracomunitarie, rifugiate), anche per una procreazione responsabile.

Il Dipartimento delle Neuroscienze e Organi di Senso è dedicato 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 Beicolle (Fast Track), DEA di I° livello. Collabora con ARES 118, anche attraverso il sistema di elisoccorso attivo nei presidi aziendali, sia verso il DEA di II° livello che verso le diverse strutture dell'Azienda. Gestisce funzionalmente il Blocco Operatorio.

A.2.2 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

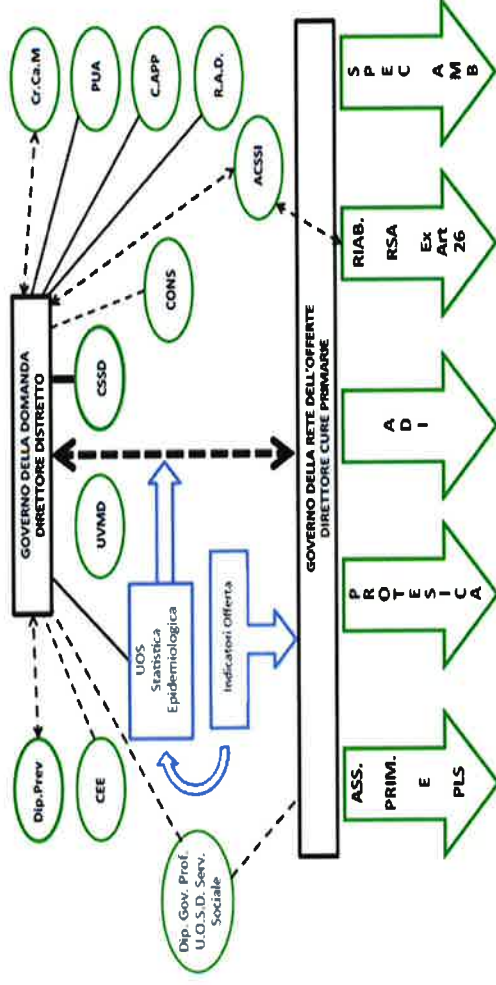
La prima direttrice ha preso corpo nel 2015 con la modifica della organizzazione della attività territoriale che ha accorpato i distretti socio sanitari tra di loro modificando il precedente assetto;

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, è 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

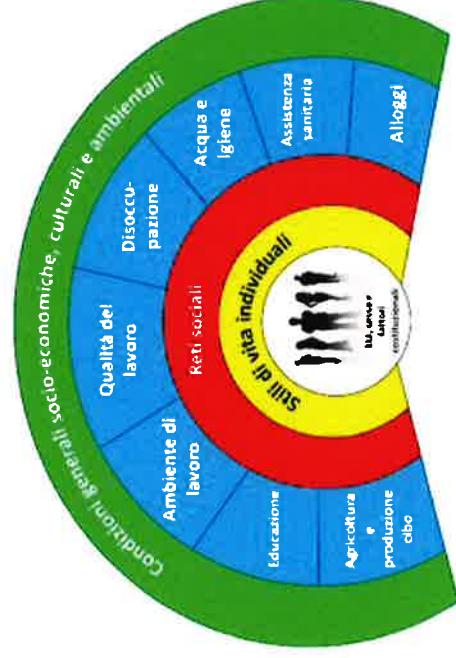


Fig. 1: Modello di ricerca

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 ATTENZIONE	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).

Nei primi mesi del 2019 è stata presentata la revisione dei Profili di Salute, rappresentando 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, è 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.

L'analisi è stata fondamentale nella elaborazione della Rete Integrata Specialistica di Prossimità (v. *paragrafo A1.1*)

A.3 Evoluzione del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero a garanzia dei livelli di sicurezza ed efficientamento della rete

A.3.1 L'area dell'emergenza e dei percorsi 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, designata 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.

E' 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 dei pronto soccorsi 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, è stato riqualificato 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.

Sono stati 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, con deliberazione n. 1787 del 29/8/2019 è stato approvato il **percorso stroke-ischemia cerebrale** che, attraverso le competenze e le dotazioni strutturali e tecnologiche del Pronto Soccorso e delle strutture specialistiche presenti nel P.O. di Belcolle, garantisce l'effettuazione di procedure endovascolari in regime di urgenza ed elezione. L'ictus è un'emergenza medica tempo dipendente e, come tale, la diagnosi tempestiva, la presa in carico precoce e l'appropriatezza nella gestione del paziente, attraverso la trombolisi sistemica e le tecniche di disostruzione endovascolare favoriscono la riduzione del numero di pazienti con esiti invalidanti da ictus ischemico.

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.

È disponibile un anestesista per la sala angiografica h24.

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.

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)".

Da gennaio 2018 (deliberazione del D.G. n. 111 del 29/1/2018) è stata creata una équipe 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).

Con deliberazione del Direttore Generale n. 2424 del 21/12/2019 è stato approvato il Piano Aziendale dei ricoveri da Pronto Soccorso e per la gestione del sovraffollamento. Il documento è stato redatto coerentemente con il nuovo Piano regionale approvato con DCA U00453/2019. E' 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 sono attivi dal mese di 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 2018 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 super afflusso 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.

Il Percorso “codice argento”

Il Percorso è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 2469 del 10/12/2019. La finalità è quella della precoce individuazione del paziente anziano fragile in Pronto Soccorso di Belcolle per attivare il “codice argento”, ossia un percorso di presa in carico con priorità d’accesso, a parità di triage, per il paziente con più di 75 anni identificato come fragile. Si inserisce all’interno dei percorsi assistenziali per la cronicità, in particolare nella Rete delle demenze, al fine di fornire una rapida valutazione e presa in carico a livello delle strutture assistenziali territoriali per pazienti affetti da cronicità già nota o di nuova diagnosi, che non necessitano di ricovero per altre patologie.

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.

Con deliberazione del D.G. n. 120 del 30/1/2019 sono state ridefinite le funzioni e la composizione dell'UPAC, organizzativamente collocata all'interno della Direzione Sanitaria del P.O. di Belcolle. L'UPAC coordina le attività del Blocco Operatorio. Con deliberazione D.G. n. 1786 del 29/8/2019 il Direttore Sanitario di Belcolle è stato individuato quale coordinatore dell'UPAC.

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 (eccepcionalmente 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.

È stata riorganizzata l'attività della sezione di radiologia interventistica, attivando la UOSD Radiologia Interventistica (del.ne DG 597 dell'8/4/2019) e attraverso 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.4 Dimensionamento dell’Ospedale di Belcolle in una visione prospettica anche in relazione alla gestione di reti funzionali interaziendali per patologia

A.4.1 Le reti cliniche funzionali interaziendali

Nel prossimo triennio l’Azienda intende perseguire l’obiettivo di creare una rete di area (Area nord Lazio) che consenta il coordinamento tra varie strutture ospedaliere, inquadrare per livelli di complessità (in base alle prestazioni erogate, alle potenzialità diagnostiche espresse ed all’esperienza maturata), al fine di offrire percorsi di cura di elevato valore scientifico a garanzia di cluster definiti di pazienti per contrastare le disuguaglianze assistenziali sul territorio e i ritardi nell’approccio diagnostico-terapeutico e assistenziale, perseguendo le finalità previste da indirizzi di programmazione regionale, *nell’ottica di garantire:*

- **Qualità, appropriatezza, sicurezza** (giuste prestazioni erogate nel giusto setting)
- **Accessibilità e equità** anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione
- **Concentrazione** della casistica a garanzia degli standard organizzativi e le misure di outcome clinico
- **Formazione, ricerca e aggiornamento** continuo basate sulla valorizzazione e condivisione delle competenze
- **Sostenibilità economica** (recupero di efficienza)

La realizzazione di una rete di Area nord Lazio permette di:

1. mantenere la qualità elevata delle prestazioni e garantire maggiore sicurezza nella erogazione delle cure attraverso la concentrazione della casistica per le risposte a maggiore complessità organizzativa e tecnologica
2. garantire l’accessibilità a risposte con contenuti clinici avanzati anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione promuovendo al contempo il concetto di prossimità riducendo ai tempi strettamente necessari la permanenza negli Hub (percorsi facilitanti tra livelli, equipe itineranti, rinvio precoce rinvio alle strutture di prossimità)
3. raggiungere una flessibilità organizzativa in modo da rispondere proattivamente ai cambiamenti dei bisogni sanitari evitando le duplicazioni delle prestazioni e la sovrapposizione di interventi
4. avere a disposizione un serbatoio di competenze e tecnologie che diventano patrimonio dell’intero SSR che di conseguenza è in grado di fornire risposte di grande valore (value) e di pianificare un recupero di efficienza con investimenti mirati e ottenere possibili soluzioni a problemi legati alle carenze di dotazione organica/strutturale/diagnostica

Sia la provincia di Rieti che di Viterbo rappresentano zone di confine con regioni considerate “virtuose” da un punto di vista dei servizi sanitari: la possibilità di fare rete per mettere in comune risorse e ridefinire un’offerta attrattiva e competitiva potrebbe consentire di arginare la mobilità extraregionale.

Il Modello di riferimento della rete interaziondale

In ogni rete vanno individuati i nodi ed identificati secondo le potenzialità espresse in:

- A. **Secondo livello - centro di competenze avanzate:** rappresenta l’ambito nel quale risiedono le competenze specialistiche di più alto livello e le tecnologie più avanzate, è quindi, la sede dove vengono erogate le prestazioni sanitarie dal contenuto tecnologico e professionale più elevato (di diagnosi e trattamento)
- B. **Primo livello** rappresentato da Presidi ospedalieri in grado di garantire un livello di complessità assistenziale intermedia, che possono essere il punto di accoglienza e di filtro dei bisogni assistenziali (conferma sospetto diagnostico) e si interfaccia con il Centro di eccellenza grazie a processi di telemedicina e teleconsulto)
- C. **Centro di accoglienza delle richieste inviate dai MMG/specialisti ambulatoriali per visite programmate**
- D. **ASSET A VALENZA TRASVERSALE** rappresentano i nodi essenziali per il corretto supporto ed indirizzo al funzionamento delle reti (servizi diagnostici per garantire l’eccellenza diagnostico-terapeutica, servizio trasporti aziendali per il supporto nei passaggi tra setting assistenziali diversi, servizi territoriali per intercettare la domanda, pianificare la continuità assistenziale e gestire il fine vita)
- E. **STAKEHOLDERS** (formali quali la rete emergenza-urgenza e i servizi sociali comunali, informali quali le associazioni e il volontariato)

Possono essere gestiti in una logica di rete interaziondale i percorsi che impattano sulle seguenti patologie:

- tempo dipendenti con elevata complessità di diagnosi e trattamento e ristretti tempi d’intervento
- ad elevata complessità di diagnosi e trattamento e/o bassa incidenza
- patologie croniche che richiedono molteplici interventi multidisciplinari e terapie di ultima generazione

A.4.2. Le Reti e i percorsi clinico assistenziali attivi

Le Reti ed i Percorsi attivati presso l'Azienda tengono conto della peculiarità orografica del territorio, del dimensionamento dell'offerta e della valutazione dei bisogni. Di seguito sono elencate 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.

PERCORSORETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI RIFERIMENTO
POOL INFERMIERISTICO vaccinale e radiologico interventistico organizzazione week hospital	del.ne 955 del 20/6/2017	DCA 59/2017
RIMODULAZIONE POSTILETTO RETE OSPEDALIERA-ASL VITERBO	del.ne 199 del 12/2/2019	
PROCEDURA STESURA PIANO DIFFUSIONE	del.ne n. 731 del 2/5/2018	DCA 257/2017
ATTO DI RIMODULAZIONE AREA MEDICA PER INTENSITA' DI CURA	del.ne 202 del 12/2/2019	
PIANO RIORGANIZZAZIONE SORVEGLIANZA HIV E AIDS	del.ne n. 822 del 21/5/2018	DCA 52/2018
la rete inibiativa aziendale	del.ne 1053 del 20/6/2018	DCA 30/2018
rete terapia del dolore e cure palliative	del.ne 1422 del 22/8/2017; del.ne 200 del 12/2/2019	DCA 159 DEL 13/5/2016
rete cardiologica	del.ne 367 del 20/3/2017 - revisione con del.ne 654 del 19/4/2017	DCA 568/2015 e DCA 360/2016
rete radiologica aziendale	del.ne 485/2016	DCA 412/2014
rete chirurgica	del.ne 239/2016	DCA 368/2014
U.P.A.C. (unità di programmazione dell'attività chirurgica) e percorsi di preospedalizzazione; REVISIONE DELLE FUNZIONI e regio blocco operatorio	del.ne 1000 del 18/2/2016; 120 del 30/1/2019; del.ne 2095 del 17/10/2019	
rete di laboratori di genetica medica; revisione procedura operativa laboratorio genetico medica	del.ne 717/2016; del.ne n. 2428 del 28/12/2018	DCA 549 DEL 18/11/2015
rete aziendale per i disturbi cognitivi e le demenze	del.ne 1309 del 2/9/2019	
rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (IMAD)	del.ne D.G. n. 1009 del 4/8/2016	
rete Odontoiatrica	del.ne 1626 del 18/9/2017; del.ne 1418 del 9/8/2018	DCA 686/2015
palla carcinoma della mammella - breast unit	del.ne 1015/2013; del.ne 603 del 24/4/2019	
istituzione G.O.M. (gruppi multidisciplinari oncologici) ASL VT	del.ne 655/2017	
PIC COLON RETTO	del.ne 655 del 26/4/2017	DCA 30/2017
REGOLAMENTO UFA	del.ne 1987 del 5/11/2018	
percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il tumore del polmone	del.ne 81/2015; del.ne 29 del 18/1/2017	DCA 419/2015
rete endocrinologica aziendale PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON NODULO TIROIDEO	del.ne n. 473 del 19/3/2019	
POTA PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATA	del.ne 1044 del 20/6/2018	DCA 358 DEL 28/8/2017
percorso sclerosi multipla	del.ne 796/2016	DCA 386/2014
percorso autorizzativo assistenza protesica	del.ne 350/2016	DCA 384 DEL 4/8/2015
procedura per la prevenzione lesioni da pressione	del.ne 2379 del 27/12/2018	
percorso donazione organi e tessuti	del.ne 1566 del 30/7/2019	
procedura operativa per la gestione degli accessi venosi	del.ne 469 del 19/3/2019	
Obesity Unit e ambulatorio integrato D.A.	del.ne 60 del 23/1/2019	DCA 80/2016
PROTOCOLLO ACCERTAMENTI PER OMICIDIO STRADALE	del.ne 1621 del 19/9/2018	DCA 288/2016 e L. 41/2016
percorso per l'appropriatezza diagnostica endoscopica	del.ne 351/2016	DCA 437 DEL 28/10/2013 e D.M. del 9/12/2015
percorso per l'appropriatezza diagnostica di immagini	del.ne 271/2016	DCA 437 DEL 28/10/2013
PROCEDURA RISONANZA MAGNETICA IN PORTATORI DI PACE MAKER	DEL NE 1949 DEL 10/10/2018	
appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali	del.ne 1008 del 4/8/2015	
Patient Blood Management	del.ne 264/2018	DCA 113/2017
procedura assistenza vittime violenza di genere "Non avere paura"	del.ne 333/2016	DCA 152 DEL 12/5/2014
NON AVER PAURA Hospedale	del.ne 333 del 7/3/2016	DCA 152/2015
percorso unico per le donne che subiscono violenza	del.ne 789 del 28/5/2019	
NON AVER PAURA Territorio	del.ne 1019 del 22/6/2017	DCA 152/2015
procedura violenza sui minori	del.ne 806/2016	L. 208 del 28/12/2015

PERCORSORETE	DELIBERA ATTUATIVA	DCA DI RIFERIMENTO
tavolo del volontariato	del.ne 1148 del 20/9/2016	
azienda migrant friendly	del.ne 1524 del 25/11/2016	
procedura per la gestione emergenza migranti	del.ne 1141 del 20/9/2016	
pdfa ictus e trombolisi	del.ne 305/2015	DCA 75/2010; DCA 90/2010
percorso stroke ischemia cerebrale	del.ne 1787 del 29/8/2019	
procedura trauma maggiore	del.ne 1899/2017	DCA 41/2014; DCA 369/2014
protocollo provinciale infarto del miocardio e percorsi cardiologici	del.ne 660 del 18 aprile 2018	DCA 257/2017
TRASFORMAZIONE D.A.P.I. A.P.A.T. - A Montefiascone e Ronciglione	del.ne 122 del 31/1/2019	DCA 257/2017
protocollo bed management	del.ne 952/2016	DCA 257/2017
PATIENT MANAGEMENT NEL P.S. BELCOLLE	del.ne 111 del 29/1/2018	DCA 257/2017
gestione flussi ricoveri da PS	del.ne 2143 del 30/11/2018	LINEA 11.1 DEI PROGRAMMI OPERATIVI (DCA 52/2017)
percorsi fast track al P.S. Beicolle	del.ne 938/2016	DCA 41/2014
Attivazione dei programmi attività Territoriali (PAT)	del.ne 644/2016	
Modello condiviso per la valutazione dei bisogni territoriali	del.ne 90 del 18/1/2016	
modello di funzionamento PUA uvmd e pai	del.ne 1313 del 23/7/2018	DGR 149/2018
pdfa scompenso cardiaco	del.ne 338/2014	
pdfa diabete	del.ne 986/2013	DCA 581 del 14/12/2015
PIC DIABETE	del.ne 369 del 28/2/2018	DCA 581/2015; DCA 113/2016
PIC BP/CO	del.ne 367 del 28/2/2018	DCA 113/2016
PIC SCOMPENSO CARDIACO	del.ne 366 del 28/2/2018	Piano Nazionale per la Prevenzione delle malattie cardiovascolari 2009/2013
PIC TAO	del.ne 368 del 28/2/2018	
percorsi di presa in carico minori e giovani adulti con problemi Psichiatrici, dipendenze sottoposti a procedimento penale	del.ne 699/2016	dca 188/2015
PERCORSO TUTELA SALUTE MENTALE ADULTO IN AMBITO PENITENZIARIO - istituzione tavolo tecnico	del.ne n. 371 del 28/2/2018	DCA n. U00563/2017
PDIA RISCHIO SUICIDIO IN CARCERE	del.ne 1386 del 30/7/2018	DCA 563/2017
PDIA GESTIONE DELLE URGENZE IN PSICHIATRIA	del.ne 1045 del 20/6/2018	
Piano di Prevenzione Aziendale	del.ne 1865 del 29/12/2016; del.ne 784 del 7/5/2019	DCA 593/2015
Piano Aziendale Miglioramento screening mx e colon retto	del.ne D.G. 1867 del 29/12/2016	DCA 309/2015 E DCA 583/2015
Progetto Malattie sessualmente Trasmissibili	del.ne 1921 del 25/9/2019	
percorso nascita	del.ne 1378 del 10/7/2019	DCA 152/2014
gestione del rooming in	del.ne 1310 del 2/7/2019	
PERCORSO PARTO A DOMICILIO	del.ne 1020 del 22/6/2017; del.ne 1378 del 10/7/2019	DCA 395/2016
PERCORSO PERIPARTUM	del.ne 1601 del 17/9/2017	DSM 5 APA 2013; DCA 1527/2014
Percorso Mamma Segreta	del.ne 2086 del 17/10/2019	
Centro Provinciale disturbi Spetto Autistico	del.ne 1018 del 22/6/2017	
Centro di Riferimento per le Paralisi Cerebrali Infantili	del.ne 1081 del 5/7/2017	DCA 457 del 22/12/2014

A.4.2.1. 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 avversato.

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. Con deliberazione del Direttore Generale n. 1309 del 2/7/2019 è stata approvata la Rete Aziendale per i disturbi cognitivi e le demenze, 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 diagnostica e 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, approvata con deliberazione del Direttore Generale n. 60 del 23/1/2019 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 il territorio 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.4.2.2. 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). Nel corso del 2019 si è proceduto alla revisione del percorso, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 603 del 9/4/2019. 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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 473 del 19/3/2019 è stata approvata 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. E' stato istituito il gruppo multidisciplinare (Lung Unit) con il compito di discutere settimanalmente i casi dei pazienti, alcuni dei quali saranno poi sottoposti all'attenzione del Centro di Riferimento Regionale.

Nel corso del 2017, con deliberazione del Direttore Generale n. 20 del 18/1/2017 è stato approvato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale della ASL di Viterbo relativo ai pazienti con tumore del polmone attraverso l'approccio multidisciplinare garantito dalla capacità della Lung Unit di interfacciarsi con il Centro di Riferimento Regionale costituito dall'IFO di Roma.

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 risulta resistente alla castrazione e siano progressivamente interessate le ossa. Il radiofarmaco autorizzato utilizza per la prima volta nel complesso ospedaliero viterbese le particelle alfa che, rispetto al trattamento chemioterapico, si sono dimostrate assai efficaci nel combattere la malattia, quando diviene più aggressiva, in quanto riducono il dolore accusato dai pazienti e il rischio di fratture spontanee, garantendo quindi una qualità di vita altrimenti non realizzabile per i pazienti candidati alla somministrazione del radiofarmaco sono selezionati dal gruppo interdisciplinare di Uro-oncologia. I singoli casi clinici vengono discussi ogni lunedì a Belcolle presso l'unità di Radioterapia, con la partecipazione di oncologi, urologi, radioterapisti, patologi e medici nucleari.

A.4.2.3. 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). Con deliberazione del Direttore Generale n. 2428 del 28/12/2018, anche a seguito dell'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 I° livello) offrendo standard di qualità grazie all'adozione di percorsi diagnostici e assistenziali appropriati e garantendo equità e correttezza nell'informazione fornita a pazienti e familiari 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 elettrocatereteri 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.4.2.4. L'Area della salute della donna e del bambino

I percorsi consultoriali

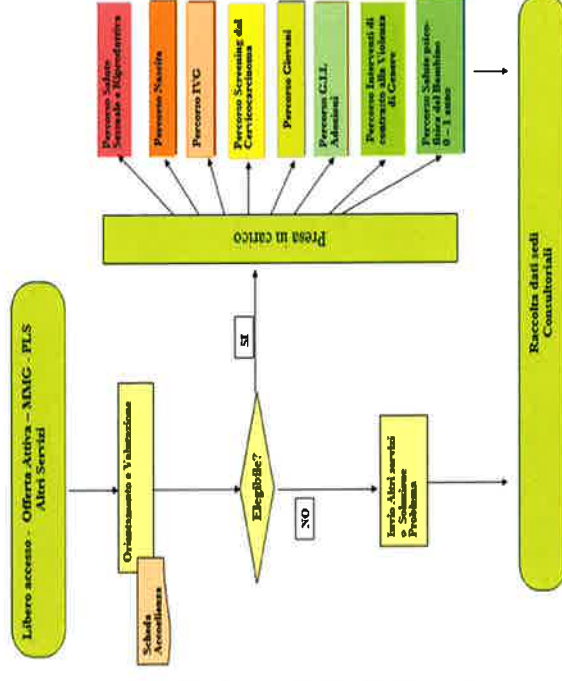
Il consultorio familiare è il luogo della prevenzione e della cura del disagio legato al ciclo di vita personale e di coppia ed ha tra i compiti istituzionali primari, il sostegno alla donna ed alla famiglia ed in particolare alla genitorialità.

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 primo semestre 2019 sono stati implementati i percorsi di presa in carico. In particolare il percorso nascita, l'IVG, gli interventi di contrasto alla violenza di genere, integrando le azioni positive tra ospedale e territorio, ed il percorso giovani (contrasto al bullismo).

Il percorso assistenziale integrato ospedale-territorio per la donna che richiede l'interruzione volontaria della gravidanza, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. del risponde alla necessità di orientare la donna ad una scelta responsabile della maternità, garantendo il rispetto dei tempi previsti dalla L. 194/1978 e promuovendo l'utilizzo della contraccezione. Il percorso definisce tempi, modalità e strutture dedicate per la pratica dell'IVG farmacologica.

Nell'ambito dei percorsi sopra richiamati è stata approvata la procedura "Mamma Segreta" (deliberazione n. 2096 del 17/10/2019), finalizzata a garantire il diritto della donna al riconoscimento o meno del neonato come figlio, rispettando la segretezza del parto nel caso in cui non intenda riconoscere il neonato. La procedura è finalizzata ad evitare di partorire nella clandestinità alla donna che si trova nella difficile condizione di dover mettere in atto la scelta dell'abbandono, garantendo a lei ed al bambino un ambiente sicUro e protetto.

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

empesive 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.

Il percorso per le donne che subiscono violenza

Il percorso, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 989 del 28/5/2019, unifica e sostituisce i due percorsi settoriali, rispettivamente ospedaliero e territoriale, relativi alla presa in carico della donna vittima di violenza precedentemente adottati. 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.

Percorso G.I.L. adozioni

Il percorso, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1167 del 18/6/2019, risponde alla necessità di offrire alle coppie che vogliono adottare un bambino un percorso strutturato, accompagnandole e sostenendole anche nella fase del post adozione, attraverso l'individuazione del Gruppo Integrato di Lavoro (G.I.L.) per le adozioni con lo scopo di:

- tutelare il bambino adottabile;
- garantire a tutte le coppie un valido percorso informativo, formativo e valutativo;
- offrire le migliori possibilità di integrazione del nuovo nucleo familiare al suo interno e nell'ambiente di vita, attraverso azioni di sostegno

Il Percorso prevede un'organizzazione territoriale articolata in:

- un coordinamento centrale del G.I.L. adozioni presso la Cittadella della Salute di Viterbo, sede istituzionale unica di riferimento per gli utenti e le istituzioni;
- un'articolazione per équipes territoriali nei tre distretti, sedi operative per il percorso di accompagnamento e valutazione prima dell'adozione e sostegno nel post adozione;

A.4.2.5. 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 morbidità 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.4.2.6. 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.5 Implementazione dei sistemi di budget partecipativo sociosanitario in un’ottica di corretto bilanciamento tra attività sanitaria, sociosanitaria e sociale soprattutto attraverso modelli di sanità d’ iniziativa e l’ offerta attiva per la gestione delle cronicità, disabilità e salute mentale

A.5.1 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 2020), 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”.

Fonte: Dipartimento dell’ Offerta e le Cure Primarie

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:

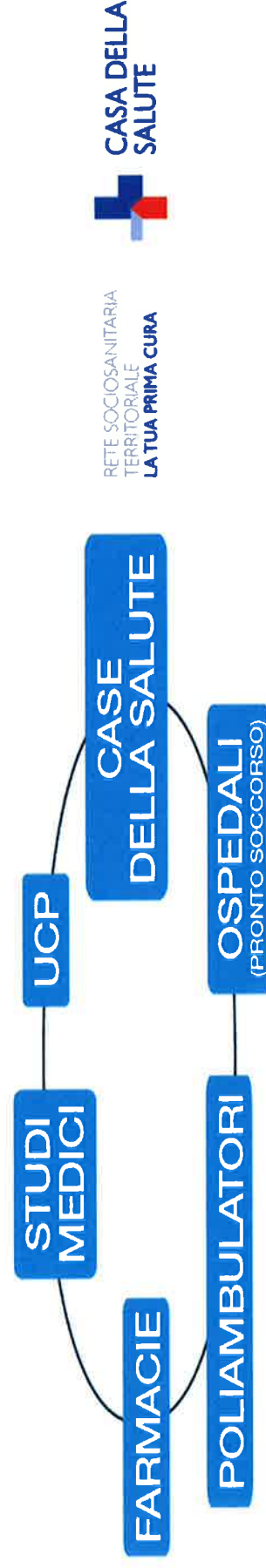
- ulteriore potenziamento delle attività di valutazione multidimensionale;
- implementazione della costruzione della rete socio-sanitaria con l'apertura della Casa della Salute di Ronciglione;
- ulteriore implementazione del percorso nascita su tutto il territorio provinciale e attivazione della parto 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 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

A5.1.1. Le Case della Salute

BAGNOREGIO

La 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 Celleno, per una estensione di 195,27 km² ed una popolazione secondo gli ultimi dati ISTAT di 12448, di cui il 70% risulta essere ultra sessantacinquenne, la popolazione più anziana della ASL Viterbo. Alta è l'incidenza di patologie croniche e di disabilità.

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, MIMG, 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

STRATEGIA
Sanità di
Iniziativa

MODELLO
Welfare
Community

**VALORI
CONDIVISI**

ABILITÀ

STRUTTURA

STAFF

SISTEMI

“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 TSRMEE e di terapia fisica adattata, il consultorio familiare, il Centro di salute mentale, il CUP, lo sportello di presidi per l'incontinenza, lo sportello di accoglienza per la violenza di genere, il servizio di continuità assistenziale, ma ad oggi ulteriore fiore all'occhiello sono sia il PUA, che ha evidenziato anch'esso importanti volumi di attività, 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.5.1.2 Le centrali operative per le cronicità

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

La **Centrale Operativa delle Cronicità (C.O.C.)** territoriale, in linea con quanto previsto dal "Chronic Care Model" riguardante il modello di assistenza per le patologie croniche, rappresenta un passaggio culturale dalla *struttura alla funzione*, da una articolazione per *aree-problemi* verso il modello per *complessità assistenziale* e per *percorsi integrati di cura (PIC Diabete, BPCO, TAO e Scompenso 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 2 centrali operative territoriali (Viterbo - Civita Castellana), 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.

Fonte: Dipartimento dell'Offerta e le Cure Primarie

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;

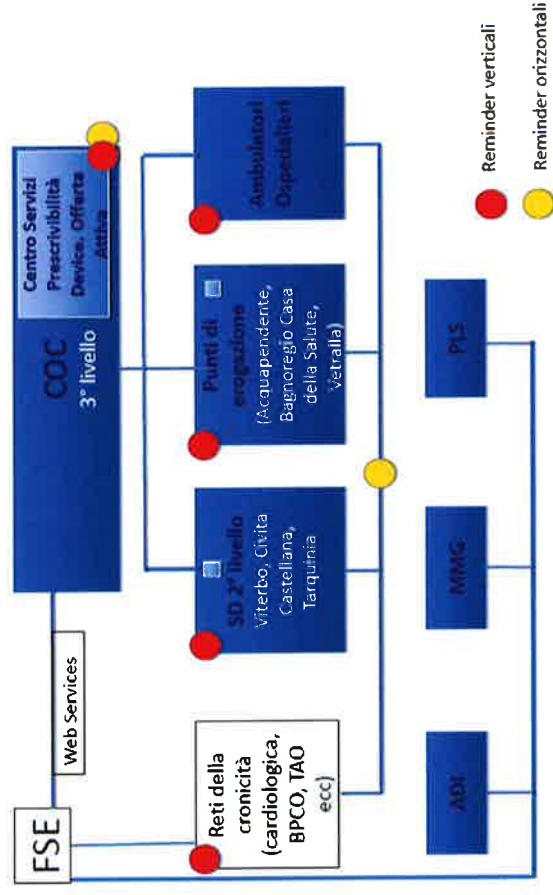
Residenzialità: con la funzione di presa in carico di tutta la eventuale domanda di residenzialità sia essa definitiva e/o temporanea e della semi-residenzialità;

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)



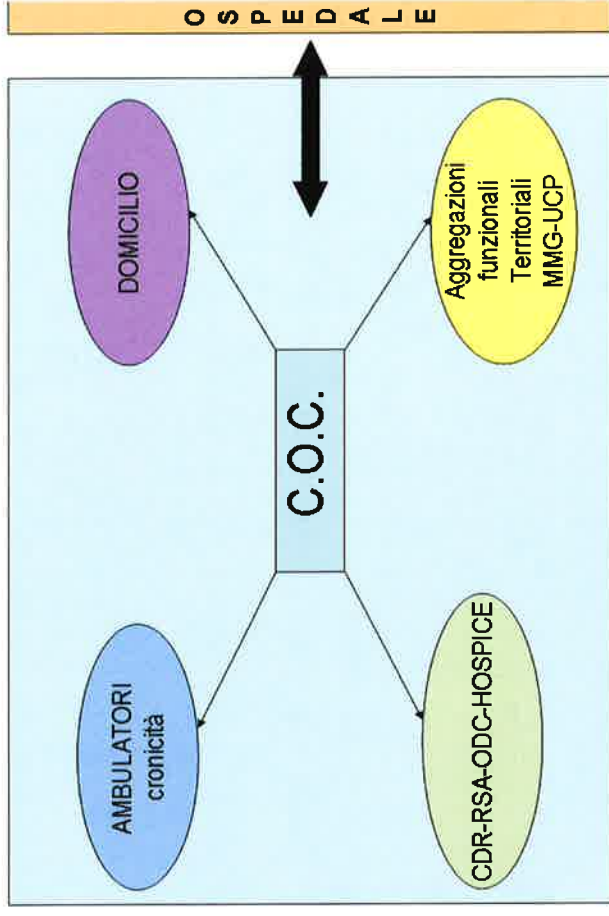
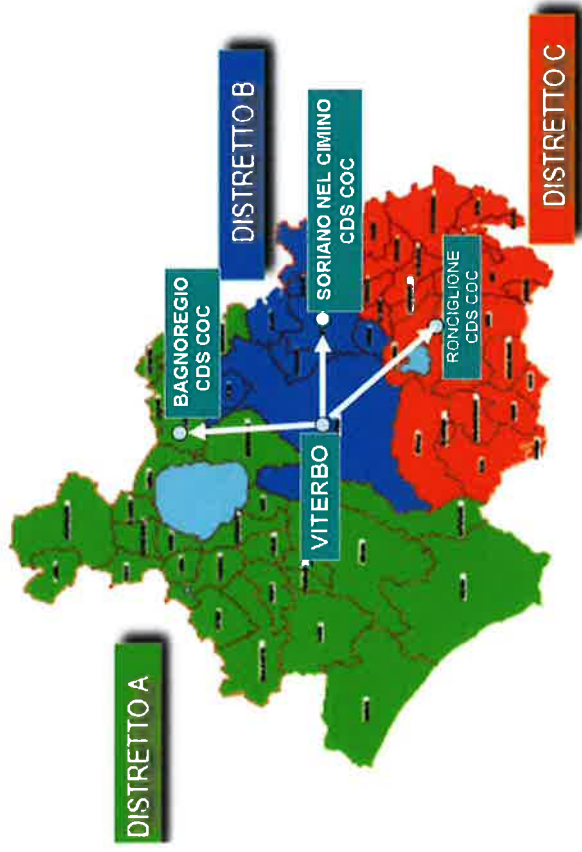
Punto di forza delle C.O.C. è la totale integrazione con tutte le realtà professionali e specialistiche necessarie alla corretta gestione del paziente. Per tutte le patologie croniche gestite dall' ambulatorio infermieristico sarà infatti possibile interagire con lo specialista a seconda delle necessità 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 2020 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



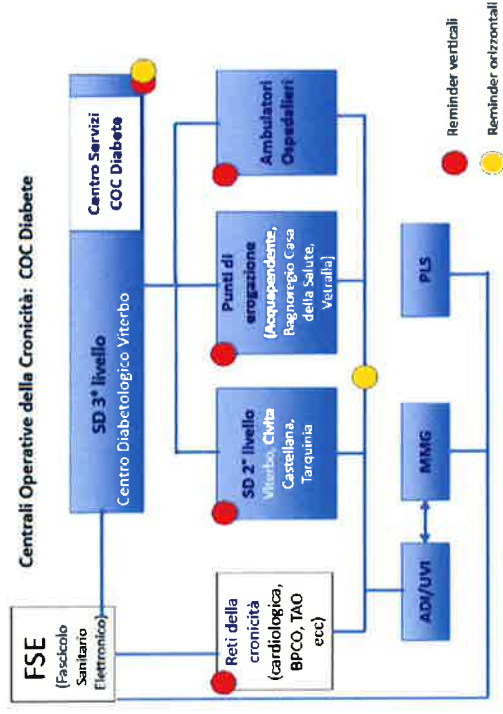
C.O.C. E RETE DIABETOLOGICA Primo Livello

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. Inquadra 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:

- a. arruolano i nuovi pazienti e provvedono al successivo inserimento nel Protocollo B1 o B2 (PDTA specifico) in base alle condizioni cliniche;
- b. 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:

- a. valutano i pazienti con DM ricoverati o con neodiagnosi durante il ricovero;
- b. 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;
- c. inviano alla dimissione del paziente con DM1 al Centro di 3° livello.
- d. 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 cardiocossici, 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 cardiocossiche (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 educazionale 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 Viterbo Orte Soriano nel Cimino	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 Fabrera di Roma	UOSD Servizio di cardiologia Ospedale Civita Castellana

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

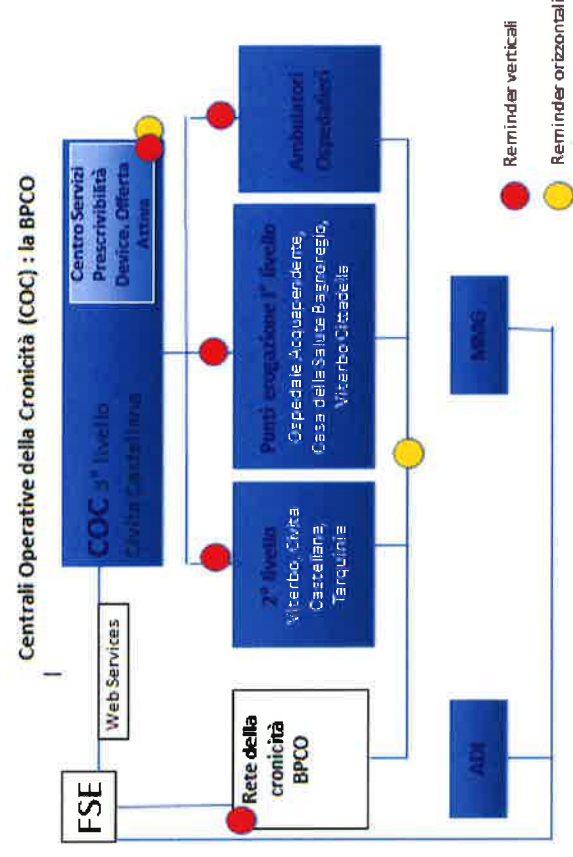
Obiettivi del progetto sono ottimizzare il trattamento e prevenire le complicanze mediante:

- 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.

A.6 Sviluppo dell'utilizzo dei sistemi d'innovazione tecnologica per il miglioramento della qualità assistenziale o l'ottimizzazione delle risorse

A.6.1 Le COC e gli strumenti della Telemedicina

Le CC.OO.CC 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:

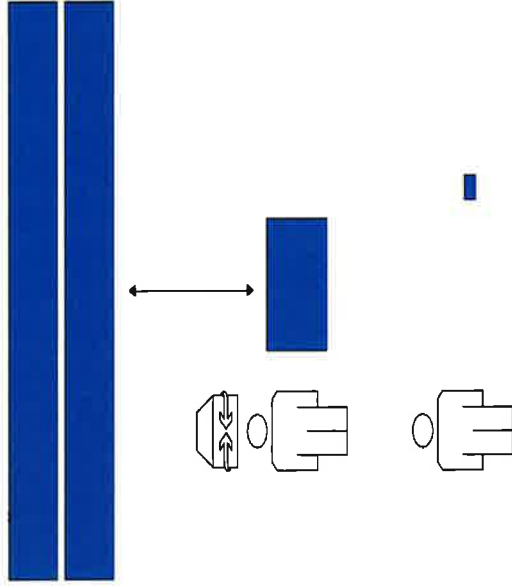
- Consentire all'operatore di centrale che riceve una segnalazione la consultazione di tutti i documenti clinici presenti nel FSE che rappresentano la storia clinica del paziente. Nel caso in cui è attivo uno o più PDTA per il paziente, le cartelle cliniche potranno accedere al percorso PDTA e a tutti 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/Ospedaliera 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.

A.6.2 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

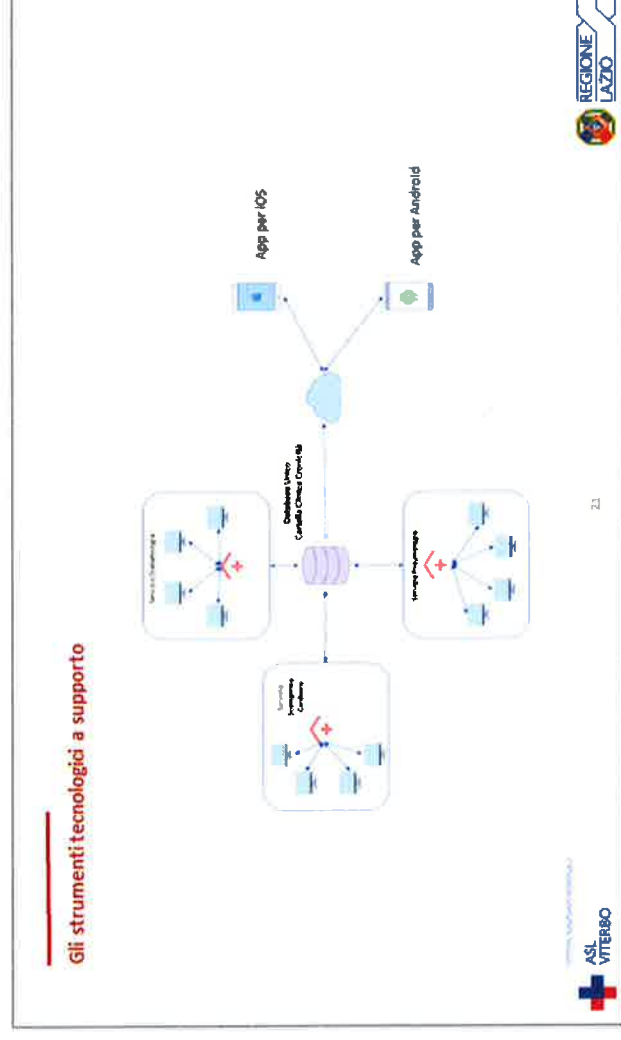
Si caratterizza per:

- 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 Scopenso 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



A.7 Integrazione delle attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria nei percorsi di cura, promuovendo azioni che identifichino qualità ambientale e di vita come principi cardine a garanzia dello stato di salute e benessere sociale

A.7.1. 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. Già nel 2018 è stato sottoscritto un protocollo condiviso con la RM4 per l'implementazione delle attività assistite da animali (I.A.A.).

A.7.2. 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).

Il Piano Aziendale Prevenzione della ASL di Viterbo 2019-2021 è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 784 del 7/5/2019. Nel triennio in esame saranno realizzati 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 2019-2021:

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** 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.

Parte degli indicatori dei progetti sono quelli definiti dal Piano della Prevenzione della Regione Lazio 2014-2019 (DCA 25 maggio 2018, n. U00209), mentre per gli altri progetti di iniziativa aziendale, vengono individuati da un team intersettoriale per tutto il triennio 2019-2021. 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 triennio:

- 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".

Con il PAP l'Azienda individua il contributo che porterà per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute previsti nel PRP, con forte approccio propulsivo allo sviluppo di sinergie e integrazione tra i servizi territoriali e i servizi ospedalieri, al fine di orientare le attività verso la convergenza e il rafforzamento dei messaggi di promozione della salute.

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.

Come indicato nel PRP, in Piano della Prevenzione della ASL di Viterbo è articolato su 3 livelli operativi (Direzione Aziendale, Coordinatore Aziendale di Piano e Referente Aziendale di Progetto) e si articola in:

- progetti definiti dai programmi regionali con obiettivi da raggiungere nel 2019;
- progetti di iniziativa aziendale, attuativi di obiettivi specifici dei programmi regionali, da raggiungere nel 2019;
- progetti di iniziativa aziendale con approccio trasversale ai bisogni dell'individuo e alle differenze della salute, per il diverso ruolo sociale degli uomini e delle donne, da raggiungere nel triennio 2019 -2021.

Per il triennio 2019-2021 l'Azienda ha individuato progetti specifici nei 4 setting:

1. Setting comunità con approccio "one health"

- rete di sorveglianza epidemiologica;
- promozione protezione e sostegno all'allattamento materno nella comunità e in ospedale, interventi prevenzione in gravidanza e promozione della salute nei neogenitori;
- promozione della salute e prevenzione del tabagismo "Lazio libero dal fumo" ;
- promozione della salute e prevenzione del consumo di alcool a rischio;
- promozione di buone pratiche su alimentazione e scelte nutrizionali "più frutta e verdura e meno sale";
- promozione dell'attività fisica - " Lazio in movimento" ;
- giornate della prevenzione concordate con Università, Associazioni di volontariato ed altri stakeholders esterni;
- prevenzione incidenti domestici;
- prevenzione incidenti stradali;
- controllo in materia di reach e CLP;
- promozione di azioni positive per la tutela dell'ambiente con beneficio diretto alla salute della popolazione;
- promozione della sicurezza alimentare e l'igiene nutrizionale presso la ristorazione collettiva e i punti vendita;
- salute e benessere degli animali d'affezione;
- giornate del microchip in collaborazione con Comuni e Associazioni di volontariato;
- programmi di sterilizzazione gratuita dei cani di proprietà a rischio riproduzione incontrollata e abbandono
- screening uditivo neonatali per le sordità congenite;
- screening oftalmologico neonatale per la diagnosi precoce della ipovisione;
- sistema nazionale di sorveglianza su determinanti di salute nella prima infanzia: indagine 2019;
- prevenzione dell'ostruzione delle vie aeree in età pediatrica - "mamma sicura - bambini protetti";
- miglioramento delle coperture vaccinali;
- miglioramento della sorveglianza delle malattie infettive;
- consolidamento e qualificazione dei programmi di screening;
- reigenerizzazione dello screening del tumore della cervice uterina;
- prevenzione e controllo del disagio giovanile, uso e abuso sostanze psicotrope e ludopatia - "Percorso Giovani";
- prevenzione e controllo della fragilità dell'anziano e corretti stili di vita;

- prevenzione tumore cervice uterina;
- prevenzione tumore mammella;
- prevenzione tumore colon retto;
- prevenzione diabete;
- prevenzione BPCO;
- prevenzione scompenso cardiaco;
- prevenzione automutilazioni e del suicidio in ambiente carcerario;
- promozione della salute nelle donne migranti

2. Setting scuola

- promozione della salute e del benessere nelle scuole : stili di vita e canali di comunicazione;
- promozione della salute centrata sulle life skills

3. Setting ambito sanitario con approccio “one health”

- contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'utilizzo degli antibiotici;
- completamento dei sistemi anagrafici (sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria);
- consolidamento e diffusione della formazione in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale (sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria);
- riduzione fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco (sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria);
- protocollo operativo con ASL RM4 per rilascio idoneità a strutture che svolgono IAA (attività assistite da animali)

4 Setting ambiente di lavoro

- promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro “In salute in Azienda”;
- utilizzo dei sistemi informativi per la prevenzione efficace “conoscere per prevenire”
- prevenzione delle malattie professionali;
- attuazione Piano regionale Edilizia e Piano regionale Agricoltura;
- prevenzione stress lavoro correlato, promozione del benessere organizzativo nelle Aziende
- prevenzione dei rischi e dai danni da lavoro nei panifici

A.7.3. Progetto Plastic Free

Il benessere e la sostenibilità ambientale rappresentano il nuovo paradigma delle amministrazioni. In quest'ottica l'Azienda intende sviluppare un progetto di progressiva eliminazione della componente "plastica". Le fasi individuate prevedono:

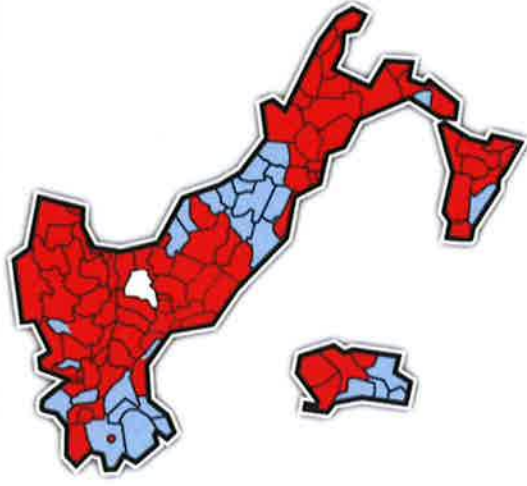
- la mappatura di tutti i processi/attività che prevedono l'utilizzo di plastica all'interno dell'azienda e contestuale analisi circa il consumo medio annuo per tipologia di prodotto (bicchieri, piatti, bottiglie, etc);
- l'analisi di tutti i contratti di fornitura al fine di individuare sia le modalità di revisione/aggiornamento degli stessi sia i possibili impatti economici derivanti da tali variazioni;
- l'individuazione delle soluzioni da mettere in campo (bevitori collegati direttamente all'impianto idraulico, bicchieri biodegradabili, brocche di acqua e non bottiglie per i degenti, etc) che permettano di portare nel medio-lungo periodo l'azienda ad essere completamente Plastic-Free;
- l'analisi costi/benefici derivanti dall'introduzione di tali soluzioni e predisposizione di un piano di azione che prenda in considerazione sia le tempistiche e modalità di revisione dei contratti in essere, sia gli eventuali nuovi investimenti da effettuare per dotare l'azienda di macchinari/strumenti idonei a tale percorso;
- l'individuazione della figura del Green manager responsabile dell'attuazione del piano di azione proposto;
- la predisposizione, entro i primi mesi del 2020, di un progetto di sintesi da presentare agli utenti ed alla Regione

Il progetto vedrà una prima fase pilota di realizzazione presso la Cittadella della Salute, per poi essere esteso nel triennio a tutte strutture Aziendali. Le politiche di sostenibilità ambientali che saranno introdotte possono rappresentare una best-practice nel comparto sanitario regionale nel contesto della sostenibilità.

A.7.4. Il Registro tumori della ASL di Viterbo: pianificazione attività

Al fine di fornire un significativo contributo per la realizzazione del macro-obiettivo del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, prorogato al 2019 e del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) 2019-2021, di rafforzamento della sorveglianza epidemiologica ambiente-salute del territorio, la ASL di Viterbo, il 26 settembre 2019, ha pubblicato il terzo rapporto sui tumori maligni nella popolazione residente nella Toscana, con i dati di incidenza, prevalenza e sopravvivenza, riferito agli anni 2006-2014.

I dati sui tumori sono raccolti e codificati seguendo standard stringenti. I Registri Tumori (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 70% del territorio nazionale, di cui fa parte anche il RT della ASL di Viterbo dal mese di aprile 2016.



Nel 2015, 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, tra le quali la ASL di Viterbo, l'Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" (IRCCS-IFO) ed un'unità dei tumori infantili, presso il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio (DEP Lazio).

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.

Fonte: AIRTUM, Mappa dei RT

In rosso: RT accreditati

In azzurro: RT in attività

In bianco: zone non coperte da RT

Il Registro Tumori della ASL di Viterbo prosegue attualmente l'attività di codifica dei casi incidenti nel 2015, 2016 e 2017, nell'ambito della UOSD Epidemiologia e Registro Tumori del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Viterbo, e contemporaneamente opera, come gold standard, a supporto del Registro Tumore della Regione Lazio. Nel primo semestre del 2019, 1.213 sono state le cartelle sanitarie esaminate dal team di lavoro, per elaborare dati accurati, certificati e confrontabili con gli altri RT di popolazione, mantenendo i requisiti di accreditamento nazionale AIRTUM.

Allo scopo, costante è la formazione degli operatori, sia con la partecipazione ai convegni nazionali AIRTUM che al piano formativo regionale. Parallelamente, il gruppo di lavoro è impegnato nella raccolta ed elaborazione di dati sempre più aggiornati e consolidati, mediante sinergie intra ed extra aziendali (RT Lazio, AIRTUM, Università degli Studi della Toscana e di Roma Tor Vergata, competenze specialistiche aziendali, in particolare della Rete Oncologica Aziendale e del Dipartimento di Prevenzione, amministrazioni comunali ed altri enti competenti in materia ambientale).

L'utilizzo dei dati di incidenza neoplastica insieme ai dati ambientali e ai dati della Sorveglianza epidemiologica PASSI sui fattori di salute sono ormai esperienze consolidate (Sentieri – ISS e lo Studio analitico di coorte Forastiere 2016): l'obiettivo finale è dunque quello di realizzare, anche nella Toscana, un'integrazione di competenze e di dati delle diverse fonti e delle diverse "Sorveglianze", al fine di fornire uno strumento utile a livello territoriale per lo studio delle cause, la realizzazione di mappe del rischio e la programmazione sanitaria.



A.7.5 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 recluse, garantendo un'ampia e qualificata assistenza ospedaliera ai pazienti inviati sia dall'Istituto penitenziario di Viterbo che da tutti i penitenziari del Lazio e/o di altre Regioni.

La ASL di Viterbo, in coerenza con i criteri previsti dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 "Livelli Essenziali di Assistenza - LEA", ha riorganizzato 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 tramite magazzino DEMAX, programma "stand alone" della Carestream;
- informatizzazione del nuovo ambulatorio radiologico presso la Casa Circondariale di Mammagliaia;
- istituzione di un tavolo permanente interistituzionale per la salute in carcere ((deliberazione n. 1339 del 09 luglio 2019) . 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 Direttore U.O.C. quale componente gruppo ristretto all'Osservatorio Regionale di sanità penitenziaria
- 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 degenti che i detenuti presenti nella medicina penitenziaria;
- Partecipazione Direttore U.O.C. quale componenete Commissione Regionale AIDS

Iniziative in programmazione 2019-2020:

- piano di formazione " specifico" per il personale inserito nelle attività della sanità penitenziaria;
- piano formazione sicurezza del personale U.O.C. Medicina protetta e U.O.S. Medicina Penitenziaria Territoriale in collaborazione con S.P.P. aziendale
- collaborazione con Università " La Sapienza " di Roma , corso di laurea triennale in Infermieristica;
- implementazione dei servizi intramoenia di psichiatria, dipendenze patologiche, psicologia;
- sviluppo di un progetto sulle popolazioni fragili in ambito penitenziario: minori e donne, in collaborazione con il Dipartimento della Giustizia Minorile e il Dipartimento amministrazione Penitenziaria
- realizzazione rete regionale ASL VT e ambulatori Malattie Infettive degli ospedali regionali di riferimento;
- implementazione del progetto di microeradiazione 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)
- Sviluppo di un progetto in collaborazione con lo S.Pre.S.A.L. Aziendale sulla prevenzione del tabagismo per i pazienti ricoverati presso la U.O.C.
- Collaborazione alla Direzione Generale Aziendale in un progetto di implementazione di telemedicina e teleassistenza in collaborazione con Istituto Superiore della sanità , CNR, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
- Studio di fattibilità trasferimento camere di pernottamento infermeria e ambulatorio centrale U.O.S. Medicina Penitenziaria Territoriale.

A.7.6. 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 I° 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 già effettuato ed uno regionale prossimo. 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.7.7. 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'antiptatite B, l' antipertosse, l'anti haemophilus influenzae 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.

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 i centri vaccinali (punto di prenotazione ed erogazione delle vaccinazioni), con tutte le Scuole presenti nel territorio provinciale e con le famiglie. Nell'ambito del progetto è stata fondamentale la collaborazione con l'Ufficio Scolastico 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 è stata 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 possono comunicare le iscrizioni su una piattaforma informatizzata e verificare la situazione degli alunni, anche se vaccinati in altre ASL del Lazio, senza acquisire certificazione cartacea.

A.7.8. 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 è stata estesa la fascia di screening fino a 74 anni, mediante adesione spontanea contattando direttamente il numero verde aziendale. È stato redatto il percorso per le donne a rischio di tumore eredo familiare, 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 (deliberazione DG n. 655/2017) 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. Attualmente la fascia di età coperta è pari a 50-64 aa.

A.7.9. Azioni di verifica e controllo per l'autorizzazione e l'accreditamento

L'Azienda prosegue il percorso già avviato da anni finalizzato alla rimodulazione delle proprie strutture nel rispetto della normativa vigente; la programmazione degli interventi ha permesso di attuare le azioni di verifica di tutte le strutture sanitarie esistenti e di occuparsi della progettazione di nuove strutture, anche territoriali, per rispondere in maniera adeguata al fabbisogno della popolazione.

Le procedure adottate sono rispondenti ai DCA di riferimento, implementando, per quanto possibile, i documenti di indirizzo e pianificazione, con evidenze, monitoraggio e miglioramento della qualità, così come previsto al DCA U00469/17.

Le attività, dopo l'individuazione del fabbisogno, vengono divise in due filoni, strettamente connessi:

- progettazione tecnica e verifica su carta dell'aderenza ai requisiti;
- attività ispettiva dell'esistente finalizzata alla verifica della corrispondenza ai requisiti previsti e a disporre interventi per rimuovere eventuali scostamenti e/o non conformità.

Nel corso del 2018 è stato accreditato:

- SIMT DH trasfusionale di Belcolle e conseguito l'ulteriore certificazione qualità ISO 2015/18.

sono stati rivisti progetti per alcune modifiche per:

- Presidio di Orte - Petignano
- Ufa Belcolle
- nuovo blocco operatorio
- PET belcolle
- morgue di Civita Castellana.
- Pronto Soccorso Belcolle
- verificati requisiti strutturali per capitolato Cittadella salute di Vetralla.

Sono state eseguite verifiche:

- sale operatorie periferiche per trasformazione in PC2
- Pronto soccorso di Acquapendente, Civita Castellana, Ronciglione e Tarquinia
- Locali da adibire a Poliambulatorio in Bolsena
- Locali da adibire a Consultorio Acquapendente.
- punti prelievo periferici.
- Terminati i lavori Genetica Medica

Nel 2019:

- Autorizzate ed accreditato il Nuovo Blocco operatorio di Belcolle.
- inviata richiesta di Autorizzazione ed accreditamento per poliambulatorio di Bolsena.
- Tarquinia: espresso parere per il nuovo Pronto Soccorso e per il nuovo blocco operatorio
- Civita Castellana: espresso parere per area della diagnostica per immagini e parte delle degenze.
- Espresso parere nuova sede D.H. ematologico.
- Ispezionato primo soccorso di Montefiascone.

Le proposte per il prossimo triennio sono le seguenti

- verificare tutti i reparti non ancora ispezionati e verificarne la conformità;
- previa formazione sui processi di gestione e qualità dei TPALL eseguire tutte le fasi di 2°-3° e 4° livello del DCA 469/17;
- procedere alla trasformazione delle sale operatorie periferiche, nonché del vecchio blocco operatorio in PC2;
- autorizzare e accreditare la casa della salute di Ronciglione;
- autorizzare ed accreditare il nuovo PS e le nuove sale operatorie di Tarquinia;
- autorizzare ed accreditare il blocco 3 di Belcolle, rimodulando anche gli altri 2 corpi, a conclusione dei lavori edili in atto e dopo il rilascio dell'agibilità per mettere a sistema tutto l'ospedale.

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

La diffusione delle informazioni e delle conoscenze (sapere) riveste un ruolo strategico nell'attuazione delle "politiche per la salute" con particolare rilevanza verso le azioni tese a correggere l'asimmetria informativa tra professionista/struttura e cittadino, e promuovere una reale autonomia di scelta (autodeterminazione) da parte di quest'ultimo, nonché a migliorare le relazioni fra l'azienda e i portatori di interesse (stakeholder).

La promozione dell'azienda in un'ottica di attrattività ma anche di miglioramento delle strategie di orientamento dell'utenza è una leva strategica fondamentale che può contribuire fortemente ad arginare fenomeni quali quello delle mobilità dei cittadini verso altre strutture sanitarie, ma è anche un patto di garanzia con l'utenza che vede aumentare la sua consapevolezza nella scelta del percorso di cura a lui più consona.

Al fine del raggiungimento di questo importante obiettivo, la Asl di Viterbo ha introdotto, con la deliberazione 202/2019, il Piano di diffusione come parte integrante delle azioni progettuali relative a percorsi e processi innovativi che, in quanto tali, necessitano di azioni strategiche volte a garantire il raggiungimento dei risultati prefissati. Questo anche nel rispetto della Direttiva dell'Unione Europea (97/17 "Il sistema - qualità nell'assistenza sanitaria europea") che indica la "comunicazione efficace" come la "chiave per attuare con successo i cambiamenti", grazie all'identificazione di "chi ha bisogno di sapere, che cosa e a quale stadio" e ribadisce che "il punto di vista [dei pazienti] deve essere preso in considerazione nello sviluppo del processo assistenziale e nel sistema per il miglioramento della qualità".

La finalità del Piano di diffusione è quello di predisporre un quadro generale di riferimento per la gestione e il coordinamento delle diverse attività di comunicazione, sensibilizzazione, formazione e partecipazione, e definisce l'immagine coordinata del progetto /percorso, tenendo conto degli obiettivi e dei target specifici che si intende raggiungere con il coinvolgimento dei diversi partner. Una buona comunicazione contribuisce a costruire l'identità dell'Azienda attorno a un sistema di valori riconoscibili, credibili e condivisi sia all'interno che all'esterno dell'Azienda stessa.

Il sistema di diffusione deve fondarsi su:

- *promozione delle conoscenze, finalizzata alla diffusione della cultura della appropriatezza per un efficace uso dei servizi (da parte degli operatori e dei cittadini)*
- *creazione di una rete di accoglienza che faciliti l'accesso e l'orientamento all'interno del sistema sanitario aziendale e di ascolto per individuare i bisogni degli utenti*
- *individuazione di strategie volte a stimolare la partecipazione attiva e responsabile dei cittadini*

Per facilitare gli operatori nella compilazione del format le attività previste nel Piano di diffusione sono suddivise in aree tematiche di riferimento: area della comunicazione, area della formazione, area della promozione e dell'autocura e area dell'orientamento e l'accesso ai servizi; ogni area è oggetto di una pianificazione specifica che, partendo dall'analisi del contesto e dall'oggetto dell'azione da promuovere richiede di volta in volta: definizione degli obiettivi, l'individuazione del pubblico di riferimento, la scelta delle strategie e dei contenuti, l'individuazione delle attività e degli strumenti e la definizione degli indicatori e misurazione dei risultati raggiunti.

Al fine di evitare la sovrapposizione di eventi, la dispersione di economie e l'inappropriato uso dei mezzi di comunicazione e delle metodologie formative il Piano della diffusione deve essere verificato dalla UOSD Formazione e dall'Area della comunicazione aziendale, settori a cui si può rivolgere anche per eventuali consulenze nel corso della stesura del Piano di diffusione

I piani di diffusione dell'anno 2019

Verificati

24 piani di diffusione prodotti dal 1 dicembre 2018 al 15 dicembre 2019

Completati

18 di questi declinati nelle quattro aree

I restanti alcuni erano per procedure rivolte ad un pubblico interno e non necessitavano di comunicazione verso il grande pubblico, altri non necessitavano di azioni formative in quanto già condotte in corso di stesura della procedura. Una minima parte non prevedeva azioni volte all'autocura riguardando modelli organizzativi e non percorsi clinici.

Attuati

17 piani attuati

La maggior parte hanno subito variazioni nella tempistica predefinita (ritardi) e nella modalità comunicativa prescelta.

Una minima parte delle azioni formative sono state spostate al prossimo anno per difficoltà nel rispetto dei tempi di accreditamento (proposte a ridosso dell'ultimo trimestre di attività).

Si è riuscito a combinare alcune delle azioni in macro aree affini (Presentazione del Dipartimento della donna e del bambino).

La parte che risulta più complessa e pertanto di più difficile concretizzazione è quella dei processi di orientamento e di autocura, azioni che richiedono una profonda mutazione dei comportamenti dei professionisti.

Nel corso del 2019 si sono tenuti diversi eventi di formazione volti a potenziare le competenze sulla efficace comunicazione, sia rivolti agli esperti che operano nell'area della comunicazione, sia rivolti ad operatori sanitari per continuare il lavoro iniziato con i piani di diffusione, ossia quello di saper comunicare efficacemente se stessi.

Visto le debolezze riscontrate nell'attuazione delle azioni di diffusione per il prossimo triennio abbiamo calendarizzato azioni mirate volte a sensibilizzare i professionisti su temi quali l'educazione terapeutica e comportamentale e l'orientamento e l'accoglienza del cittadino all'interno dei servizi di autocura, individuando anche dei facilitatori di percorso (vedi procedura del Patient management).

B.1 Diffusione di livelli assistenziali, reti, percorsi, innovazioni progettuali e strategie dell'Azienda

Una delle maggiori criticità correlata alla progettazione, alla ricerca ed alla formazione sta proprio nella difficoltà nella disseminazione dei contenuti e dei risultati ottenuti e conseguentemente, nella buona riuscita nella fase di attuazione delle attività previste e nella loro "promozione verso il cliente". I processi organizzativi e assistenziali di un'azienda sanitaria sono complessi e rispondono a più obiettivi (di esito, di processo, di struttura, di percorso) con i relativi criteri di misurazione coinvolgendo diversi attori e target di riferimento (gruppi obiettivo). Quindi è necessario sviluppare strategie ed approcci di comunicazione e diffusione diversi ma sinergici tra loro, ponendo attenzione nell'adozione di una strategia mirata, continua, consapevole e partecipata.

Il piano di comunicazione deve essere concretamente correlato con gli obiettivi del percorso in oggetto, le azioni contenute devono essere effettuate in modo costante, coordinato ed integrato attraverso la realizzazione di un sistema continuo di flussi/processi di comunicazione interna ed esterna, sia per migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza organizzativa, sia per un pieno coinvolgimento degli operatori nel cambiamento.

Le attività di marketing non devono essere viste come attività "aggiuntive" alle attività in corso ma quali parte integrante delle azioni progettuali con lo scopo di facilitare i processi e renderli più attrattivi per il cittadino. Le azioni di diffusione vanno declinate in termini di miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, in termini di expertise dei professionisti, coinvolgimento attivo dei cittadini ed azioni di marketing interno ed esterno volte a promuovere l'immagine dell'azienda.

L'attuazione della procedura operativa per la stesura dei piani di diffusione ha consentito, in un quadro generale di costante evoluzione e flessibilità, nonché di ristrettezza delle risorse, la possibilità di condurre azioni mirate verso specifici target di riferimento con la possibilità di utilizzare strumenti appropriati, in particolare:

Individuare strategie formative secondo criteri oggettivi a favore della riconoscibilità, valutabilità e certificabilità delle competenze acquisite partendo dai bisogni espressi dagli operatori

Attuare a pieno un approccio alla comunicazione con una strategia mirata, continua, consapevole e partecipata che ha apportato grossi benefici all'immagine dell'azienda e al tempo stesso a permesso di sensibilizzare i professionisti ad aver una maggior attenzione verso la relazione con l'esterno (patto con il cittadino) ma anche con i loro collaboratori (patto tra professionisti)

Consolidare nel tempo forme di collaborazione tra operatori, cittadini singoli o associati e stakeholders che condividono le finalità e le strategie dell'azienda ma in senso più generale la mission dell'azienda.

Migliorare i percorsi di orientamento e di facilitazione del cittadino all'interno del sistema sanitario

Promuovere un cambio di paradigma nel pensiero degli operatori con una visione più incentrata sulla promozione della salute e sulla vicinanza con il cittadino e meno incentrata sull'autoreferenzialità.

Attuare azioni partecipate secondo il modello delle community lab e della co-progettazione per innovare le politiche pubbliche e agire per processi collettivi.

Proprio nell'ottica di questo ultimo punto il piano di diffusione diventa anche un patto con i cittadini offrendo uno strumento utile alla rendicontazione delle attività messe in campo, gli stessi reclami in questo contesto vanno vissuti non come atto di accusa ma come contributi alla valutazione della qualità dei servizi erogati e punti di partenza per la programmazione di azioni di miglioramento.

L'azienda ha ottenuto un buon risultato utilizzando forme di comunicazione e formazione più *smart* e che si fondano su una maggior integrazione tra professionisti ed un maggior coinvolgimento delle associazioni, eventi che si sostituiscono alle classiche forme congressuali e di formazione residenziale.

A corredo dei tradizionali rapporti con gli organi di stampa, cartacei o online, l'Azienda ha implementato nuove forme di comunicazione diretta ai cittadini attraverso formule quali open day, conferenza teatro, giornate di social innovation per la progettazione partecipata, progetti realizzati con i tavoli del volontariato "*Partecipare in sanità*" e incontri con gli stakeholders per la promozione e la diffusione di reti, percorsi e servizi erogati.

Lo sviluppo di nuove forme di comunicazione, finalizzate al raggiungimento di una platea più ampia e differenziata, ha visto un incremento della produzione di supporti multimediale con video di sensibilizzazione e docu-video che documentano la costruzione partecipata dei percorsi e i risultati ottenuti nell'attuazione di processi innovativi.

Un'altra azione importante che vedrà l'Azienda ancora protagonista nel prossimo triennio è la prosecuzione della campagna "*Rispettare l'ambiente è salute*", progetto a cui hanno aderito 59 partners istituzionali e non.

B.2 Formazione per il miglioramento, l'innovazione e lo sviluppo continuo

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 Piramide rovesciata

Tra le buone pratiche l'Azienda si propone di garantire un migliore orientamento all'utenza con il progetto "Piramide Rovesciata" avviato nell'anno 2017. 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.

Nel 2019 è stato attivato il secondo step formativo del progetto rivolto:

- ❖ al Board della Comunicazione Aziendale con un corso sulla tematica comunicazione pubblica e social media al servizio dei cittadini;
- ❖ ai Dirigenti, agli incaricati di funzioni organizzative sulla comunicazione istituzionale ed organizzativa orientata all'utenza.

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**



2020: Piano Formativo aziendale

Nell'ottica dello sviluppo continuo delle competenze e delle professionalità, l'Azienda si dota anche nel 2020 di uno specifico Piano Formativo Aziendale.

- le proposte formative per il PFA anno 2020 sono individuate attraverso:
- le linee di priorità della Direzione Strategica Aziendale in considerazione dei principi per la costruzione di una Azienda competitiva;
- gli obiettivi operativi individuati dai Direttori di Dipartimento;
- la strategia bottom-up rispondente al modello organizzativo indicato dalla regione e applicato nella nostra Azienda;
- i contenuti dei piani di diffusione formalizzati dall'Azienda nel 2019
- le tematiche di interesse regionale;
- gli obiettivi per le Professioni Sanitarie che vengono dalle schede di responsabilità degli incarichi di funzione;

Le proposte aziendali trovano corrispondenza anche nelle tre macroaree di apprendimento individuate dalla Commissione Nazionale per la formazione ECM:

- a) obiettivi formativi tecnico-professionali che individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel **settore specifico di attività**, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza **al fine dello sviluppo delle risorse umane**;
- b) obiettivi formativi di processo che individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei **processi di produzione delle attività sanitarie**, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed **équipe** che prestano servizio in un **determinato segmento di produzione** per l'implementazione operativa dell'approccio clinico-assistenziale multidisciplinare;
- c) obiettivi formativi di sistema che individuano lo 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, consentendo la programmazione di **eventi interprofessionali**, destinati a tutti gli operatori, in particolare **con la finalità di predisporre un efficace sistema di orientamento e informazione al cittadino, ai professionisti e ai partners esterni**.

B.3 Comunicazione efficace per lo sviluppo di un dialogo interdisciplinare e con gli stakeholders esterni

La **comunicazione** nelle organizzazioni pubbliche ha assunto negli ultimi anni un valore strategico fondamentale quale strumento concreto di gestione della complessità organizzativa. Il legislatore considera, infatti, la comunicazione pubblica come “parte integrante dell’azione delle pubbliche amministrazioni come forma di garanzia (trasparenza) per tutti i cittadini, che devono pertanto, attraverso le unità organizzative preposte, garantire un’informazione trasparente, esauriente e oggettiva, promuovendo nuove relazioni con i cittadini e utenti, al fine di ottimizzare l’efficienza e l’efficacia dei servizi offerti attraverso un adeguato sistema di comunicazione”.

Dall’altro lato l’aumento delle fonti di diffusione con la conseguente “iper-comunicazione” attuale, possono generare false percezioni nel cittadino e anche nel dipendente rispetto alle attività dell’azienda, se le informazioni non vengono adeguatamente monitorate e governate. Diventa pertanto necessario da una parte limitare e filtrare “i rumors” favorendo l’ampliamento dei canali di comunicazione, la semplificazione e la velocizzazione degli scambi comunicativi interni in modo diffuso e trasversale convergendo verso la comunicazione esterna per dare una visione coesa e coerente, garantendo forza ed efficacia alle azioni messe in campo.

Per correggere l’inevitabile asimmetria informativa tra cittadini e struttura sanitaria è imprescindibile assicurare l’equità informativa e l’aggiornamento costante dell’informazione, con canali e linguaggi appropriati ai diversi target della popolazione, con particolare attenzione verso le categorie fragili che hanno maggior difficoltà all’accesso alle fonti ed alla comprensione delle stesse.

Una strategia di diffusione, per essere efficace, deve poter prevedere canali e strumenti comunicativi/educativi, di diversa natura e fortemente integrati tra loro. La difficoltà maggiore è quella di riuscire a raggiungere in maniera mirata uno specifico target di riferimento.

Anche lo strumento scelto influisce sul grado di efficacia della strategia adottata. I destinatari individuati per le attività di diffusione, afferiscono principalmente a quattro macro settori di interesse:

<i> Pubblico istituzionale</i>	Per quanto riguarda la comunicazione istituzionale e del pubblico specializzato dobbiamo suddividere quella interna da quella esterna. Gli attori della comunicazione istituzionale interna sono costituiti dalla Direzione strategica, dai direttori e responsabili di Dipartimento e di Struttura, quello esterno dalle Organizzazioni Sindacali Aziendali, da Enti quali Comuni, Provincie, Regione, enti deputati a vigilanza e giustizia, Circoli didattici ecc.
<i> Pubblico specializzato</i>	Con "pubblico specializzato" si intende identificare i partner del progetto ma anche gli stakeholders che da più da vicino avanzano interessi qualificati sulle azioni di progetto e sui suoi effetti. Gli "attori" e "destinatari" interni del pubblico specializzato sono costituiti dai dipendenti, dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, dai medici specialisti convenzionati, quelli esterni sono tutti gli stakeholders competenti sui contenuti scientifici (ad es. Università, società scientifiche, farmacie esterne, case farmaceutiche).
<i> Opinione pubblica</i>	Nel settore dell'opinione pubblica (comunicazione esterna) si identificano tutte le persone che hanno o non hanno un interesse diretto ai risultati delle azioni messe in atto, ma che possono comunque trarre vantaggio di qualità di vita o di servizio.
<i> Associazione</i>	Infine, le associazioni sono strategicamente importanti in quanto sono in grado di amplificare le comunicazioni a loro indirizzate, dando forte risonanza alle informazioni ricevute in quanto rappresentano e tutelano i portatori di interesse.

In ragione dei differenti interessi, del differente numero e composizione e del differente status sociale dei portati dai quattro gruppi target di riferimento, si devono realizzare attività di divulgazione mirate ed adattate alle differenti tipologie.

La parte dedicata alla comunicazione da redigere nel piano di diffusione si pone l'obiettivo di aumentare la consapevolezza ai portatori di interesse (interni/esterni) promuovendo i "prodotti dell'azienda" anche per ricevere un feedback da parte della comunità.

In questo senso la stesura del piano di diffusione consentirà di consolidare nel tempo forme di collaborazione tra operatori, cittadini singoli o associati e stakeholders che condividono le finalità e le strategie del progetto ma in senso più generale la mission dell'azienda. In particolare la collaborazione dei cittadini associati può favorire i processi di diffusione del progetto stesso, nonché la sua valutazione (in termini di qualità) e disseminazione in un circolo virtuoso, dove la società civile diventa portatrice di "sapere" da divulgare nelle diverse "reti sociali".

A questo proposito tra le azioni intraprese nell'ambito della promozione delle attività tra aprile e maggio, in concomitanza con l'avvio del progetto pilota delle Centrali operative della cronicità, è stata intrapresa un'esperienza di community lab e, grazie alla partecipazione dei cittadini e delle associazioni, si sono avuti feedback fondamentali per tarare la funzionalità dell'applicazione (offerta attiva) che è uno dei cardini del progetto.

Il Community lab ha lo scopo di creare opportunità e condizioni affinché si possano innovare i rapporti fra istituzioni e cittadini e accrescere il contributo della comunità al cambiamento nelle politiche pubbliche e nelle organizzazioni che si occupano di servizi socio-sanitari, il metodo prevede la produzione di conoscenza attraverso l'azione partecipata della comunità al fine di comprendere meglio le comunità di oggi le possibili forme di evoluzione in materia di welfare. Il Community Lab è un metodo di lavoro basato sull'analisi consolidata di esperienze partecipata di un gruppo rappresentativo di uno specifico target di riferimento, che prevede l'analisi del caso con conseguente elaborazione e condivisione delle azioni migliorative, segue la generalizzazione del processo condiviso sulla popolazione di riferimento. In sanità si deve sempre ricordare che chi ha il problema è una persona portatrice di risorse, la sua storia di vita può insegnare ad altri, non fosse altro in termini di motivazione.

Non meno importante lo sviluppo della comunicazione interna verso le strutture e gli operatori in modo da far crescere l'informazione, la condivisione delle decisioni e degli obiettivi, una corretta circolazione delle informazioni tra professionisti consente la standardizzazione dei processi e l'omogeneità dei servizi resi, accrescendo contemporaneamente la qualità dell'offerta, oltre a favorire i processi di disseminazione delle informazioni.

L'Azienda si propone di continuare a lavorare puntando ad interventi articolati su più fronti e sinergici tra loro perché orientati al medesimo risultato, attraverso l'ampio ricorso ai media ed ai social media che in questi anni sono stati arricchiti di contenuti raggiungendo un buono standard di risultati in termini di followers ed interazioni, aumentando il raggio di utenti raggiunti e amplificando i rapporti con le istituzioni, le associazioni di volontariato.

Attualmente la ASL di Viterbo ha degli account su Facebook, twitter, instagram, linkedin ed un canale video su youtube, è attivo anche un web magazine denominato "Viterbo Sanità news".

Entro i primi mesi del 2020 sarà on line il nuovo portale realizzato secondo le linee guida della Regione Lazio (DCA U00311 2014, DCA U00342/2014)

Il patto con i professionisti per *la sostenibilità delle competenze* è quello di condividere il concetto di base che la formazione per gli operatori sanitari, ma per analogia anche per quelli del ruolo tecnico-amministrativo, non può essere limitata a conoscenze e skills sulle più recenti innovazioni diagnostico terapeutiche-assistenziali, ma deve consentire agli stessi professionisti di **definire standard assistenziali e di misurare appropriatezza e sicurezza** degli interventi erogati, sia a livello individuale, sia di équipe nel contesto organizzativo aziendale. La vera sfida è il riconoscimento, accanto alla formazione comunque importante e tradizionale per obiettivi tecnico professionali, di quella formazione che punta agli obiettivi di processo e di sistema. Questi, infatti, richiedono agli operatori di acquisire strumenti e competenze per misurare la qualità dell'assistenza sanitaria, con la collaborazione attiva della parte tecnico-amministrativa, in termini di sicurezza e appropriatezza, perfettamente in linea con gli obiettivi del governo clinico. In questo concetto risiede il significato vero di competenza ovvero **"l'uso abituale e prudente della comunicazione, delle conoscenze, delle abilità tecniche, del ragionamento, delle emozioni, dei valori e delle riflessioni critiche sulla pratica di tutti i giorni per generare il benessere dell'individuo e nella comunità"**.

B.4 Sviluppo dei patti terapeutici e di autocura per il miglioramento della relazione con il paziente ed i suoi familiari

Una delle innovazioni contenute nel piano di diffusione aziendale è proprio la sezione dedicata all'educazione terapeutica e comportamentale: non dobbiamo dimenticare che il percorso di cura inizia, continua e finisce la comunicazione. Inoltre la promozione del benessere psicofisico della persona e la tutela della salute richiede strategie intersettoriali e trasversali.

La promozione della salute e dell'autocura (empowerment) si basa sul rispetto dei diritti e la partecipazione del cittadino al processo di cura, alle scelte relative ai servizi, fino alle scelte in merito di politiche socio-sanitarie. Il piano deve fornire un contributo sostanziale in questa direzione come auspicato dall'OMS già a partire dal documento "Health21: Health for all in the 21st century" (Salute per tutti nel 21° secolo) che definisce anche il ruolo centrale della comunicazione (obiettivo 20). Come precisato nel Glossario dell'OMS, l'educazione alla salute "comprende tutte le occasioni di comunicazione disegnate per migliorare le conoscenze e per sviluppare capacità nella vita in modo da contribuire alla salute individuale e collettiva".

Al tempo stesso la promozione della salute e dell'autocura (empowerment) si basa sul rispetto dei diritti e la partecipazione del cittadino al processo, alle scelte relative ai servizi, fino alle scelte in merito di politiche socio-sanitarie. Promuovere l'Health Literacy ossia le capacità e le abilità cognitive e sociali degli individui di avere accesso, comprendere e usare l'informazione con modalità utili a promuovere e a mantenere un buono stato di salute. Dare alle persone i mezzi per diventare più padroni della propria salute e per migliorarla.

Si parla di apprendimento di conoscenze teoriche, abilità tecniche o manuali e capacità comunicative e relazionali (educazione/addestramento/counseling).

Pertanto ad ogni area corrisponderanno:

- obiettivi cognitivi (area del sapere), quando lo scopo è, ad esempio, quello di migliorare il patrimonio di conoscenze e di informazioni posseduto dall'individuo
- obiettivi affettivi o relazionali (area del saper essere), quando ciò che si intende mutare sono gli atteggiamenti o i valori di un individuo, i significati emotivi che egli attribuisce a certe abitudini o alcune sue capacità relazionali;
- obiettivi di comportamento (area del saper fare) quando il mutamento che si intende produrre nell'individuo riguarda le sue abilità, il suo comportamento, le sue abitudini. Anche in questo caso la scelta del metodo è strettamente collegata al target più o meno ampio e all'ambito di prevenzione (primaria/secondaria/terziaria).

La persona malata e i suoi familiari sono parte attiva e consapevole nel processo di assistenza e per questo hanno bisogno di essere informati, di capire e di poter gestire il percorso di cura, anche per aumentare l'aderenza al trattamento proposto ed evitare situazioni di rischio.

Per implementare le azioni codificate nei piani di diffusione, l'Azienda, anche per efficientare i percorsi di presa in carico della cronicità, introdurrà uno strumento fondamentale ai fini dell'autocura e della promozione dell'aderenza terapeutica: il patto di cura.

Il patto di cura è lo strumento con cui il Paziente e il professionista sanciscono l'accordo di fiducia. Attraverso il Patto di Cura il professionista si impegna formalmente a garantire a ciascun cittadino l'erogazione delle prestazioni e dei servizi necessari e appropriati, con modi e tempi predefiniti. Il paziente dal canto suo si impegna nel rispetto del contratto terapeutico e di follow up a cui aderisce.

È uno strumento importante che punta a costruire una base di fiducia tra cliente e professionista, fondamentale per rassicurare la persona e la sua famiglia durante il percorso di cura (in particolare in tema di cronicità) e stringere un'alleanza che favorirà l'aderenza terapeutica e comportamentale (alleanza terapeutica) anche grazie alla contrattazione verso un compromesso accettabile da entrambe le parti e l'attivazione di percorsi di offerta attiva che vedono il malato protagonista del percorso di cura.

Non si produce cambiamento, trasformazione, conoscenza se non attraverso la riflessività che scaturisce dal "fare" e dal legame con i contesti nel quale l'apprendimento stesso viene inserito, considerando anche l'agito e il vissuto dei partecipanti e delle loro esperienze.

B.4.1 Costruzione di un patto tra professionisti e cittadino sia per la condivisione del suo percorso di cura che per il supporto nella fase di autocura

I Punti Unici di Accesso rappresentano una delle porte di accesso dei cittadini alle strutture sanitarie; garantiscono 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 prevalutazione 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 dal 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'adeguata 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, pubblici 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 modulando i suoi bisogni del paziente;

- promuovere un percorso condiviso con i vari operatori, che consenta ai singoli pazienti di acquisire o recuperare competenze in autonomia personale abitativa, sociale, relazionale, anche mediante l'eventuale acquisizione dei 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.5 Sviluppo del sistema di orientamento per la facilitazione nell'accesso al sistema salute

Quando si parla di **orientamento e accesso ai servizi** non si deve intendere il mero intento di fornire indicazioni logistiche all'utenza bensì si deve configurare come un vero patto tra il soggetto erogatore del servizio ed il cittadino che miri ad una personalizzazione degli interventi, favorendo un'adeguata conoscenza delle attività offerte e di come si possa accedere alle cure. L'equità di accesso, la trasparenza e la semplificazione delle procedure, la garanzia dell'informazione, la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, la partecipazione del cittadino nei processi di valutazione dei servizi sono obiettivi prioritari delle politiche sanitarie locali, nazionali e internazionali. Le azioni su cui ci siamo concentrati in questo senso sono:

1. Abbattere le barriere che limitano i cittadini nell'accesso alle informazioni e nella fruibilità delle prestazioni sanitarie anche attraverso percorsi integrati condivisi
2. Ridurre i conflitti educando i cittadini al "buon uso dei servizi sanitari"
3. Favorire un atteggiamento di "attenzione" da parte del personale verso l'accoglienza all'utenza
4. Applicare la disciplina del wayfinding per permettere ai fruitori di muoversi liberamente anche in uno spazio sconosciuto.

La stesura di questa parte del piano di diffusione rappresenta il vero patto di intenti che i professionisti stringono con il loro assistito e che la struttura stringe con la cittadinanza, per questo è opportuno definire anche gli standard di qualità e i relativi indicatori a garanzia dei cittadini.

Va basato su alcuni principi fondamentali:

- **uguaglianza:** l'accesso ai servizi sanitari deve essere garantito senza alcuna distinzione per motivi di sesso, razza, religione ed opinioni politiche;
- **imparzialità:** la prestazione dei servizi sanitari deve avvenire senza alcuna tipo di favoritismo;

- continuità: l'erogazione dei servizi sanitari deve essere continua e regolare, in caso di funzionamento irregolare debbono essere adottate misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile;
- partecipazione: i cittadini, direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano, devono sempre poter esprimere le proprie opinioni sui servizi che li riguardano, prevedendo appositi strumenti di partecipazione e coinvolgimento. E ad esse deve essere prestata massima attenzione nell'ottica di migliorare qualità del servizio stesso;
- efficacia, efficienza e sicurezza: il servizio deve essere erogato secondo gli obiettivi prefissati e in modo tale da non disperdere le risorse umane ed economiche a disposizione;
- diritto di scelta: il cittadino ha diritto di scegliere, tra i soggetti che erogano servizi sul territorio, quelli di cui ha necessità.

Tutte le informazioni raccolte dai piani di diffusione e non solo, partendo dai bisogni dei cittadini e della comunità, passando dalle esigenze e dalla visione degli operatori per poi essere filtrata e resa fruibile nella forma comunicativa dagli organi preposti alla diffusione delle informazioni e all'orientamento degli utenti, vanno a comporre la Carta dei servizi, e definiscono anche parte del piano annuale della Comunicazione aziendale.

La partecipazione dei cittadini singoli o associati può rappresentare nel tempo una risorsa preziosa per le politiche socio – sanitarie, considerando che ogni sforzo volto a migliorare la qualità delle cure è inutile se non riflette i reali bisogni dell'utenza.

Le azioni di wayfinding, incentrate in questo ultimo anno prevalentemente sul presidio centrale, visto i notevoli lavori di ristrutturazione che si sono susseguiti, nel triennio verrà estesa a tutte le strutture ospedaliere e territoriali al fine di migliorare i percorsi di accesso e di orientamento ai servizi e al tempo stesso l'immagine coordinata dell'Azienda.

B.6 Costruzione dei patti con la rete del volontariato ed associazionismo per il riconoscimento delle reti informali basate sulla reciprocità e solidarietà che hanno impatto sul sistema, canalizzando le energie e le azioni sostenibili a lungo termine

B.6.1. 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, 17,7%, 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. Nella provincia di Viterbo si registra un incremento della popolazione straniera residente che passa da 30046 persone nel 2017 a 31876 al 1 gennaio 2019.

Negli anni 2018-2019 si è registrata, anche nella provincia di Viterbo, una netta diminuzione degli arrivi delle persone richiedenti protezione internazionale, in linea con il trend nazionale che registra una riduzione di circa il 90%.

Il progetto aziendale "Sfida ed opportunità per un'azienda culturalmente competente" si è sviluppato, dal 2017 a tutt'oggi, 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 di intervento:



- 1) **Area del cambiamento organizzativo**, nella quale 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 un gruppo di operatori e di alcuni mediatori in alcune aree di vulnerabilità come ad esempio quella dei minori stranieri non accompagnati e delle vittime di violenza intenzionale. 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, con attenzione particolare alle donne e ai bambini. Per questo all'interno del progetto per un'azienda culturalmente competente si è ricavato una parte specifica denominata «Mum health»; l'obiettivo principale è di porre il tema della salute materno infantile - con particolare attenzione alla salute di donne migranti e vulnerabili e dei loro figli - al centro di un impegno integrato e multilivello di capacity building sul territorio della Asl di Viterbo. Attraverso diversi strumenti e strategie si vuole produrre sulle competenze degli operatori, l'empowerment delle comunità e la sensibilizzazione della popolazione un impatto finalizzato a promuovere e migliorare la salute, nell'accezione di "salute globale", delle donne migranti e vulnerabili presenti sul territorio della Asl di Viterbo. Ciò comporterà ricadute sulla salute complessiva delle comunità migranti e in particolare dei bambini, per il ruolo centrale che la donna svolge all'interno delle reti familiari e di prossimità

- 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 in linea con quanto indicato nella DGR Lazio n. 590/2018.

B.6.2. Il Tavolo del Volontariato

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 2020 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.6.3. 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 e 2018 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 nel prossimo triennio..

Le azioni programmate per l'anno 2020 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". Dalla ricerca sono emersi ambiti su cui lavorare per il miglioramento della qualità dal punto di vista del cittadino. Con la ricerca ci si è voluti infatti 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. E' stato quindi predisposto un piano di miglioramento con azioni da realizzare nel corso del 2018 e del 2019.

Tra i progetti di miglioramento c'è quello dell'accoglienza delle specificità culturali e religiose nelle strutture sanitarie della ASL di Viterbo. E' stato a questo scopo siglato un protocollo d'intesa con la ASL Roma 1 per la progettazione, pianificazione e realizzazione di un percorso di umanizzazione delle cure e dell'assistenza che prevede un dialogo organizzato con le Confessioni e Comunità Religiose e le Associazioni ed Enti del Terzo Settore presenti nel territorio di competenza della ASL di Viterbo finalizzato all'Accoglienza delle specificità culturali e religiose nelle strutture sanitarie

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.

C Sviluppo del sistema di innovazione gestionale e ottimizzazione delle risorse

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.

C.1 Condivisione delle strategie di sviluppo per l'aderenza dei nuovi programmi d'investimento tecnologico informatico e strutturale

C.1.1. 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 2019-2021 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:

- piano di sostituzioni delle TAC aziendali presso i siti della ASL con l'acquisizione di una TAC di ultima generazione che supporterà, nel breve, la tecnologia a 128 strati di acquisizione, con un incremento qualitativo diagnostico in ambito cardiologico;
- implementazione di piattaforma di visualizzazione avanzata della Risonanza Magnetica (IntelliSpace Portal Philips) del PO di Belcolle, che offre un'unica soluzione integrata per incrementare gli standard di efficienza e sicurezza diagnostiche, soprattutto nei casi più articolati e nel follow-up
- laser chirurgico per Urologia;
- sostituzione dei letti della degenza dei primi reparti del PO di Belcolle, con prodotti in linea con i più innovativi standard ergonomici;
- rinnovo delle apparecchiature elettromedicali di media fascia quali ventilatori polmonari, sistemi di monitoraggio, colonne artroscopiche;
- sistema di controllo e tracciabilità del sangue;
- completamento forniture di ultima generazione per il nuovo Blocco Operatorio;
- integrazione delle postazioni di monitoraggio per il nuovo Pronto Soccorso del PO di Belcolle, in funzione dell'incremento di posti delle stanze codice gialli e verdi

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 nuovo Blocco Operatorio è entrato pienamente a regime anche con le attività specialistiche di Neurochirurgica, a seguito delle nuove acquisizioni tecnologiche ultimate nell'anno 2019, come il Sistema di Neuronavigazione chirurgico che, abbinato al sistema di monitoraggio intraoperatorio, permette 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. Nel corso del 2020 è previsto l'acquisto del perimetro computerizzato e dell'OCT per le attività di oculistica.

A queste tecnologie è affiancato il nuovo sistema per chirurgia mininvasiva di tecnologia 4K collaudato nel 2019 che consente l'esecuzione di interventi di neurochirurgia ed otorinolaringoiatria, potendo disporre di immagini ad altissima risoluzione. Sempre a livello chirurgico sono entrati in esercizio 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 dell'anno 2020 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, per la quale si è ricevuta la prima fase di autorizzazioni Regionali alla fine dell'anno 2019.

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 la mobilità passiva 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 ha ricevuto il primo parere favorevole dal Nucleo di Valutazione Regionale ed è ora al vaglio del Ministero della Salute per le valutazioni di competenza.

All'inizio dell'anno 2019 è entrato pienamente in esercizio il nuovo sistema di monitoraggio multiparametrico con relativa centrale per n. 12 PPILL del Reparto di Terapia Intensiva del P.O. di Belcolle, integrato con i nuovi ventilatori polmonari di ultima tecnologia. Nel corso del 2020 saranno rinnovati i sistemi 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. E' in previsione, nei primi mesi del 2020, anche l'installazione di una nuova centrale di monitoraggio dedicata per i pazienti del Pronto Soccorso, che incrementerà i livelli di affidabilità ed efficienza del reparto, anche a seguito dei lavori di ammodernamento e ristrutturazione di recente completamento.

Nel corso del 2020 sono previsti gli avvisi delle gare di affidamento per l'aggiornamento tecnologico delle apparecchiature funzionali al potenziamento delle attività di screening (senologico, del colon e del collo dell'utero); in particolare saranno completate le gare di acquisizione dei due nuovi mammografi digitali di Tomosintesi, da destinare alla Diagnostica Senologica di Montefiascone ed alla Diagnostica per Immagini di Belcolle. Inoltre saranno acquistati videocolonoscopi 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, iniziata nel 2019 con la previsione di espletamento da parte dell'Azienda capofila (RM6), sarà affidata alle singole realtà locali, su indicazione Regionale e per finalizzare le aggiudicazioni delle categorie merceologiche più complesse previste all'interno del finanziamento DGR 378/2018. Utilizzando lo stesso finanziamento regionale, si è proceduto a potenziare le attrezzature sanitarie e la piccola tecnologia informatica in dotazione delle strutture consultoriali.

Nel corso del 2019 è stato aggiudicato l'appalto per la realizzazione del nuovo laboratorio analisi della ASL di Viterbo, con i punti hub e spoke della rete laboratoristica. Ciò consentirà la centralizzazione e completa automazione di gran parte delle attività di pre e post analitica, la riqualificazione degli spazi esistenti per una migliore distribuzione del nuovo laboratorio di Belcolle salvaguardando gli obiettivi di sicurezza e confort ambientale.

E' in fase di aggiudicazione l'appalto per l'avviamento di un progetto innovativo in ambito dei servizi riabilitativi offerti dall'Azienda. Il sistema integrato che verrà introdotto consentirà di ampliare qualitativamente i servizi, impiegando modalità terapeutiche avanzate e tecniche riabilitative tra le più valide.

Nei primi mesi del 2020, sarà completata la gara di affidamento del noleggio quinquennale del mammografo con Tomosintesi, che sarà dapprima installato presso il sito della Radiologia di Belcolle ed, in seguito all'acquisto dell'unità di proprietà, trasferito presso la sezione di Tarquinia con una ipotesi di riscatto finale a costo zero.

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.

C.1.2. Il Piano di sviluppo dei sistemi informatici

I principali interventi realizzati nel triennio 2017-2019 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 state acquisite Postazioni di lavoro, distribuite ai vari servizi aziendali, sia di area amministrativa sia di area sanitaria. Sono stati, inoltre, potenziati i sistemi HW Server e Network al fine di adeguare e di rendere sempre performanti i sistemi informativi aziendali ;
- **Gestione immagini per la diagnostica:** realizzazione del sistema RIS/PACS/MACS per la gestione della Diagnostica per Immagini, il sistema Terarecon per migliorare l'esecuzione delle procedure endovascolari, il sistema IntelliPortal per migliorare l'esecuzione delle procedure neurochirurgiche;
- **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;
- **Cartella clinica di cronicità (progetto COC):** è stata realizzata la cartella clinica informatizzata ambulatoriale e l'APP ad essa collegata a supporto dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici per le cronicità Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco, e dispiegata su tutti i punti di erogazione previsti dai percorsi stessi;
- **Pronto soccorso:** realizzazione dell'informatizzazione per la facilitazione dei percorsi in pronto soccorso e di una APP (PSOpen) rivolta agli accompagnatori, finalizzata ad ottenere, in tempo reale informazioni sul percorso di cura del paziente accompagnato in pronto soccorso;
- **Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero:** messa a regime su tutta l'azienda del sistema ADT a Reparto, per la gestione dei posti letto, nonché il relativo adeguamento per l'assolvimento del nuovo debito informativo verso Regione Lazio c.d. SDO-XL, nuovo sistema informativo per il laboratorio di anatomia-patologica;
- **Servizi ai degenti:** realizzazione del servizio di distribuzione contenuti TV in modalità on-demand all'Ospedale Belcolle;
- **GDPR:** realizzazione del registro dei trattamenti informatizzati per conformità al Regolamento UE 2016/679;

- **Re-ingegnerizzazione del settore amministrativo-contabile:** attività per l'implementazione del nuovo sistema amministrativo-contabile aziendale, finalizzato alla sostituzione degli attuali applicativi con un sistema unico integrato (la messa a regime è prevista per inizio gennaio 2020);

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 dal nuovo Regolamento Europeo sulla Privacy c.d. GDPR);
- **aggiornamento delle infrastrutture telefoniche aziendali e realizzazione reti wi-fi** a servizio dell'area medico-assistenziale, con particolare riferimento ai presidi ospedalieri (presentata alla Regione Lazio Scheda Tecnica N. 31 per il Programma straordinario di investimenti in sanità);
- **aggiornamento delle tecnologie centrali di elaborazione e continuità di servizio:** aggiornamento del sito primario di elaborazione dati della ASL di Viterbo e implementazione dei siti di Business Continuity e Disaster Recovery (presentata alla Regione Lazio Scheda Tecnica N. 28 e 29 per il Programma straordinario di investimenti in sanità);
- **miglioramento del parco tecnologico aziendale** relativo al parco macchine, mirato alla sostituzione progressiva delle postazioni di lavoro obsolete;
- **messa a regime nuovo sistema amministrativo-contabile e progetto “carta zero”;**
- **messa a regime del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero** per le componenti le Cartella Clinica informatizzata di reparto e Order Entry;
- **aggiornamento del sistema informatico del Blocco Operatorio** attualmente in uso, per il miglioramento dei processi di gestione delle attività operatorie e del monitoraggio e controllo delle attività stesse da parte dell'UPAC;
- **telemedicina** territoriale per le cronicità nell'ambito del progetto COC, con l'adozione di soluzioni e device per i pazienti in automonitoraggio e per gli operatori ADI e ADIAI;

- **logistica “intelligente”**: nell’ambito del nuovo appalto di logistica, messa a regime di armadi e carrelli “intelligenti” per il tracciamento del ciclo logistico dei farmaci e dei dispositivi, nonché del monitoraggio dei consumi del paziente;
- **sistema informatico di collaborazione multidisciplinare**: per la comunicazione, la condivisione di informazioni e la pianificazione di attività tra i vari specialisti impegnati nel processo di cura;
- **piattaforma multicanale per miglioramento dei servizi ai cittadini** (presentata alla Regione Lazio Scheda Tecnica N. 30 per il Programma straordinario di investimenti in sanità);
- **messa a regime dei progetti regionali programmati**: con particolare riferimento al nuovo Sistema ReCUP e Nuovo Sistema Informativo Trasfusionale;
- **piena integrazione tra le componenti dell’ecosistema informativo aziendale**: miglioramento continuo dell’integrazione informatiche tra sistemi con l’obiettivo di massimizzare (in accordo con le politiche di privacy e consenso dei cittadini) la **condivisione dei dati** di cura dei pazienti tra i vari sistemi informativi aziendali, per raggiungere la piena integrazione ospedale-ospedale e ospedale-territorio.

C.1.3. Il Piano degli investimenti strutturali: azioni di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture

Nell'ultimo triennio 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 Legge 67/1988.

L'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 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 logica nella progettazione della logistica aziendale.

Il piano di riqualificazione delle strutture è stato organicamente sviluppato con le seguenti azioni, anche in funzione dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2019:

Belcolle

- Completamento dei lavori dell'UFA presso la Farmacia del Presidio Ospedaliero di Belcolle, che va a dotare l'ospedale di un reparto adeguato al mantenimento degli standard necessari al mantenimento dei LEA;
- Completamento del Nuovo Blocco Operatorio e trasferimento delle attività presso i nuovi locali; relativo potenziamento tecnologico ed impiantistico per le varie discipline ospitate, anche potenziando la rete logistica dei percorsi di collegamento interni tra reparti e blocco (Fondi ASL e Ex art. 20 L. 67/88 II Fase);
- Lavori di messa in sicurezza e manutenzione straordinaria del presidio San Simone, all'interno di fondi ASL;
- Ultimazione dei lavori di impermeabilizzazione delle terrazze e avvio delle sostituzioni degli infissi del reparto di radiologia del Presidio Ospedaliero di Belcolle che andranno a riqualificare dal punto di vista del contenimento energetico gli standard di sicurezza nelle zone oggetto dell'intervento.

Di particolare rilievo tra le opere completate nel 2019, emerge l'adeguamento dei locali del Pronto Soccorso del PO di Belcolle, comprensivi delle opere di viabilità e adeguamento ai codici prioritari.

L'intervento ha previsto la ristrutturazione degli ambienti sanitari, ampliando le stanze dei codici verdi e gialli e la della sala triage, con un numero complessivo di postazioni di trattamento pari a 22 unità. Ciascuna postazione è stata fornita di una completa dotazione tecnologica avanzata, per garantire la migliore assistenza.

I lavori di completamento del corpo A3 di Belcolle, ripartiti dopo 15 anni di inattività, hanno visto nel corso del 2019 l'ultimazione delle fasi di messa in sicurezza del sito, di demolizione e adeguamento tramezzature interne. Il completamento dell'opera vedrà la realizzazione di 174 posti letto di degenza, di cui 140 posti letto circa di nuova realizzazione.

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;

Il progetto prevede inoltre 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 dei L.E.A.

Le recenti preliminari approvazioni regionali di fine anno 2019, relative ai finanziamenti DGR 861/2017 e DGR 180/2018, consentiranno a partire dal 2020, l'avvio di ulteriori opportunità di crescita e benessere per il bacino di utenza della ASL, attraverso:

- i lavori di adeguamento e messa a norma della normativa antincendio con lavori di compartimentazione e impianti;
- i lavori di impermeabilizzazione e rifacimento impianto aerulico della palazzina E;
- I lavori di rifacimento delle facciate dei corpi A1, A2.

Attraverso il finanziamento DCA 314/2016 ex art. 20 terza fase - per cui si attende l'espletamento delle ultime fasi di approvazione regionale - vedrà la luce l'espletamento della gara di affidamento chiavi in mano delle opere inerenti la realizzazione del nuovo sito destinato all'apertura dei nuovi servizi erogabili attraverso la tecnologia PET-TC, per dotare la provincia di una adeguata rete oncologica in grado di rispondere in maniera efficace a tutti i bisogni di salute dei pazienti.

Civita Castellana

Gli obiettivi inerenti il presidio di Civita Castellana riguardano:

- Interventi di manutenzione straordinaria per la riqualificazione del presidio ospedaliero Andosilla con interventi presso il reparto di diagnostica per Immagini e le degenze di Medicina
- Prosecuzione dell'intervento per la realizzazione della nuova morgue, scale antincendio e completamento impianto rilevazione fumi. Con tale intervento verrà completata la messa a norma, sia dal punto 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

- Completati nel corso del 2019 i trasferimenti dei Servizi Distrettuali dai locali dell'Ex Hotel Sporting presso il polo ospedaliero di Tarquinia; con il trasferimento dei rimanenti Servizi (Spresal, Medicina Legale, etc...), entro i primi mesi del 2020, sarà anche possibile definitivamente contrarre le spese legate all'affitto dello stabile in dismissione e centralizzare presso il polo ospedaliero i servizi al cittadino;
- adeguamenti antincendio 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 rispetti 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.

- Lavori di realizzazione del nuovo Pronto Soccorso e del Nuovo Blocco Operatorio del P.O. di Tarquinia, fondi residui ex art. 20 II 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 II 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.

Verifica di vulnerabilità sismica

Risultano completate le verifiche di vulnerabilità sismica dei presidi Ospedalieri della ASL come anche dei presidi extra ospedalieri, su edifici di competenza ASL.

In particolare, il recente studio completato ha interessato 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;

A fronte di tale studio è stato possibile verificare lo stato di salute di dette strutture in relazione al rischio sismico e programmare gli interventi con la rispettiva quantificazione delle somme necessarie. Le relative richieste di finanziamento sono state presentate in Regione, con una ipotesi di avvio dei lavori presumibilmente a partire dal 2020, in funzione dell'erogazione degli stessi.

Contemporaneamente, a seguito di espressione favorevole Regionale, avranno inizio nel 2020 le gare per l'affidamento delle progettazioni esecutive e degli interventi di adeguamento e messa a norma secondo quanto riportato nell'elenco:

- 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 rispetti 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 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 Acquapendente

Nel corso del 2020 sono previsti presso il Presidio i lavori di compartimentazione delle strutture e degli impianti nonché le messa a norma ed adeguamento impiantistico - elettrico; (D.M. 37/08 e s.m.i. - D.M. 18/09/2002 e s.m.i.), finalizzati espressamente alla 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.

Case della Salute

In aggiunta alle già operative Case della Salute di Soriano nel Cimino e di Bagnoregio, gli interventi di riqualificazione interessano anche le nuove aperture delle Case della salute di Orte e di Ronciglione.

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 Reti 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

Nel corso del 2019, con completamento atteso nel 2020, hanno avuto inizio gli interventi per la realizzazione della nuova Casa della salute che riguarderanno:

- 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 comfort 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.

C.2 Sviluppo di sistemi di gestione di risorse umane in relazione alle loro reali attitudini, alla possibilità di crescita professionale quale valore aggiunto per l'Azienda

C.2.1. Le azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane: le politiche assunzionali

Il decreto legislativo n.75/2017 ha portato a compimento la terza fase del percorso di stabilizzazione del personale in condizione di precariato, iniziato con il D.P.C.M. del 6.03.2015 e seguito l'applicazione della Legge n. 208/2015 (Legge di stabilità 2016);

Il percorso di stabilizzazione ha di fatto seguito 3 fasi distinte:

Fase 1: applicazione D.P.C.M. del 6.03.2015, che ha consentito l'immissione in organico del personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato con un'anzianità di servizio di tre anni alla data del 31.10.2015, maturata nel quinquennio precedente.

Fase 2: applicazione Legge n. 208/2015, che ha permesso il coinvolgimento nel percorso di stabilizzazione anche del personale in servizio presso le amministrazioni pubbliche con rapporto di lavoro di collaborazione coordinata e continuativa, con un'anzianità di servizio di tre anni alla data della pubblicazione dei bandi concorsuali, permettendo la partecipazione ai concorsi, cosiddetti straordinari, finalizzati anche al reintegro degli organici per dare piena attuazione alla normativa come stabilito dal decreto legislativo n. 161/2014 (di recepimento del d. lgs. n. 66/2003);

Fase 3: applicazione decreto legislativo n. 75/2017, che pur estendendo il percorso di stabilizzazione a tutto il personale con rapporto di lavoro subordinato e di collaborazione, con tre anni di anzianità di servizio al 31.12.2017, maturati nel quinquennio precedente, ha previsto, all'art. 20, comma 1, un'agevolazione per l'immediata immissione in ruolo dei lavoratori con rapporto di lavoro a tempo determinato che: fossero in possesso dell'anzianità prevista, avessero superato una procedura di selezione e che fossero in servizio anche per un solo giorno dopo l'entrata in vigore della Legge n. 124/2015; nel decreto 75/2017 il restante personale, non in possesso dei suddetti requisiti, ha mantenuto comunque la facoltà di partecipare a concorsi pubblici riservati, finalizzati alla costituzione dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato.

L'ASL di Viterbo, sulla base del piano di fabbisogno del personale per il triennio 2018/2020, ha avviato e concluso il programma di stabilizzazione del proprio personale in condizione di precariato in possesso dei requisiti di cui al D.P.C.M. del 6.03.2015 e della Legge n. 208/2015 ed ha quasi completato

anche la terza fase del processo di stabilizzazione di cui al d. lgs. n. 75/2017; è stata portata a conclusione l'immissione in ruolo del personale in possesso dei requisiti all'art. 20, comma 1, del decreto (n. 14 procedure completate) ed è in corso la stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti di cui all'art. 20, comma 2, dello stesso decreto (n. 15 procedure completate).

È obiettivo strategico completare la stabilizzazione dei precari entro la fine dell'anno 2019, allo scopo di evitare un'ennesima proroga dei rapporti di lavoro e di collaborazione interessati.

In un'ottica di giusta programmazione finalizzata all'assistenza dei cittadini l'Azienda ha prodotto il Piano triennale di fabbisogno del personale 2019-2021, ora in attesa di approvazione regionale, che unitamente al Piano di fabbisogno 2018/2020 già approvato, permetterà di dare corso a più procedure di reclutamento finalizzate al reintegro degli organici sia delle figure professionali sanitarie che non sanitarie. Attualmente la ASL di Viterbo, in qualità di Azienda capofila, ha indetto e sta espletando n. 18 concorsi ordinari in forma aggregata con le Aziende sanitarie di Frosinone e Latina; a queste si aggiungono:

- n. 12 procedure di selezione, ai sensi del D.P.R. 484/1997, per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali con responsabilità di struttura complessa, già indette e in corso di espletamento;
- n. 39 procedure di mobilità volontaria nazionale per il reclutamento di personale di ogni ruolo e profilo proveniente da altre amministrazioni pubbliche;
- n.9 avvisi di mobilità nazionale che, avvalendosi della facoltà prevista dalla Legge n. 145/2018 (Legge di stabilità 2019), sono stati indetti ma non espletati, per indire a loro posto, in considerazione dei tempi più rapidi, dei concorsi pubblici.

In linea con la rimodulazione del Piano di fabbisogno per il triennio 2019/2021, l'Azienda procederà, d'intesa con le organizzazioni sindacali, ad individuare i profili professionali carenti per l'avvio delle procedure di selezioni verticali di cui all'art. 22, comma 15, del D. lgs. n. 75/2017 per la copertura dei posti, così come, sempre in intesa con le OO.SS., ha applicato quanto definito nel nuovo CCNL 2016/2018 del personale del comparto, provvedendo sia agli adeguamenti economici che alla definizione dei nuovi fondi contrattuali (art. 80 per le attività disagiate e per gli incarichi di funzione e art. 81 per la premialità e le fasce economiche). L'adempiere in maniera tempestiva all'applicazione del nuovo contratto è stata un'azione necessaria e propedeutica all'attuazione dei diversi istituti normativi disciplinati dal contratto nazionale.

l'Azienda ha altresì sottoscritto con le organizzazioni sindacali gli accordi integrativi per l'attribuzione al personale del comparto avente titolo di una fascia economica con decorrenza dal 1 gennaio 2019 e per il conferimento degli incarichi di funzione (ex posizioni organizzative di cui agli artt. 20 e seguenti del CCNL 1998/2001 e ex incarichi di coordinamento di cui all'art. 10 del CCNL del 20.09.2001 – biennio economico 200/2001); sono ancora in corso, a vari livelli, gli incontri con le organizzazioni sindacali per la definizione degli istituti demandati alla contrattazione integrativa.

Nello specifico invece per quanto riguarda le attività del Governo delle Professioni Sanitarie è bene sottolineare che nel 2018, in linea con quanto programmato nel piano strategico aziendale, il GoPS ha provveduto ad elaborare un documento aderente alle linee di indirizzo per la predisposizione dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche (Decreto 8 Maggio 2018), nel quale si adottavano come criteri per la definizione del fabbisogno del personale un parametro quantitativo collegato alle ore medie lavorate/anno da una unità di personale Full Time Equivalent (FTE) e una analisi qualitativa all'interno della quale veniva ricompresa l'analisi dei processi, delle funzioni, delle linee di attività, non ricollegabili esclusivamente al posto letto ma più realisticamente collegate alla complessità assistenziale e organizzativa che una data unità produttiva riveste all'interno del contesto aziendale.

Nel corso del 2019 l'adozione e il continuo aggiornamento dei cruscotti di monitoraggio del personale, l'assegnazione delle risorse in funzione della programmazione regionale collegata al FTE e la condivisione di una procedura di gestione della turnistica con matrice unica da parte dei coordinatori, ha permesso la gestione delle criticità collegate alle assegnazioni del personale delle Professioni Sanitarie; nel contempo, il GoPS ha ampliato l'analisi qualitativa, già avviata nel corso del 2018 con l'analisi dei piani di lavoro, per una maggiore comprensione delle situazioni dinamiche e non sempre rigidamente standardizzabili;

l'analisi è stata condotta attraverso una mappatura delle procedure/protocolli/percorsi ed un'analisi della complessità di ogni singola realtà operativa con il coinvolgimento di tutte le professioni Sanitarie afferenti al GoPS; in particolare per la professione infermieristica è stata adottata, in via sperimentale, nell'Area Medica, una scheda di monitoraggio della complessità assistenziale

Nell'ottica della continuità gestionale e al fine di ottimizzare il processo di gestione delle risorse correlate alla complessità delle prestazioni erogate, il Governo delle professioni Sanitarie per il 2020 si propone di ottimizzare l'impiego delle risorse tanto per gli aspetti quantitativi quanto per gli aspetti qualitativi. La Mappatura delle procedure condotta ha permesso di studiare i contesti operativi e riconoscere le buone prassi presenti in Azienda favorendo miglioramento continuo, l'ampliamento e la diffusione di quei percorsi/procedure/protocolli che si sono distinti per rilevanza organizzativa e operativa, nell'ambito delle singole realtà produttive. L'analisi della complessità svolta per singoli contesti e professioni, verrà ulteriormente approfondita dopo aver condiviso con gli operatori il nuovo modello di riorganizzazione del Governo delle Professioni Sanitarie collegato agli incarichi di funzione secondo le attuali norme contrattuali.

La revisione del modello organizzativo del GoPS prevede incarichi di funzione incardinati su principi da cui si declinano aree di competenza ben precise:

- Rispondenza dell'assetto organizzativo
- Sicurezza sui luoghi di lavoro
- Ottimizzazione dei processi organizzativi
- Sicurezza per il cittadino paziente
- Orientamento per il cittadino paziente
- Gestione delle strutture
- Integrazione socio sanitaria a garanzia dei piani di assistenza individuali
- Gestione delle risorse a garanzia dei livelli di attività
- Sviluppo delle competenze

Gli incarichi di funzione che si inseriscono all'interno di queste aree sono:

- organizzativi delle linee produttive
- organizzativi/gestionali
- professionali

Già nel 2020 il nuovo modello organizzativo del Governo delle Professioni Sanitarie verrà condiviso così come gli obiettivi legati alle aree e ai singoli incarichi di funzione, adottando nell'analisi un approccio sistematico per processi. In modo particolare verranno condotte sia azioni, finalizzate alla riduzione dei tempi di intervento nell'erogazione della qualità delle cure, anche attraverso una collaborazione attiva all'interno di gruppi di lavoro con le Direzioni Sanitarie e la parte tecnico amministrativa, che interventi volti all'evoluzione del sistema di Emergenza – Urgenza intra ed extra ospedaliero, a garanzia dei livelli di sicurezza ed efficientamento della rete.

La criticità maggiore sarà la contestualizzazione nella nuova organizzazione di quanto già realizzato in termini di processi e percorsi con l'assetto precedente mentre le azioni programmatiche del breve periodo, già illustrate precedentemente, si protrarranno per il triennio, con il coinvolgimento di tutti i soggetti interni incaricati delle nuove funzioni e progressivamente di tutto il personale afferente alle Professioni Sanitarie, utilizzando come strumento la Formazione.

C.3 Sviluppo di sistemi per la valutazione continua dell'efficiamento dei livelli di assistenza programmati e l'utilizzo delle risorse a garanzia della sostenibilità economica dell'Azienda

C.3.1. Agevolazione della conoscenza dei sistemi di programmazione e controllo, condivisione degli strumenti di rendicontazione e monitoraggio per la verifica e valutazione costante dei programmi condivisi

L'orientamento aziendale verso un'azione basata su strategie predefinite, necessarie per una efficace programmazione delle azioni sanitarie, ha determinato la necessità di potenziare i sistemi informativi a disposizione. L'Azienda ha scelto di introdurre un nuovo sistema amministrativo contabile, strumento necessario per la rendicontazione, per poter affrontare con maggiore consapevolezza le future scelte aziendali e supportare il perseguimento degli obiettivi attesi.

Le politiche aziendali, coerenti con i programmi operativi, i decreti regionali e le indicazioni istituzionali, vengono declinate in obiettivi annuali assegnati alle UU.OO. in base alle loro specificità. La Conferenza dei Servizi rappresenta un evento fondamentale di comunicazione per l'Azienda. A dicembre di ogni anno vengono infatti condivisi con i dipendenti e i cittadini i risultati raggiunti, nonché le azioni da verranno intraprese per il futuro.

Mensilmente vengono predisposti dei cruscotti per unità operativa utili sia per uso interno aziendale sia esterno, in quanto permettono di far conoscere i risultati infrannuali al cittadino ed agli operatori aziendali. Il Controllo di Gestione e la Farmacia Aziendale affiancano, durante tutto il corso dell'anno, i responsabili dei servizi nell'analisi dei risultati al fine di permetterne il loro miglioramento in termini di efficacia ed efficienza.

Vengono inoltre realizzati report sintetici destinati alla Direzione Strategica che forniscono tempestivi aggiornamenti sulla situazione aziendale in termini di risultati conseguiti. Tale strumento viene quindi utilizzato per verificare l'allineamento dell'azione delle Unità Operative agli obiettivi aziendali, permettendo di misurare gli effetti benefici dei cambiamenti pianificati.

I report forniscono indicatori di processo e di esito e sono il risultato dall'elaborazione delle banche dati aziendali e della loro integrazione con gli indicatori rilevati dal Piano Nazionale Esiti (PNE) nel Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari P.Re.VAL.E., dalle direttive o fonti normative tra le quali tutti i Decreti Commissario ad Acta (es. DCA n. 155/2019), lo strumento di informazione sullo stato di salute della popolazione residente nella Regione, Open Salute Lazio, i piani operativi 2020-2022 e i documenti sulla spending review.

I dati a disposizione non possono prescindere da un aggiornamento continuo del personale dei Sistemi Informativi e del Controllo di Gestione sulle disposizioni vigenti. Sono un esempio l'introduzione del sistema SIO XL (determinazione n. G03706 del 29/03/19), che prevede la registrazione di dati di ricovero con maggior dettaglio, le nuove linee di indirizzo nazionali relative all'organizzazione dell'emergenza urgenza definite nella conferenza Stato Regioni del 1° agosto 2019, che prevede, tra l'altro, nuovi codici di accesso in pronto soccorso e tempi massimi di attesa e la determinazione G08179 del 17/06/19 che approva una nuova versione aggiornata del Catalogo Unico Regionale (CUR) di specialistica ambulatoriale.

Rispetto ai risultati economici, il 2019 è stato caratterizzato, dall'applicazione di un nuovo piano dei centri di costo, coerente con l'organizzazione prevista nell'Atto Aziendale. Il documento, insieme con il piano dei fattori produttivi rappresentano la struttura su cui si base il modello di contabilità analitica della ASL di Viterbo. Permettono di alimentare uno specifico template prodotto dalla contabilità analitica con cadenza mensile. Fornisce informazioni sui costi e sui ricavi dell'Azienda con il massimo livello di dettaglio, indicando sia la tipologia e la quantità di risorse impiegate nel suo operato, sia il servizio utilizzatore.

Vengono inoltre monitorati mensilmente consumi di beni sanitari e non sanitari, confrontandoli con il dato dei precedenti anni e con gli ordini al fine di stimare il trend a fine anno ed il rispetto del budget assegnato.

I dati economici vengono annualmente rappresentati e diffusi sul sito aziendale per linea di attività e per presidio ospedaliero.

Le azioni di rendicontazione aziendale fanno parte di un progetto più ampio di unificazione dei sistemi amministrativo-contabili della Regione Lazio definito dal DCA 303 del 2019. Nell'ambito di tale progetto (denominato SIUC, Sistema Informativo Unico Contabile), sono previsti:

- l'armonizzazione dei conti mediante l'adozione del nuovo piano dei conti regionale per gli adempimenti connessi alla compilazione dei modelli di bilancio CE, SP, LA e CP,
- l'integrazione a livello regionale della contabilità analitica con gli altri sistemi di controllo di gestione e la revisione dei processi e delle anagrafiche.
- l'impiego della contabilità analitica nello sviluppo di una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione.

C.3.2. Riconoscere e condividere le buone prassi presenti in Azienda al fine del miglioramento continuo

L'evoluzione tecnologica, lo sviluppo delle specialità mediche, la crescita delle professioni sanitarie, la transizione epidemiologica in atto con la trasformazione dei bisogni dei cittadini accompagnata ad una limitazione delle risorse disponibile, determinano la necessità per le aziende sanitarie di governare la sanità anche attraverso l'introduzione di strumenti innovativi e diversificati. La ricerca della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate, attraverso l'applicazione di linee guida nazionali ed internazionali, validate dalla letteratura scientifica, diventa un valido supporto al governo dell'Azienda. E' in quest'ottica che si colloca l'istituzione del Board Scientifico aziendale, finalizzato alla ricerca, alla promozione ed alla condivisione delle soluzioni di miglioramento e di efficientamento dei processi, composto da professionisti autorevoli in materia di ricerca organizzativa e clinica. Il board è stato istituito con deliberazione del Direttore Generale n. 76 del 29/1/2019. E' finalizzato a:

- consentire la piena realizzazione delle linee di indirizzo nazionali e di quelle assegnate dalla Regione Lazio per garantire la governance;
- favorire l'integrazione e la cooperazione tra la ASL di Viterbo e le Università, anche attivando nuovi rapporti di collaborazione attraverso lo strumento della convenzione, al fine della promozione di progetti ed iniziative che favoriscono il trasferimento tempestivo dei risultati di ricerca nella pratica clinica;
- sostenere l'attività di studio, approfondimento e ricerca, e la pubblicazione di documenti e articoli scientifici per consentire lo sviluppo di competenze e favorire la crescita dei professionisti aziendali;
- promuovere la realizzazione di percorsi e soluzioni innovative in ogni ambito clinico ed organizzativo sanitario valorizzando le best practice presenti in Azienda.

C.3.3. Attuazione di azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di intervento nell'erogazione/qualità delle cure attraverso la collaborazione attiva della parte tecnico- amministrativa

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:

C.3.3.1 Azioni per la garanzia dell'equità all'accesso

L'Azienda ha 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 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.

E' 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.

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 04/11/2019 al 10/11/2019	dal 28/10/2019 al 03/11/2019	dal 21/10/2019 al 27/10/2019
VISITA CARDIOLOGICA	97,2 %	96,7 %	96,6 %
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA ENDOCRINOLOGICA	100,0 %	95,0 %	88,9 %
VISITA NEUROLOGICA	100,0 %	100,0 %	96,7 %
VISITA OCULISTICA	100,0 %	96,2 %	100,0 %
VISITA ORTOPEDICA	94,9 %	100,0 %	90,0 %
VISITA GINECOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA UROLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA DERMATOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA FISIATRICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA GASTROENTEROLOGICA	95,8 %	100,0 %	100,0 %
VISITA ONCOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
VISITA PNEUMOLOGICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
MAMMOGRAFIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE			100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	100,0 %	100,0 %	
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME COMPLETO	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	100,0 %	100,0 %	100,0 %

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

MONITORAGGIO TEMPI D'ATTESA (TDA)		Indice TDA (Tempi d'attesa): ● ROSSO < 50% ● GIALLO ≥50% <90% ● VERDE ≥ 90%		
ELENCO PRESTAZIONI		dal 04/11/2019 al 10/11/2019	dal 28/10/2019 al 03/11/2019	dal 21/10/2019 al 27/10/2019
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPESO VERTEBRALE	100,0 %			100,0 %
TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO				100,0 %
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
RMN COLONNA VERTEBRALE	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ECOGRAFIA CAPO E COLLO	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ECOCOLORDOPPLER CARDIACA	100,0 %	95,5 %	100,0 %	100,0 %
ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI	91,7 %	78,6 %	87,5 %	
ECOCOLORDOPPLER DEI VASI PERIFERICI	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ECOGRAFIA ADDOME	98,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ECOGRAFIA MAMMELLA	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
COLONSCOPIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ELETTROCARDIOGRAMMA	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
SPiROMETRIA			100,0 %	100,0 %
FONDO OCULARE	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
ELETTROMIOGRAFIA	100,0 %			100,0 %

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

C.3.3.2. 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 valorizzazione 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.

C.3.4. 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 n.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.

C.3.5. Il Manuale dei Controlli

La sfida per il 2020 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 2020 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.

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.).

C.3.6. Azioni per la rendicontabilità dell'attività economica e delle risorse

Nell'ultimo triennio 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.

Alla data del XVIII monitoraggio, teso a verificare lo Stato avanzamento dei PAC al 15/08/2019, per le procedure relative all'Area Immobilizzazioni, Magazzino, Crediti/Ricavi, Debiti/Costi, Disponibilità e Patrimonio Netto, l'Azienda ha conseguito il livello di implementazione classificato con la lettera a) «obiettivo pienamente raggiunto» , ottenuto a seguito delle attività di Audit centralizzate effettuate nel trimestre di riferimento. Nell'ambito di tale monitoraggio, si è analizzata, altresì la correttezza dello «stato» delle fatture passive iscritte in bilancio.

Inoltre, con DCA n. U00402 del 29/10/2018 la Regione, stante l'esigenza di addivenire ad un dimensionamento puntuale del fondo di dotazione a livello di consolidato in tempi rapidi, ha ritenuto riprogrammare le azioni di sostanza, focalizzando l'attenzione sulle componenti patrimoniali di credito e debito di natura operativa. Inoltre, con DCA U00521 del 28/12/2018 la Regione ha emanato precise indicazioni per il trattamento contabile da riservare alle poste di credito e di debito che, a seguito di valutazione, risultino inesigibili/inesistenti o di dubbia esigibilità/esistenza.

In attuazione di tale decreto si è provveduto, pertanto, ad effettuare la suddetta valutazione straordinaria e le partite che, a seguito di tale ricognizione, sono state giudicate dai competenti uffici liquidatori insussistenti nonché le partite debitorie giudicate di dubbia sussistenza o le partite creditorie valutate inesigibili sono state chiuse al 31 dicembre 2018 con contropartita il Fondo di dotazione per un valore pari ad euro 10.814.749,10.

Parimenti, in ossequio al DCA summenzionato, si è provveduto a rideterminare il valore del Fondo Rischi come meglio precisato sopra nella parte dedicata a tale materia e a ridefinire il valore del che il valore del Fondo Rischi per controlli esterni in contestazione alla data del 31 dicembre 2018, così come indicato nella tabella 2 della nota regionale summenzionata, per un valore pari ad euro 7,8 €/min che ha tenuto conto, tra le altre voci esaminate dagli organi regionali, anche delle informazioni fornite da questa Azienda circa il contenzioso in essere con le Strutture Accreditate, degli eventuali accordi intercorsi con le stesse volti ad una rateizzazione del valore dei recuperi contestati e del grado di onorabilità delle stesse.

Al termine di tali operazioni risulta apprezzabile un miglioramento della voce relativa al Fondo di dotazione pari a circa il 10%.

L'Azienda ha proseguito nel corso del 2019 l'implementazione delle attività iniziate con il DCA U00521/2018 a seguito dell'adozione del DCA U00297 del 23/07/2019, riprogrammando le scadenze delle azioni di sostanza sottostanti gli obiettivi previsti dai PAC aziendali nel biennio 2019/2020 con l'obiettivo di - continuare l'attività sulle partite debitorie e creditorie secondo la metodologia indicata dal DCA 521/18, ricomprendendo tutti i conti di credito e debito anche non dettagliati nel partitario aziendale;

- effettuare una revisione dei fondi rischi aziendali, con l'adozione di una reportistica uniforme per l'analisi della loro composizione;
- allineare il libro cespiti con il bilancio di verifica supportato dalla verifica fisica degli stessi nonché valutare la congruità/correttezza dei contributi iscritti a Patrimonio netto;

- portare a compimento le azioni sulle altre aree previste dal DCA 402/18, secondo le tempistiche definite.

Nell'ottica di adesione di quanto prescritto dai DCA citati e dalle normative di settore e al fine di conseguire un doveroso recupero di efficienza e l'ottimizzazione dei processi, l'Azienda ha ultimato la ricognizione fisica dei beni mobili, rispetto alla quale è in atto la riconciliazione contabile.

Con deliberazione n. 18/D.G. del 16/01/2019, l'Azienda ha concluso l'iter di Valutazione comparativa (ex art. 68 del CAD) per la selezione del software del sistema amministrativo-contabile dell'ASL di Viterbo, condotta nell'ambito dell'adesione al Contratto Quadro Consip SGI, individuando la soluzione in riuso a titolo gratuito della Regione Sardegna denominata "SISAR AMC". A partire dal 9 gennaio 2020, sarà, dunque, a regime il nuovo Sistema Amministrativo Contabile che determinerà l'allineamento con le *best practices* delle migliori aziende del perimetro regionale, omologando il sistema dei controlli amministrativo contabili a quelli già in uso nella clinical governance.

L'Azienda proseguirà, inoltre, 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.

L'implementazione delle azioni di controllo hanno contribuito al raggiungimento dell'obiettivo strategico del conseguimento del pareggio di Bilancio nel periodo in esame

C.4 Sviluppo di sistemi per la costruzione dell'offerta attiva tra professionisti e tra professionisti e pazienti: la telemedicina

La telemedicina rappresenta l'evoluzione digitale della medicina tradizionale, non la sostituisce ma la affianca e la integra con nuovi canali di comunicazione con l'obiettivo di migliorare gli outcomes di salute e aiutare i cittadini ad accedere e partecipare alle cure. La telemedicina ci ha offerto nuove soluzioni e prospettive volte ad arginare la costante richiesta di assistenza sanitaria da parte della popolazione che vuole una sanità più dinamica e più vicina, consentendoci di:

- fornire gli strumenti per facilitare la comunicazione e l'interazione tra il medico e il paziente e tra i medici stessi, (sistema smart digital clinic e centrali operative della cronicità);
- abbattere le barriere geografiche e temporali, sopperendo alla non omogenea distribuzione dell'offerta sanitaria sul territorio (telemed ...);
- raggiungere un maggior numero di persone (soprattutto quelle che vivono in zone remote o con carenze strutturali);
- semplificare la trasmissione online di esami diagnostici (teleradiologia e DNlab) e permetterne la visualizzazione online degli esami senza perdita di qualità delle immagini;
- limitare gli errori di inappropriata prescrizione e di accesso alle strutture sanitarie (automonitoraggio tramite app e teleconsulto)

La telemedicina rappresenta una grossa opportunità a sostegno della riorganizzazione attraverso la definizione di reti di prossimità, reti tempodipendenti e reti interaziendali. Nel primo caso basti pensare alla possibilità di gestire la cronicità/comorbidità in maniera proattiva; rappresenta la possibilità di arginare alcuni fenomeni che pesano in maniera preponderante sul sistema salute quali l'inappropriatezza prescrittiva, gli accessi ed i ricoveri impropri alla struttura ospedaliera e che incidono fortemente sulla qualità di vita del paziente. I sistemi di automonitoraggio inoltre implicano azioni attive da parte dell'utente e dei suoi famigliari, coinvolgendoli nel percorso e incitandoli all'autocura. La possibilità per i professionisti di comunicare attraverso piattaforme condivise che consentono in tempo reale il passaggio di informazioni sullo stato clinico del paziente consente di evitare il sovrapporsi di interventi e la duplicazione di prestazioni. Nel secondo caso la possibilità di teleconsulti e teleconsulenze, la trasmissione delle immagini, consente di avvicinare ai cittadini il polo ad elevata competenza senza in prima battuta la necessità di spostarsi fisicamente e riducendo i tempi di intervento. Questo primo approccio consentirà un indirizzo appropriato definito in equipe del miglior percorso diagnostico terapeutico utile al paziente che consente di limitare gli spostamenti dello stesso da un punto all'altro della rete.

C.5 Valutazione degli investimenti per il miglioramento delle cure e la competitività e l'efficiamento dell'Azienda

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 espletato 5 gare relative ai dispositivi medici nonché alla nutrizione enterale e parenterale (1 edizione e 2 edizione) fornitura Ossigeno e Gas medicali e manutenzione impianti; ha aggiudicato la gara regionale per AO Sant'Andrea, Asl Viterbo, AO San Camillo Forlanini, AO San Giovanni Addolorata, ARES 118 e Asl Roma 1 di concessione attiva dei distributori automatici di bevande e alimenti
 - 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 è in fase di completamento il processo di riconciliazione tra inventario fisico e contabile con il Bilancio di tutti i beni mobili/cepiti 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;
 - Verifica dell'impatto economico delle singole procedure con redazione della scheda appalto

- 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. Nel 2019 l'attività amministrativa si mantiene costante con circa 800 tra atti deliberativi e determine dirigenziali per 159 procedure per complessivi 76,3 milioni di euro, oltre 2500 ordini per €23 milioni e 3700 fatture.

Per il 2020 sono state programmate 90 procedure sopra i 50 mila euro e per il 2021 oltre 45 procedure oltre i 50 mila euro

L'attività di programmazione degli investimenti è infatti conseguente agli atti di indirizzo strategico quali l'Atto Aziendale e il Piano Strategico.

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 2020 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 sono state completate tutte le gare aggregate dell'AREA 1 dei dispositivi e quelle regionali dei servizi e le gare cosiddette «ponte» 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, che oltre a consentire un completo passaggio alla nuova piattaforma regionale, ha implementato l'elenco fornitori e inserisce su un'unica piattaforma informatizzata sia il monitoraggio ANAC sia la trasparenza e l'anticorruzione.

Dal 2020, tenuto conto della assoluta residualità di procedure, ci si propone di implementare su tale piattaforma un sistema unico che organizzi in un unico flusso documentale i procedimenti, i contratti, le scadenze, gli eventi contrattuali rilevanti come i controlli, le penali creando quindi una vera e propria dashboard riepilogativa proattiva con ricerche e filtri che consentono di verificare in tempo reale l'andamento dei contratti

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 programmi di screening legati alla prevenzione e diagnosi precoce delle patologie oncologiche.

Nel 2020 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 Merque	200.000,00	928.880,04	-	1.128.880,04
Lavori di completamento Corpo A3 Ospedale di Belcolle (ecomie 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 ai fini del prevenzione incendi	50.000,00	250.000,00	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 IMPERMEALIZZAZIONE TERRAZZE E SISTEMAZIONE VIABILITA DI ACCESSO PRONTO SOCCORSO P.O. BELCOLLE(1° stralcio)	183.000,00	-	-	183.000,00
LAVORI DI ADEGUAMENTO LOCALI PRONTO SOCCORSO P.O. BELCOLLE (2° stralcio)	-	436.554,53	-	436.554,53
Lavori di rifacimento impianto auralico Palazzina infettivi P.O. Belcolle	125.000,00	125.000,00	-	250.000,00
SOSTITUZIONE N° 1 ASCENSORE AL PUBBLICO e n. 3 MONTELETTIGHE P.O. BELCOLLE - SOSTITUZIONE DI N. 1 ASCENSORE AL PUBBLICO PO CIVITACASTELLANA	130.000,00	130.000,00	-	260.000,00
LAVORI DI Rifacimento totale impermealizzazione COPERTURA hall e realizzazione pensilina nuovo ingresso PO Belcolle	50.000,00	-	-	50.000,00
Lavori di adeguamento impianto di depurazione PO Belcolle	45.000,00	-	-	45.000,00
Lavori di adeguamento locali UTN PO di belcolle	135.000,00	135.000,00	-	270.000,00
Lavori 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	9.647.400,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO CIVITA CASTELLANA	500.000,00	2.321.056,00	2.821.056,00	5.642.112,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO MONTEFIASCONE	500.000,00	2.032.465,50	2.532.465,50	5.064.931,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO RONCIGLIONE	500.000,00	3.705.838,00	4.205.838,00	8.411.676,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO TARQUINIA	1.000.000,00	21.174.250,00	22.174.250,00	23.174.250,00
ADEGUAMENTO STRUTTURALE IN SEGUITO A VERIFICHE DI VULNERABILITA' SISMICA PO BELCOLLE	1.000.000,00	2.453.324,00	3.453.324,00	6.906.648,00
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 Grande 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				

C.6 Sviluppo di sistemi atti al miglioramento del benessere organizzativo

All'inizio degli anni 2000 il benessere organizzativo era inteso in due accezioni principali:

1. stato soggettivo di coloro che lavorano in uno specifico contesto organizzativo;
2. insieme dei fattori che determinano o contribuiscono a determinare il benessere di chi lavora.

Questa considerazione è stata l'input di una evoluzione che ha portato a riconoscere che il benessere organizzativo si riferisce alla capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori.

In questo ultimo periodo abbiamo assistito sempre più al consolidarsi di un nuovo paradigma concettuale e operativo basato sulla promozione della salute organizzativa, che non implica solo l'analisi dei sistemi gestionali e la valutazione dei rischi psicosociali e del clima organizzativo, significa infatti puntare sull'analisi, la gestione e la realizzazione di buone pratiche aziendali che abbiano lo scopo di migliorare i servizi e le condizioni lavorative degli operatori e di conseguenza le loro performance. La promozione della salute organizzativa può raggiungere il suo scopo partendo dal coinvolgimento di tutto il personale aziendale e da attività di individuazione, studio, analisi e modificazione dei processi e delle strategie di lavoro che permettano di realizzare servizi ed erogare prestazioni, ridurre i fattori di rischio sul posto di lavoro e le criticità che possono tradursi in sintomi di malessere.

Il benessere organizzativo è dunque considerato un processo dinamico al quale concorrono un certo numero di dimensioni da valutarsi in base alle percezioni che ne hanno i lavoratori coinvolti e da promuovere con la piena partecipazione di questi e del management. Il riferimento è alla ricerca intervento e/o ricerca intervento partecipata. Una metodologia di ricerca che non ha solo scopi conoscitivi ma invece il presupposto di introdurre dei cambiamenti con il contributo degli attori aziendali.

A questo scopo la ASL di Viterbo intende nel prossimo triennio porre in essere le seguenti fasi di processo:

Predisposizione strumenti di rilevazione

La ASL di Viterbo già nel 2015 ha effettuato una rilevazione del benessere organizzativo tramite la somministrazione del questionario ANAC, nel 2020 intende riprendere questo strumento aggiornandolo con una sezione sulla conciliazione vita lavorativa-vita familiare.

- Raccolta dati:

L'Azienda per la raccolta dati nel 2020 utilizzerà il metodo CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) grazie alla piattaforma E-learning aziendale acquisita nel 2019.

- Elaborazione dati:

i dati elaborati verranno confrontati con quelli del 2015 per effettuare ipotesi di soluzione ai trend negativi.

- Restituzione dati:

L'Azienda organizzerà una giornata di presentazione dei dati e coinvolgimento degli attori protagonisti.

- Definizione piano di miglioramento:

Sempre nel 2020 con il coinvolgimento dei ruoli dirigenziali e dei titolari delle funzioni organizzative, l'Azienda procederà alla mappatura/valutazione delle competenze per avviare percorsi di sviluppo e valorizzare le potenzialità delle risorse umane. In questo modo si porteranno avanti due percorsi paralleli ma integrati:

- 1) il percorso di definizione del piano di miglioramento nel rispetto dei dati rilevati ed elaborati
- 2) la revisione del sistema di valutazione della performance sia di risultato che comportamentale.

Al termine di questa fase, prodotti tanto il piano di miglioramento quanto il sistema di valutazione , nel 2021 si procederà ai:

- Monitoraggio e verifica del piano di miglioramento che dovrebbe produrre effetti positivi anche sulla valutazione della performance degli anni successivi.

C.7 Sviluppo di sistemi di analisi dei processi applicati

C7.1 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 di 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.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1494 del 29/8/2017 è stato approvato 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.

È 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.

D **Costruzione di un patto tra professionisti a garanzia del raggiungimento degli impegni e degli accordi di programma**

Il capitale umano è la più grande risorsa di cui dispone l'Azienda. In tale ottica è stata disegnata la mappa delle responsabilità, diversa da un semplice organigramma. Si tratta di un vero e proprio sistema di responsabilizzazione dei professionisti attraverso l'assegnazione di incarichi e di obiettivi ad essi correlati, secondo una logica prevalentemente orizzontale in linea con un'expertise clinica ben definita e condivisa all'interno dell'Azienda. Un patto, appunto, che lega i professionisti e l'Azienda finalizzato al raggiungimento degli impegni sottoscritti che si traducono in benessere e salute della popolazione.

La mappa, proprio per la sua capacità di essere trasversale ai Dipartimenti, è in grado di coinvolgere i partners giusti e di creare sinergie tra professionisti e tra questi ed i cittadini, in un'ottica di forte complementarità dei processi definiti per strutture reticolari e non gerarchiche.

L'ambizione è quella di superare la logica di frammentazione, le inefficienze e, soprattutto, la sovrapposizione di ruoli e attività, avendo individuato con esattezza i compiti di ciascun attore del processo.

D.1 Sviluppo del “know - how” aziendale attraverso la costruzione e il governo di reti professionali e implementazione operativa dell’approccio clinico - assistenziale multidisciplinare

D.1.1 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 programmatoria 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 delle 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 la pluralità dei servizi.

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 continuativamente 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.

Il sistema a rete si interfaccia con il sistema dello sviluppo professionale della dirigenza medica, sanitaria e professionale poiché le reti 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.

D.2 Coerenza del sistema di valutazione del merito per una forte valorizzazione delle competenze e delle professionalità di cui l'Azienda dispone

Il I Piano Triennale delle Performance è lo strumento attraverso il quale 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.

La valutazione del merito è uno degli obiettivi principali del ciclo della performance: attraverso il riconoscimento del valore pubblico creato dalle unità operative e dai singoli nei processi produttivi di salute si intende valorizzare quelle professionalità e competenze che più di altre permettono di innalzare il livello dei servizi resi nel medio e lungo periodo in un'ottica di miglioramento continuo delle performance aziendali.

Uno degli strumenti di valorizzazione delle professionalità è rappresentato dal Regolamento del Sistema Premiante. Approvato con deliberazione del Direttore generale n. 919/2017 e successive modificazioni ed integrazioni, mette in relazione la performance organizzativa con quella individuale, anche ai fine dell'accesso al sistema delle premialità.

Il piano delle performance deve essere visto in una prospettiva non autoreferenziale ma di *benchmarking*. È dal confronto con realtà analoghe che l'azienda può trovare la strumentazione per migliorare costantemente la propria azione e portarla ad un livello superiore. Attualmente parte sostanziale del monitoraggio della ASL di Viterbo proviene dai dati Pre.Val.E. e dalle linee guida regionali.

Gli strumenti utilizzati nell'attuazione di questo confronto fanno parte soprattutto delle nuove tecnologie dell'informatizzazione e della comunicazione come indicatori, cruscotti, e open data. I dati provenienti da questi sistemi di analisi vengono periodicamente aggiornati al fine di consentire il raggiungimento almeno dell'80 % degli obiettivi contenuti nel piano delle attività. La ASL di Viterbo ha numerose finalità che tendono al miglioramento delle performance; in particolare le azioni sono indirizzate a raggiungere livelli di appropriatezza nel ricorso ai ricoveri, potenziare il ricorso alla *day surgery* e ridurre la mobilità passiva relativa ai DRG con maggiore indice di fuga e per attività di alta specializzazione. Numerosi dipartimenti sono coinvolti nell'aumento della complessità della casistica della struttura ospedaliera per acuti sempre in una prospettiva di miglioramento delle performance. Ulteriore elemento che è emerso nell'ambito di una politica di ottimizzazione delle performance è la valutazione del numero di dimissioni volontarie, il cui ricorso da parte dell'assistito rappresenta una valutazione negativa del servizio. L'obiettivo che la ASL si è posta è di ridurre in maniera sensibile questo dato. L'indice di performance di degenza media consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un minor numero di giorni di ricovero si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. È per questo motivo che l'azienda ritiene opportuno chiedere alle strutture operative di porre in essere le azioni utili alla riduzione dei giorni di ricovero.

PARTE C
APPLICAZIONE DELLE STRATEGIE AZIENDALI NEI DIVERSI
DIPARTIMENTI

Questa sezione è articolata in schede tecniche dipartimentali che rappresentano l'assunzione degli impegni da parte dei Responsabili Aziendali nei confronti della cittadinanza e degli stakeholder in termini di obiettivi e tempi per il loro raggiungimento. Le singole schede dipartimentali sono state condivise con i Direttori dei Dipartimenti, con i quali sono state individuate le priorità del prossimo triennio, alla luce delle dimensioni rilevate in termini di domanda e di offerta di servizi assistenziali, suggellando un patto per il raggiungimento dei target definiti.

Rappresentano l'orizzonte dell'azione, la mappa direzionale che supporta i singoli professionisti a comprendere la narrazione dei bisogni e ad orientare le scelte, in una logica di valorizzazione delle convergenze intra aziendali.

DIPARTIMENTO DEA

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE E TERAPIA DEL DOLORE – DEA

Finalità

Il Dipartimento d'Emergenza e Accettazione e Terapia del dolore (DEA) è costituito da unità operative tra loro interdipendenti che perseguono la comune finalità, ossia quella di fornire una risposta adeguata alla gestione sanitaria dell'emergenza – urgenza. È un dipartimento a forte integrazione con tutte le altre strutture aziendali, rappresentando la via d'accesso principale al contesto ospedaliero.

Si pone come impegno quello di identificare linee di attività condivise e convergenti, che garantiscano la sicurezza delle cure e la presa in carico nelle reti tempo dipendenti e non solo, anche attraverso meccanismi di innovazione organizzativa.

Fondamentale il raccordo con la rete territoriale essendo questa rete che funge da polo di regolazione all'accesso dell'assistito in ospedale ed è indispensabile per garantire la continuità assistenziale al momento dell'uscita dai percorsi ospedalieri.

Le unità del dipartimento sono chiamate al miglioramento quali-quantitativo, all'attuazione di processi di lavoro trasversali e sinergici e all'attivazione di percorsi formativi atti a garantire gli standard di sicurezza a garanzia del mantenimento/accrescimento dell'expertise dei professionisti.

Razionale

Potenziare le capacità di presa in carico dei bisogni di salute inattesi facilitando l'accesso ai percorsi e migliorando ed implementando le reti tempo dipendenti e non, anche grazie ai processi di innovazione tecnologica e ad azioni di coordinamento della filiera assistenziale.

Il modello di riferimento rimane quello hub e spoke, anche in caso di reti non tempo dipendenti, dove l'hub esprime le potenzialità per gestire la casistica più complessa ma è fondamentale che questo si interfacci con le reti di prossimità (territoriali ed ospedaliere) per evitare il più possibile i disagi alla popolazione, l'inappropriatezza degli interventi anche a garanzia della sicurezza delle cure.

Il sovraffollamento nei Pronto Soccorso è un fenomeno ormai diffuso che genera un allungamento dei tempi di attesa con conseguenze su quella che è la qualità percepita degli utenti in senso negativo. Inoltre le modalità di triage attuali non tengono conto delle condizioni di fragilità di alcune categorie.

In questa ottica è possibile:

- migliorare ulteriormente gli standard raggiunti dalle reti tempo dipendenti risolvendo alcune criticità organizzative rappresentate in modo particolare dai trasporti primari e secondari e potenziando la tempestività dei processi di diagnosi e delle comunicazioni, nonché ottimizzando l'utilizzo della telemedicina a sostegno delle attività
 - potenziare le azioni strategiche volte al contenimento del sovraffollamento e del rispetto dei tempi d'attesa nei PS e innovare ulteriormente l'offerta puntando a modelli basati sulle competenze avanzate dei professionisti
 - attuare misure di intervento fortemente integrate con l'assistenza territoriale, in particolare con il servizio sociale e la rete di presa in carico delle cronicità, che sviluppi connessioni e modalità di relazione a "ponte" in un'ottica di continuità delle cure al fine di limitare gli accessi ed i ricoveri impropri
 - identificare percorsi facilitanti per i passaggi tra i diversi setting assistenziali in un'ottica di intensità di cura
 - attuare percorsi di formazione su campo per accrescere/mantenere le competenze e le capacità tecniche e garantire gli standard assistenziali di sicurezza vista la differente casistica tra l'hub e gli spoke sia come complessità che come volumi
- Per ottenere questi risultati è necessario un profondo mutamento culturale dei professionisti e dei cittadini che devono essere partecipi ai cambiamenti volti alla sostenibilità del sistema salute.

A. EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO E AZIONI DI PREVENZIONE A GARANZIA DEL MANTENIMENTO DELLO STATO DI SALUTE

Obiettivi

Efficientare la rete dell'emergenza urgenza, consolidare e qualificare l'offerta assistenziale attraverso:

1. la definizione condivisa dei processi e dei flussi di informazione a garanzia della sicurezza degli interventi
2. il monitoraggio e la revisione delle reti tempo dipendenti
3. il monitoraggio e la revisione delle reti di emergenza-urgenza
4. la definizione di percorsi clinico assistenziali in emergenza urgenza (P.C.A.E.) per i quadri sindromici più frequenti e per percorsi facilitanti a tutela delle fragilità
5. la messa in atto di azioni di raccordo con continuità assistenziale, reti di specialistica ambulatoriale e PIC/P.D.T.A.
6. ottimizzazione dei tempi di gestione dei pazienti nei diversi contatti di cura

Indicatori	Risultato atteso	Tempi
<p>1 (Ob.1)</p> <p>Revisione del Piano Aziendale - PEUA Emergenza Urgenza</p>	<p>→ Approvazione e attuazione del Piano Emergenza Urgenza Aziendale</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>DM 12 marzo 2019</p> <p>Tasso di ospedalizzazione standardizzato che esprime la domanda di assistenza ospedaliera</p> <p>Rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatazza e DRG non a rischio</p> <p>Stato attuale</p> <p>Accessi in PS 93.773 (Belcolle 45.870, Tarquinia 1.813, Civita Castellana 1.716, Acquapendente 6.068, PAT Montefiascone 4.446, PAT Ronciglione 4.072)</p> <p>Di cui</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13.820 ricoverati (Belcolle 9.457, Tarquinia 17.842, Civita Castellana 15.475, Acquapendente 834) - 2.286 trasferiti (Belcolle 1196, Tarquinia 236, Civita Castellana 299, Acquapendente 129, PAT Montefiascone 251, PAT Ronciglione 175) - 3.266 rossi, 23.786 gialli, 56.000 verdi, 2045 bianchi (dal conteggio esclusi PAT) - PAT 2 accessi codice giallo e rosso e 12 verdi <p>Prestazioni ambufest: Adulti 3383 nei primi 9 mesi 2018, Pediatrico 3365 nei primi 9 mesi del 2019</p> <p>Dati Prevale</p> <p>% accessi in P.S. Belcolle con tempi di permanenza < 12h: 88,64% (dato PREVALE 2018); % pz con tempi di permanenza in PS compresi tra le 12 e le 48 h a Belcolle: 10,98%</p> <p>Dati www.opensalutelazio.it</p> <p>Reti tempo dipendenti (casistica): IMA 893, ICTUS 568</p> <p>Causa ricovero</p> <ul style="list-style-type: none"> altre cause 23,7 sistema cardio circolatorio 17,1 apparato digerente 11,3 apparato respiratorio 9,6 tumori 8,8 apparato genito urinario 7,7 <p>Cause di morte più frequenti: apparato cardiocircolatorio 34,7, tumori 24,3, malattie respiratorie 9</p> <p>Per il controllo del percorso: Direzione DEA Convergenza DPT cure primarie</p>	<p>Entro giugno 2020</p>
<p>2 (Ob.1)</p> <p>Monitoraggio/implementazione dei processi di telemedicina</p>	<p>→ Almeno il 90% dei tracciati elettrocardiografici inviati tramite il supporto Telemed verso l'Hub, da utilizzare anche in caso di dolore non tipico</p> <p>→ Verifica con ARES dello stato delle attività e delle azioni utili al raggiungimento dell'obiettivo da DCA 303/19 sistema Telemed su tutte le ambulanze, invio ECG anche in caso di dolore non tipico</p>	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro giugno 2020</p>

		<p>Per il controllo del percorso: Direttore DEA e IAS. "Ottimizzazione dei percorsi in urgenza integrati con il PS". Convergenze: UOSD Servizio cardiologico territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> → Report trimestrale delle attività di telemedicina per il controllo remoto di device impiantabili <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso <i>Telemedicina applicata al controllo remoto di pacemaker, loop recorder e defibrillatori</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Istituire una teleconsulenza con la cardiocirurgia con HUB di riferimento (vedi punto 3) → Proposta progettuale e piano di fattibilità → Protocollo con Hub di riferimento → Report trimestrale delle attività 	<p>Triennale</p> <p>Entro settembre 2020</p>
3 (Ob.2)	<p>Istituzione dell'Heart team</p>	<p>Per il controllo del percorso: Responsabile UOSD UTIC</p> <ul style="list-style-type: none"> → Revisione del documento (del. 660/2018) → Presentazione report trimestrali di monitoraggio: <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stemi: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti (struttura di ricovero) 260% - Proporzione dei ricoveri per IMA per destinazione appropriata 290% - Volume di infarto miocardico acuto nelle strutture con emodinamica ≥300 casi - Volume totale di interventi PTCA nelle strutture con emodinamica ≥400 casi <p>Obiettivi Prevalenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mortalità a 30 gg s 6 (accettabile 6 - 8) Media regionale 9,29% - % pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 gg 2 60 (accettabile 45 - 60) Media regionale 55,91% <p>Stato attuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - STEMI: mortalità a 30 gg: Belcolle 9,62%, Civita Castellana: 4,76%, Tarquinia: 18,75 - Proporzione di trattati con PTCA entro 2 gg: Belcolle: 32,73% - Volume di infarto miocardico acuto nelle strutture con emodinamica ≥300 casi: P.O. Belcolle n. 418 	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Triennale</p>
4 (Ob.2)	<p>Monitoraggio della rete IMA/STEMI secondo DCA 257/17 e revisione del Protocollo provinciale infarto del miocardio e percorsi cardiologici (del. 660/2018)</p>	<p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Ottimizzazione dei processi per il trattamento dell'IMA" e "Ottimizzazione dei percorsi in urgenza integrati con il PS"</p> <ul style="list-style-type: none"> → Presentazione report trimestrali di monitoraggio: <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasporti primari per ICTUS verso nodi della rete oltre il 60% - Trasferimenti secondari per ictus da TMV/PS e verso UTM I/II e da UTM I a UTM II il 100% - Quota trasferimenti secondari per ictus all'interno della macroarea 100% - Terapie in urgenza 100% dei casi eleggibili <p>Obiettivi PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Time "door to niddle" > 60 min in meno del 50% dei pazienti trattati. - Esecuzione TC cranio o RMN encefalo in >80% pazienti con sospetto ictus ischemico acuto. <p>Obiettivi Prevalenti e DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mortalità a 30 gg ottimale s B, accettabile 8 - 10, media regionale 11,5% <p>Stato attuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mortalità a 30 gg: Belcolle 13,74%, Tarquinia 16,28%, Civita Castellana 32,35%, Acquapendente 15,38% <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso <i>Responsabili UOCCOCC FS collaborazione con "Coordinamento e gestione del paziente affetto da ictus acuto e implementazione del PDTA aziendale per ictus ischemico" (DPT Neuro scienze)</i></p> <p>Convergenza con il DPT Oncematologico di diagnosi e cura (UOCCOCC Diagnostica per immagini)</p>	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Triennale</p>
5 (Ob.2)	<p>Monitoraggio della Rete ictus secondo DCA 257/17 e PDTA Stroke (del. 1787/2019)</p>	<p>Per il controllo del percorso: Direttore DEA e IAS. "Ottimizzazione dei percorsi in urgenza integrati con il PS". Convergenze: UOSD Servizio cardiologico territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> → Report trimestrale delle attività di telemedicina per il controllo remoto di device impiantabili <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso <i>Telemedicina applicata al controllo remoto di pacemaker, loop recorder e defibrillatori</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Istituire una teleconsulenza con la cardiocirurgia con HUB di riferimento (vedi punto 3) → Proposta progettuale e piano di fattibilità → Protocollo con Hub di riferimento → Report trimestrale delle attività 	<p>Triennale</p> <p>Entro settembre 2020</p>

6 (Ob.2)	<p>Monitoraggio rete trauma maggiore secondo DCA 257/17 e procedura trauma maggiore (del. 1899/2017)</p>	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio Obiettivi DCA Trasporti primari per trauma grave in PST/CTZ/CTS 100% Trasferimenti in continuità di soccorso all'interno di bacini territoriali definiti al 100% Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Gestione e Coordinamento dei percorsi in emergenza e urgenza" e "Gestione del paziente con trauma cranico" "Ottimizzazione dei percorsi di traumatologia nella rete dell'emergenza..."</p>	Triennale
7 (Ob.3)	<p>Individuazione del modello organizzativo del trauma team e dei percorsi correlati</p>	<p>→ Istituzione del trauma team (gruppo di lavoro) e definizione delle modalità organizzative e dimensionamento delle attività → Revisione del documento Trauma maggiore → Definizione dei percorsi clinico assistenziali in emergenza urgenza → Presentazione report trimestrali di attività Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Gestione e Coordinamento dei percorsi in emergenza e urgenza" e "Gestione del paziente con trauma cranico" "Ottimizzazione dei percorsi di traumatologia nella rete dell'emergenza..." e UOC anestesiblogia Convergenze: DPT neuroscienze e organi di senso (IAS "Coordinamento della traumatologia in ambito di urgenze NCH"), DPT Oncomatologico di diagnosi e cura ("UOS Rx d'urgenza" e UOSD radiologia vascolare ed interventistica)</p>	<p>Entro marzo 2020 Entro settembre 2020 Entro settembre 2020 Triennale</p>
8 (Ob.3)	<p>Revisione della rete chirurgica aziendale e monitoraggio delle attività secondo DCA 303/2019 e il DM 70/2014</p>	<p>→ Revisione documento "Percorso per l'attivazione della rete chirurgica" (del.239/2016) tenendo conto delle successive deliberazioni (UPAC e percorsi di Preospedalizzazione del ne. 1000/2016 e Regolamento blocco operatore del ne. 120/2019) secondo il criterio delle reti di prossimità in rispetto alla sicurezza delle cure ed agli standard nazionali → Definizione dei percorsi clinico assistenziali interni alla rete (vedi progetto ERAS) → Presentazione report trimestrali di monitoraggio con incremento attività chirurgica 10% Stato attuale Totale interventi chirurgici anno 2018 n. 9356 Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Gestione e Coordinamento dei percorsi in emergenza e urgenza" "Coordinamento attività operatoria e percorsi di preospedalizzazione di Civita Castellana e Tarquinia" CONVERGENZE: DPT Medico chirurgico e dei percorsi integrati (UOOC chirurgiche) e DPT Oncomatologico di diagnosi e cura (UOC chirurgia generale oncologica)</p>	<p>Entro giugno 2020 Entro settembre 2020 Triennale</p>
9 (Ob.3)	<p>Definizione della rete ortopedica aziendale e monitoraggio delle attività secondo DM 70/2014</p>	<p>→ Definizione della rete ortopedica aziendale integrata H/territorio → Definizione dei percorsi clinico assistenziali interni alla rete, in particolare la chirurgia del bacino → Presentazione report trimestrali di monitoraggio Obiettivi da DM intervento chirurgico per frattura di femore: > 75 interventi annui per Struttura complessa Proporzioni di interventi chirurgici frattura di femore entro 48h su persone con fratture del femore di età >= 65 anni minimo 60%. Obiettivi Prevalenti % pz over 65 aa. operati per frattura femore entro le 48 ore: ottimale 2-70, accettabile 60-70, media regionale: 57,64% Frattura tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico ottimale <2, accettabile 2-4, media regionale: 5% Stato attuale:</p>	<p>Entro giugno 2020 Entro settembre 2020 Triennale</p>

10 (Ob.4)	Definizione dei Percorsi clinico assistenziali in emergenza come da Manuale regionale Triage modello Lazio, 2019	<p>Frattura collo femore <48 h over 65 aa: Belcolle 69,70%; Civita Castellana 61,90%; Tarquinia 36,67% Frattura tibia e perone: Belcolle 10%; Civita Castellana 4%; Tarquinia 5% (dati Preval 2018)</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Ottimizzazione dei percorsi della Chirurgia Artroscopica e protesica della spalla e del bacino", "Ottimizzazione dei percorsi della chirurgia dell'anca", "Microchirurgia della mano", "Ottimizzazione dei percorsi di traumatologia" Convergenza DPT Oncoematologico di diagnosi e cura e DPT Cure primarie</p> <p>→ Approvazione e attuazione PCAE dolore toracico, dolore addominale e sincope → Monitoraggio trimestrale degli indicatori descritti nei documenti Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Monitoraggio processi di triage" Convergenze DPT Medico chirurgico e dei percorsi integrati, DPT Oncoematologico di diagnosi e cura, DPT Cure primarie, DPT neuroscienze e organi di senso</p>	Da febbraio a giugno 2020 Triennale
11 (Ob.4) (Ob.5)	Approvazione, attuazione e monitoraggio del Percorso anziano fragile in PS (Belcolle)	<p>→ Attuazione "Percorso Anziano Fragile (Codice Argento)" e monitoraggio trimestrale degli indicatori del percorso:</p> <p>Obiettivi percorso</p> <ul style="list-style-type: none"> - N accessi con codice di fragilità/ N persone > 75 aa - N ricoveri/ N accessi con codice di fragilità - N pazienti inviati al CDOD/ N accessi con codice di fragilità - N casi di delirium (inscritte codice ICD-9-OM) /N accessi con codice di fragilità di esito: riduzione del numero dei ricoveri dei pazienti > 75 aa <p>Stato attuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero accessi totale = 45914, Numero accessi in PS con età ≥ 75 anni = 9342 - Numero accessi in PS con età ≥ 75 anni con esito di ricovero = 3419 <p>→ Integrazione "Percorso anziano fragile" con istruzioni operative per i raccordi tra PS e ambulatori per la cronicità (COC) e tra PS e servizio sociale ospedaliero;</p> <p>→ Contestualizzazione della procedura nei Pronto Soccorso dei Presidi Periferici Aziendali</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Monitoraggio dei processi di facilitazione e O8;" Convergenza DPT Cure primarie</p> <p>Revisione e/o implementazione dei FT come segue:</p> <p>→ Attivazione FT urologica</p> <p>→ Definire dei protocolli condivisi e stabilire un data set di indagini diagnostiche da prescrivere al momento del triage nel FT ortopedico</p> <p>→ Attivazione percorso ambulatoriale dedicato per dermatologia e maxillo facciale</p> <p>→ FT ORL/OO definire slot ambulatoriali dedicati in alternativa al percorso fast track</p> <p>→ Raccordo diretto tra FT PEDIATRIA e ambufest pediatrico;</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Stato attuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - fast track Ginecologico: 2.787 anno 2018 - fast track Oculistico: 1217 anno 2018 - fast track Otorino: 160 anno 2018 - fast track Pediatrico: 2783 anno 2018 - fast track Non attribuibili: 81 anno 2018 <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Monitoraggio processi di triage" e "Monitoraggio dei processi di facilitazione"</p>	Entro gennaio 2020
12 (Ob.4)	Revisione e implementazione dei fast track (FT) (del.ne 938/2016) e dei percorsi ambulatoriali dedicati ai pazienti inviati da PS In riferimento al	<p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro dicembre 2021</p>	Entro giugno 2020 Entro giugno 2020 Entro settembre 2020 Entro settembre 2020 Entro giugno 2020 Triennale

13 (Ob.5)	<p>Potenziare la rete integrata della terapia del dolore e le cure palliative al fine di favorire i passaggi tra i vari setting e dare unitarietà ai percorsi (DCA 303/2019)</p>	<p>CONVERGENZE: DPT Salute della donna e del bambino, DPT neuroscienze e organi di senso, DPT Medico chirurgico e dei percorsi integrati</p> <p>→ Ridefinire la rete delle cure palliative e della terapia antalgica per livelli di complessità, per uniformarla al modello aziendale delle reti di prossimità e garantire l'equo accesso alle prestazioni</p> <p>→ Definire percorsi (ambulatorio di nutrizione clinica) dedicati alla terapia nutrizionale al paziente fragile, oncologico o con disturbi cognitivi</p> <p>→ Definire percorsi di simultaneous care</p> <p>→ Definire i raccordi con il Picc team</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio: incremento del 10% delle attività</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cure palliative malati domiciliari: n. malati deceduti per anno a causa di tumore (listati ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla Rete di Cure palliative a domicilio/n. malati deceduti per malattia oncologica per anno - Cure palliative domiciliari: n. annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore - Cure palliative domiciliari: n. malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3gg/n. malati curati a domicilio con assistenza conclusa <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <p>Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</p> <p>Variazione % del rapporto il numero annuo di giornate di (palliative domiciliari per i malati deceduti a causa di tumore</p> <p>Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nel quale il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni</p> <p>Per il controllo del percorso UOCD cure palliative e terapia del dolore in collaborazione con IAS "Terapia nutrizionale e MAD e coordinamento accessi venosi"</p> <p>Convergenze: PGOA, DPT Oncoematologico di diagnosi e cura (IAS "Fast track e nutrizione in oncologia") DPT Cure primarie con IAS "Assistenza specialistica ambulatoriale rapporti con i MMG, PLS e medici di continuità assistenziale" e Distretti</p>	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro giugno 2020</p> <p>Triennale</p>
14 (Ob.5)	<p>Definire i raccordi tra Punti di Assistenza Territoriale e strutture H per percorsi fast dedicati (del.ne 122/2019)</p>	<p>→ Analisi report semestrale sugli accessi con valutazione dei bisogni di salute</p> <p>→ Presentazione proposta organizzativa di eventuali percorsi fast sulla base di quanto sopra</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Monitoraggio dei processi di facilitazione e OBI" in collaborazione con "Assistenza specialistica ambulatoriale e rapporti con MMG, PLS e continuità assistenziale" (DPT Cure primarie)</p>	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p>
15 (Ob.6)	<p>Monitoraggio "Procedura gestione flussi ricoveri da PS" del.ne 2143 del 30/11/2018</p>	<p>→ Presentazione report trimestrali sugli indicatori specifici della procedura</p> <p>Obiettivo: Azione volta a favorire il raggiungimento dello standard "accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12h (escluso OBI) >95% (accettabile 92% - 95%)"</p> <p>Scato attuale</p> <p>% accessi in P.S. Baicolle con tempi di permanenza < 12h: 88,64% (dato PREVALE 2018);</p> <p>% pz con tempi di permanenza in PS compresi tra le 12 e le 48 h a Baicolle: 10,98% (dato PREVALE 2018)</p> <p>Per il controllo del percorso Direzione Sanitaria Polo, collaborazione con tutti i DPT con UOCD di degenza</p>	<p>Triennale</p>

B. PIANI DI DIFFUSIONE: AZIONI PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLE COMUNITÀ E COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI

Obiettivi

1. Promozione di azioni tese al miglioramento della performance dei professionisti

Attraverso:

- Audit organizzativi e clinici
- Formazione tra pari o con esperti per promuovere l'EBP
- Addestramento
- Gruppi di lavoro per la stesura di procedure/percorsi
- Sviluppo di attività/servizi a supporto dell'autocura

2. Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi

Attraverso

- Promozione di azioni partecipate con il volontariato/associazionismo per l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi e per favorire l'offerta attiva
- Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi, implementazione di percorsi facilitanti
- Attuazioni di azioni volte all'autocura e alla promozione della salute

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Audit clinici e organizzativi periodici	→ Conduzione di almeno tre audit/anno che vedano la presenza di un operatore (coordinatore e/o medico) di PS aziendali, uno operatore dei servizi di rianimazione (coordinatore e/o medico) e un operatore dell'Ares (previo accordi in corso stesura PEUA) Per il controllo del percorso Responsabile DEA Convergenze: UOSD Formazione, GoPS e Risk manager	Entro 2020
2 (Ob.1)	Addestramento sulle tecniche salvavita e aggiornamento sulle ultime EBP	→ Almeno il 70% del personale che opera nei PS spoke e/o in ambulanza dovrà seguire il percorso di formazione su campo presso hub (core competence) Per il controllo del percorso Responsabile DEA Convergenze: UOSD Formazione, GoPS	Entro 2020
3 (Ob.1)	Azioni formative di retraining	→ Da riprogrammare in base alla valutazione dei risultati ottenuti con i precedenti eventi formativi (restante 30% e nuovi ingressi) Per il controllo del percorso Responsabile DEA Convergenze: UOSD Formazione, GoPS	Biennio 2021 e 2022
4 (Ob.1)	Istituzione del gruppo di lavoro per la redazione di percorsi/procedure con FSC	→ Progettazione e formazione del team della traumatologia e della chirurgia d'urgenza (equipe multiprofessionale con NCH/CHV/DRT/ANES/RAD/PS) → Percorsi clinica assistenziali nelle reti (chirurgica/ortopedica) → Definire i PCAE del dolore toracico, del dolore addominale e della sincope (già indicati al punto A. 9) Per il controllo del percorso Responsabile DEA Convergenze: UOSD Formazione, GoPS, DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati, DS Polo	Entro 2020
5 (Ob.1)	Implementazione attività del PICC team (del.n. 469/2019)	→ Attivazione di percorsi di auto cura per la gestione domiciliare degli accessi venosi → Attivazione di percorsi di teleconsulenza/consulenza per la rete dell'assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare → Definizione della modalità di invio presso il centro della gestione degli accessi venosi dei pazienti in ADI o in strutture semiresidenziali/residenziali → Implementazione dell'attività con apertura ad utenti esterni e/o con attività sul territorio → Condurre attività di ricerca sul controllo delle infezioni ospedaliere in tema di accessi venosi Per il controllo del percorso <i>Terapia nutrizionale e MAD e coordinamento accessi venosi</i> Convergenza con DPT cure primarie, GoPS, UOSD Formazione, PGOA,	Entro 2020

6 (Ob.1)	Implementazione di azioni di autocura al momento della dimissione	<p>→ Partecipazione al Progetto aderenza terapeutica e comportamentale previsto nell'ambito della Sala d'attesa dei pazienti dimessi, individuando bisogni educativi prevalenti e definendo i raccordi con l'area socio sanitaria integrata</p> <p>Per il controllo del percorso Direzione sanitaria polo</p> <p>Convergenza con tutti i DPT, GoFS, UOSD formazione, PGOA, Area comunicazione, URP</p> <p>→ Istituzione della figura del facilitatore negli spoke previo contestualizzazione procedura e formazione mirata</p> <p>→ Miglioramento degli standard di accoglienza c/o i PS: somministrazione di almeno 2 questionari a distanza di 6 mesi</p> <p>→ Miglioramento degli standard di accoglienza c/o i PS: presentazione piano di miglioramento dei percorsi di accoglienza al paziente e dei suoi familiari</p> <p>Per il controllo del percorso IAS "Monitoraggio dei processi di facilitazione e OBI" con responsabili UJOO</p> <p>PS Convergenza con Area comunicazione, URP e GoFS</p>	Entro giugno 2020
7 (Ob.2)	Strumenti di facilitazione e valutazione partecipata	<p>→ Definire un piano di diffusione che espliciti le azioni formative, informative e di orientamento volte alla sensibilizzazione della popolazione</p> <p>→ Aumento delle donazioni almeno il 4% sui decessi</p> <p>Per il controllo del percorso UOS Coordinamento donazione organi e tessuti</p> <p>Convergenza con Area comunicazione, URP</p> <p>→ Rispetto dei tempi e delle azioni previsti nei piani di diffusione approvati: almeno per l'80% di quanto previsto</p> <p>Per il controllo: UOSD Formazione e area della comunicazione con i referenti per i singoli piani di diffusione</p>	Entro settembre 2020 Entro dicembre 2020 Entro dicembre 2020
9 (Ob.2)	Potenziare le azioni a sostegno della donazione	<p>→ Garantire la collaborazione nella condivisione del processo per la gestione delle segnalazioni e le successive azioni di miglioramento utili al fine della risoluzione delle criticità</p> <p>→ Condivisione delle procedure</p> <p>Responsabile del percorso: URP, Area della Comunicazione</p> <p>CONVERGENZE: tutti i DPT e PGOA</p>	Entro gennaio 2020 Entro 2020
10 (Ob.1/2)	Attuazione dei piani di diffusione deliberati		Triennale
11 (Ob.2)	Collaborazione all'attuazione del nuovo sistema gestione segnalazioni e reclami		Triennale Entro febbraio 2020

C. SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE E OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivi

1. Dimensionamento e riorganizzazione dell'offerta sulla base dei punti di erogazione e dell'intensità di cura (sui principi di prossimità, sicurezza e nell'ambito della rete hub/ spoke)
2. Potenziare le azioni di transitional care
3. Innovazione dei processi grazie al supporto dell'information technology
4. Monitoraggio degli esiti e delle politiche di governance

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Dimensionamento dei servizi nell'ambito della Rete Aziendale in un'ottica di equilibrio domanda/offerta	<p>→ Progettazione dell'aricolazione e della localizzazione dei servizi sulla base dei principi di prossimità, sicurezza, volumi di attività, dotazione tecnologica e strumentale</p> <p>Convergenza: Distretti e Cure Primarie</p>	Entro marzo 2020
2 (Ob.1)	Attivazione dell'area socio sanitaria integrata con la sala accoglienza dei pazienti dimessi	<p>→ Collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo alla progettazione dell'area socio sanitaria integrata H/T</p> <p>→ Rispetto dei regolamenti condivisi nell'ambito di progettazione e secondo indicatori condivisi</p> <p>Per il controllo del percorso Direzione sanitaria Polo</p> <p>Convergenza: tutti i DPT</p>	Entro gennaio 2020 Triennale
3 (Ob.1)	Definire un cruscotto per la disponibilità garantita di posto letto per UOVO	<p>→ Collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo alla revisione della procedura del bed management (del. n. 111/2018)</p> <p>→ Attivazione dell'applicativo Opera ai PS</p> <p>Obiettivi da DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS alle ore 14, in almeno il 75% delle rilevazioni giornaliere del mese <10% (accettabile tra il 10% - 20%) <p>Obiettivi Prevale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accessi con esito di ricovero /trasferimento e tempo di permanenza >24h (escluso OBI) <10% (accettabile tra il 10% - 20%) - Accessi triage rosso, con esito di ricovero /trasferimento e tempo di permanenza >24h (escluso OBI) <10% (accettabile tra 10% - 20%) - Azione utile a favorire il raggiungimento dello standard "accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12h (escluso OBI) >95% (accettabile 92% - 95%)" 	Entro marzo 2020
5 (Ob.1)	Istituire gli ambulatori multiprofessionali per il paziente cronico complesso	<p>Per il controllo del percorso <i>Bed manager</i></p> <p>→ Istituzione dell'ambulatorio multiprofessionale per la nutrizione clinica</p> <p>→ Report di monitoraggio delle attività</p> <p>Per il controllo del percorso IAS "Terapia nutrizionale e NAD e coordinamento accessi venosi" e IAS "Fast track e nutrizione in oncologia"</p> <p>Convergenza PGQA e DPT cure primarie</p>	Entro settembre 2020
5 (Ob.2)	Definire progetto sperimentale TIPO	<p>→ Approvazione regolamento TIPO</p> <p>→ Sperimentazione del modello (anche a ciclo programmato e ridotto)</p> <p>→ Definire l'apertura definitiva a ciclo completo in un'ottica di garanzia e di sicurezza</p> <p>Per il controllo del percorso Direttore DEA</p> <p>Convergenza con i DPT neuro/DPT chirurgia/ DPT Onco</p>	Entro giugno 2020 Entro 2020 Entro 2021

6 (Ob.3)	<p>Applicazione dell'IT ai processi assistenziali</p>	<p>Triennale</p>
6 (Ob.4)	<p>Riduzione dei tempi d'intervento nell'erogazione delle cure</p>	<p> → Compilazione del Registro operatorio informatizzato nei tempi e modi previsti 100% → Compilazione della cartella clinica informatizzata nei tempi e modi previsti 100% → Utilizzo scheda S/AT alla dimissione del paziente da inviare in ADM 100% → Ricorso abituale alla prescrizione dematerializzata (SISMED) → Ricorso alla prenotazione su Recup per gli slot e le agende esclusive → Monitoraggio periodico delle prestazioni registrate su digitfact (es. PICC team) → Corretta e completa compilazione del Cardioplanet → Utilizzo programma KOSMOS per la gestione del paziente in PS *i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative → Rispetto dei valori soglia da PNGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021/ recepimento regionale con DCA U0030225/2019) → Utilizzo delle agende esclusive per i controlli e i follow-up in almeno il 90% dei casi → Incremento delle attività di day service (PAC/APA/PAS) di almeno il 10% rispetto all'anno precedente → Rispetto dei tempi ottimali per esami e prestazioni richiesti in consulenza dal P.S. e/o dai reparti *i singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative </p>
7 (Ob.4)	<p>Azioni di monitoraggio e controllo (volumi e qualità) nell'ottica del rispetto delle direttive nazionali e regionali</p>	<p>Triennale</p>
8 (Ob.4)	<p>Azioni di ottimizzazione della spesa</p>	<p>Triennale</p>

D. COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI A GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA

Obiettivi

1. Rispetto degli impegni di programma attraverso il sistema di networking aziendale e delle responsabilità dei professionisti come di seguito disegnato:

	RESPONSABILE	TIPOLOGIA INCARICO	OBIETTIVI
UOC	Chirurgia Vascolare e D'Urgenza Ortopedia e Traumatologia e Centro Microchirurgia della Mano Anestesiologia	Alberti Domenico Lucarini Fabrizio Paolietti Alberico	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
	Anestesiologia Civita Castellana e Tarquinia Cardiologia per lo studio funzionale dell'elettrofisiologia Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Polo Ospedaliero	Gionfrà Lorenzo Sassara Massimo Angelini Daniele	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
	Pronto Soccorso Civita Castellana Pronto Soccorso Tarquinia	Masella Alessandro Brama Paolo	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
	Ortopedia e Traumatologia Tarquinia Cardiologia	Selvaggi Cesare Sommariva Luigi	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
UOSD	Ortopedia Civita Castellana	Zecca Antonio	rispetto degli obiettivi di contratto
	Anestesiologia Terapia del dolore e cure palliative UTIC Polo	Siena Giovanni Serra Francesco	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
UOS	Artroscopia ginocchio Erocinamica	Gigli Carlo Celestini Andrea	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
	Servizio Cardiologico in Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza		rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
	Anestesia e Sala Operatoria di Civita Castellana Anestesia e Sala Operatoria di Acquapendente	Carlone Andrea Muzzi Giancarlo	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento donazione organi e tessuti Rianimazione	Riccini Teresa Quaglia Enrico	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
I.A.S.	Ortopedia geriatria Riabilitazione ortopedica	Giudici Paolo Occhionero Antonio	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
	Ottimizzazione dei percorsi della Chirurgia Artroscopica e protesica della spalla e del bacino Ottimizzazione dei percorsi della chirurgia dell'anca Microchirurgia della mano	Lucarini Fabrizio	rispetto degli obiettivi di contratto
	Ottimizzazione dei percorsi della chirurgia dell'anca Gestione e Coordinamento dei percorsi in emergenza e urgenza Accessi e procedure mini invasive in chirurgia vascolare ed epatobiliare	Mariantoni Antonio Inciocchi Sabrina Tinivella Stefano Carlo Bovino Antonio Fortunati Tiziano	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto

Organizzazione gestione e controllo delle fistole arterovenose per dialisi e della riabilitazione vascolare	Modoni Antonio	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
Coordinamento dell'attività vascolare multidimensionale	Gnoni Massimiliano	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
Coordinamento dei percorsi in maxi emergenza	Santi Giuseppe	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
Coordinamento delle attività di diagnostica vascolare ambulatoriale ambulatoriale per l'abbattimento delle liste d'attesa	Delle Monache Gianluca	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
Ottimizzazione dei processi di diagnosi e cura delle arteriopatie periferiche	Serafini Leonardo	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
Patologia della colecisti, del fegato e delle vie biliari: aspetti miniminvasivi in urgenza	Mazzetti Jacopo	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
Ottimizzazione dei processi gestionali di reparto	Battisti Bengasi	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
coordinamento delle attività chirurgie vascolari in Open	Di Castro Nicoletta	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
Programmazione attività operatoria e percorsi di preospedalizzazione	Colafrancesco Walter	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
Coordinamento attività operatoria e percorsi di preospedalizzazione referente per le urgenze in sala operatoria	Pariato Valentino	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
Partoanalgesia	Rizzo Lucia	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
Terapia antalgiche e coordinamento attività casa della Salute di Bagnoregio	Maresca David	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
Terapia del dolore nel post operatorio	Mattozzi Ivano	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
Telemedicina Applicata al controllo remoto di Pacemaker, defibrillatori e looprecorde	Genovese Giuseppina	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
Monitoraggio processo di triage	Malavasi Mario	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
Gestione del paziente con trauma cranico in P.S.	Addobbati Adriano	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
Monitoraggio del processo di facilitazione e Osservazione Breve Intensiva	Merico Marta	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
Gestione codici 5 medicina d'urgenza - referente appropriata codifica cartelle cliniche	Angelini Daniele	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
ottimizzazione rete d'emergenza cardiologica e abbattimento liste d'attesa	Cagliano Stefano	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
Ottimizzazione delle diagnostica cardiologica per la riduzione delle degenze e delle liste d'attesa	Pontillo Daniele	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
Ottimizzazione dei percorsi in urgenza integrati con il Pronto Soccorso	Scrimieri Pietro	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
ottimizzazione dei processi per il trattamento dell'ITMA	Alessi Claudio	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
Trattamento ablativo delle tachiaritmie sopraventricolari e procedure di cardiostimolazioni complesse	Benvissuto Fabrizio	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Campoli Massimiliano	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto

**DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO E DEI PERCORSI
INTEGRATI**

DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO E DEI Percorsi Integrati

Finalità

Il Dipartimento ha il compito di integrare le competenze, le professionalità e le risorse tecnologiche delle diverse strutture ad esso afferenti al fine di garantire un approccio interdisciplinare ai problemi clinici ed assistenziali di natura medico chirurgica dei pazienti, che afferiscono alla struttura sia in regime di ricovero (programmato o in urgenza) sia come prestazione ambulatoriale. L'innovazione del dipartimento è rappresentata dall'integrazione con il territorio, esso diventa così quell'ultimo tassello mancante al fine di assicurare al paziente un processo clinico assistenziale omogeneo, fondato sulle migliori evidenze disponibili, a garanzia della continuità clinico- assistenziale nei diversi setting assistenziali.

Il Dipartimento si pone l'obiettivo di sviluppare le competenze specialistiche nelle diverse branche della medicina interna e della chirurgia e l'integrazione delle stesse nella gestione dei pazienti complessi con comorbidità e multimorbidità.

Le unità del dipartimento sono chiamate al miglioramento quali-quantitativo, all'attuazione di processi di lavoro trasversali e sinergici e all'attivazione di percorsi formativi atti a garantire gli standard di sicurezza a garanzia del mantenimento/accrescimento dell'expertise dei professionisti.

Razionale

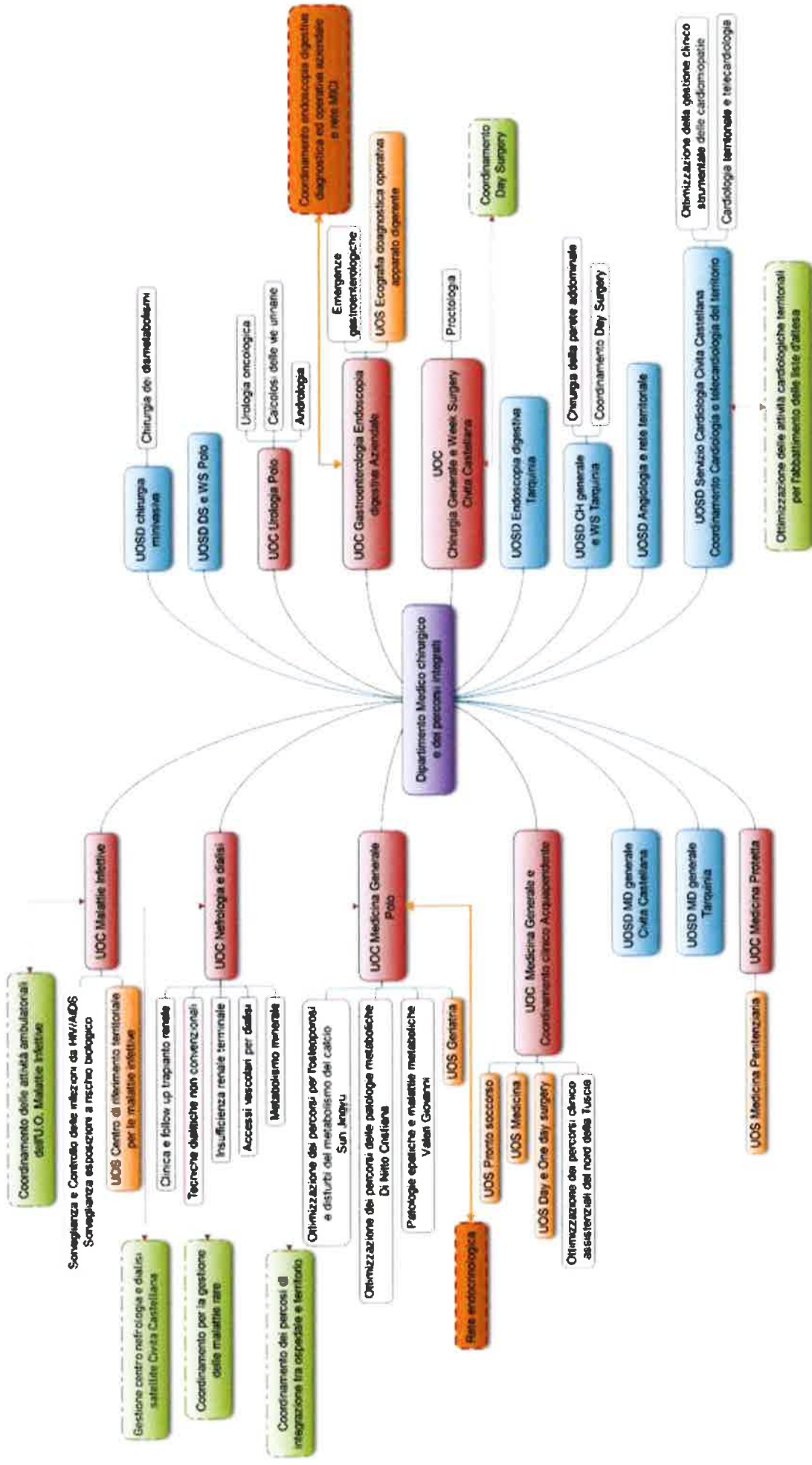
L'aumento dell'aspettativa di vita ha determinato la crescita esponenziale di una nuova categoria di malati, soprattutto pazienti anziani, caratterizzati da elevata vulnerabilità per la compresenza di due o più malattie croniche. Uno dei rischi maggiori a cui il paziente pluri-patologico si trova esposto è senza dubbio la frammentazione del processo di cura, c'è una perdita della visione unitaria del problema di salute e si traduce in un aggravio burocratico per il paziente e nella frequente ripetizione di tratti del percorso di cura messi in atto dal singolo specialista che concentra la propria responsabilità sul trattamento della singola malattia senza tener conto che in alcuni casi è richiesto l'approccio integrato in grado di agire sinergicamente sui meccanismi etiopatogenetici. L'approccio integrato rappresenta l'unico modo per evitare duplicazioni e sprechi nell'accesso ai servizi sanitari, oltre che disagi e disorientamento negli stessi pazienti.

D'altro canto la tecnologia sempre più avanzata e le più recenti evidenze scientifiche hanno fatto sì che alcuni problemi di salute trovino risoluzione grazie a percorsi di ospedalizzazione breve (ricoveri programmati in ambito di week o day surgery/ medicine) o ad una presa in carico in ambito ambulatoriale (day service) riuscendo con l'integrazione tra i vari setting anche a garantire la continuità dell'assistenza fino alla completa risoluzione del problema o alla presa in carico nei percorsi per la gestione dei pazienti cronici.

Quindi i passi indispensabili per ottimizzare il sistema sanitario è quello di

- Rimodulare i sistemi di erogazione dei servizi e il conseguente adeguamento dei modelli organizzativi sulla base dell'intensità di cura
- Personalizzare le cure individuando quelle che sono le priorità in relazione ai bisogni specifici del paziente con multimorbidità, anche attraverso la valutazione multidimensionale
- Implementare i percorsi di ospedalizzazione breve nella garanzia della continuità assistenziale
- Favorire i percorsi di integrazione multiprofessionale e socio-sanitaria ospedale-territorio
- Favorire i processi di educazione comportamentale e terapeutica volti all'autocura

Il sistema di networking del dipartimento



		<ul style="list-style-type: none"> - Tarquinia 13,73 - Civita 1,45 - Mortalità a 30 gg scompenso - Belcolle 16,06 - Tarquinia 5,56 - Civita Castellana 12,35 <p>Ospedalizzazione diabete ASL Viterbo attuale 1,37 Ospedalizzazione BPCO ASL Viterbo attuale 1,16</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento dei percorsi di integrazione tra H/T" Convergenze DPT cure primarie, DPT DEA</p>		
2 (Ob.2)	Revisione della rete chirurgica aziendale e monitoraggio delle attività secondo DCA 303/2019 e il DM 70/2014	<p>→ Revisione documento "Percorso per l'attivazione della rete chirurgica" (del.239/2016) tenendo conto delle successive deliberazioni (UPAC e percorsi di Preospedalizzazione del.ne 1000/2016 e Regolamento blocco operatorio del.ne 120/2019) secondo il criterio delle reti di prossimità in rispetto alla sicurezza delle cure ed agli standard nazionali</p> <p>→ Definizione dei percorsi clinico assistenziali interni alla rete (vedi progetto ERAS)</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio con incremento attività chirurgica 10%</p> <p>Stato attuale Totale interventi chirurgici anno 2018 n. 9356</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Gestione e Coordinamento dei percorsi in emergenza e urgenza" "Coordinamento attività operatoria e percorsi di preospedalizzazione di Civita Castellana e Tarquinia"</p> <p>CONVERGENZE: DPT Medico chirurgico e dei percorsi integrati (UJOO chirurgiche) e DPT Oncoematologico di diagnosi e cura (UOC chirurgia generale oncologica)</p>	Entro giugno 2020	Entro settembre 2020 Triennale
3 (Ob.3)	Definizione del PDTA per il tumore della vescica e del rene DCA U00412/2014	<p>→ Istituire il gruppo di lavoro e definire il PDTA</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio secondo gli indicatori condivisi</p> <p>Stato attuale secondo www.opensalute.it nuovi casi di tumori 2.080 nel 2017 di cui vescica (7,2) e prostata (6,4%)</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Urologia oncologica" in collaborazione con "Coordinamento neoplasie genito urinarie", "Patologia del tratto urogenitale..." e "Coordinamento dei trattamenti radianti dell'apparato urogenitale..." (DPT Oncoematologico di diagnosi e cura)</p>	Entro giugno 2020 Nel triennio	
4 (Ob.3)	Definizione e monitoraggio della rete per le malattie rare Vedi DCA 413/2017 e 63/2018	<p>→ Censimento della situazione attuale, definizione della Centro diagnostico e composizione del core team rete aziendale per le malattie rare</p> <p>→ Definire i percorsi integrati di diagnosi e cura anche prevedendo protocolli con le Università e i centri di ricerca</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Incarico di alta specializzazione "Coordinamento per la gestione delle malattie rare" Convergenze: Servizi diagnostici (DPT oncoematologico di diagnosi e cura)</p>	Entro giugno 2020	Entro il 2020 Triennali
5 (Ob.3)	Definizione (attuazione) e monitoraggio della rete angriologica	<p>→ Definizione della rete angiologica aziendale integrata H/territorio</p> <p>→ Implementare il documento con protocollo condiviso per il trattamento delle lesioni cutanee croniche</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p>	Entro marzo 2020 Entro giugno 2020	Triennale

		<p>Obiettivi Pre-Val.E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasso ospedalizzazione stripping vene ≤1 <p>Stato attuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. prestazioni ambulatoriali 9305 anno 2018 - Tasso ospedalizzazione stripping vene 1,77 <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso Direttore UOSD ongiologia e rete territoriale</p> <p>Convergenze DPT Cure primarie</p> <p>→ Definizione (attuazione) e monitoraggio della rete aziendale integrata H/T per reumatologica aziendale per le malattie autoimmuni e infiammatorie</p> <p>→ Implementare il documento con il protocollo per la gestione dell'osteoporosi e dell'artrosi e la gotta</p> <p>→ Valutare la fattibilità per l'attuazione di una rete reumatologica interaziendale</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivo: implementazione della rete</p> <p>Stato attuale: N. prestazioni ambulatoriali 5022 anno 2018</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso Direttore UOC medicina polo in collaborazione e con IAS "Ottimizzazione dei percorsi per l'osteoporosi"</p> <p>Convergenze DPT cure primarie</p> <p>→ Attuazione del percorso secondo cronoprogramma</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio attività chirurgica</p> <p>Obiettivo: integrazione H/T e implementazione delle attività della rete</p> <p>Stato attuale: N. prestazioni ambulatoriali anno 2018: 11.011; APA 563 (solo dermatologia Belcolle)</p> <p>Melanoma 2,4% sul numero di tumori nella provincia (50 nuovi casi anno, in aumento) – dati da www.opensalutelazio.it</p> <p>Altri tumori cutanei (dati nazionali) 15% sul numero di tumori (stima di oltre 700 casi l'anno)</p> <p>Per il controllo del percorso responsabile: UOSD Dermatologia</p> <p>Convergenza DPT Oncoematologico di diagnosi e cura e DPT Prevenzione</p> <p>→ Revisione dei percorsi nell'ambito della definizione della rete chirurgica</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Incrementare le attività ambulatoriali e chirurgiche del 10%</p> <p>Situazione attuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni ambulatoriali PAC per disturbi alimentari: n. 34 <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Chirurgia dei dismetabolismi" e "Ottimizzazione dei percorsi delle patologie metaboliche" "Terapia nutrizionale e NAD e coordinamento accessi venosi"</p> <p>Convergenze DPT DEA</p> <p>→ Revisione del documento Rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (MAD)</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di attività</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso: UOC gastroenterologia</p> <p>Convergenze DEA e DPT prevenzione</p>	<p>Entro marzo 2020</p> <p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro 2020 Triennale</p> <p>Entro febbraio 2020 Triennale</p> <p>Entro settembre 2020 Triennale</p> <p>Entro 2021 Triennale</p>
6 (Ob.3)	Definizione (attuazione) e monitoraggio della rete reumatologica		
7 (Ob.3)	Collaborazione all'attuazione della Rete dermatologica per i tumori cutanei		
8 (Ob.3)	Implementazione del Centro disturbi alimentari e obesity unit (Del.ne 60/2019)		
9 (Ob.3)	Revisione e monitoraggio della Rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (MAD) (del.ne n. 1009/2016)		

10 (Ob.2/3)	Potenziamento attività della medicina protetta	<p>→ Definizione di una progettualità che definisca le specialità da proporre per il riconoscimento della medicina protetta come HUB regionale e relativi percorsi attuativi (neurochirurgia, radiologia interventistica, urologia)</p> <p>Per il controllo del percorso UOC medicina protetta</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di attività con implementazione delle stesse</p> <p>Obiettivi di PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento del N° casi intercettati da ambulatori territoriali - N° PAC erogati per distretto di provenienza - Percentuale di pazienti con diagnosi istologica comunicata entro 21 giorni dall'intervento almeno il 90% - Percentuale di pazienti rivalutati dall'endocrinologo entro 10 giorni dal risultato dell'esame istologico almeno il 90 % <p>→ Indicatori di esito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione falsi positivi e complicanze <p>Situazione attuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PAC specialistica ambulatoriale diagnostica nodulo tiroideo: n. 130 <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Rete endocrinologica"</p> <p>Convergenza con "Coordinamento delle attività per le neoplasie della testa e del collo" (DPT oncoematologico di diagnosi e cura) e "Chirurgia della tiroide e delle paratiroidi: integrazione con la rete territoriale endocrinologica" (DPT Neuroscienze e organi di senso)</p>	Entro il 2020
11 (Ob.3)	Monitoraggio per la Rete endocrinologica aziendale per la gestione del paziente con il nodulo tiroideo (Del.ne473/2019)	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio:</p> <p>Stato attuale secondo www.opensalute.it nuovi casi di tumori 2.080 nel 2017 di cui prostata (6,4%)</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soglia minima di 80 biopsie prostatiche/anno, 25 interventi di prostatectomia radicale ed almeno 50 trattamenti radioterapici con intento curativo, con una tolleranza del 10% su tutti i parametri - Il rapporto trattamenti di chirurgia radical e/radioterapia o viceversa non sia superiore a 3:1. <p>Obiettivi Pre-Val.E</p> <ul style="list-style-type: none"> - % interventi chirurgici per tumore alla prostata effettuati entro 30 gg <p>Obiettivi PDTA</p> <p>Rispetto dei tempi di refertazione per istologico e dell'intervallo di tempo nella presa in carico per terapie adiuvanti</p> <p>Dato consolidato azienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - biopsie prostatiche 160/anno - prostatectomie 58/anno - % interventi chirurgici per tumore alla prostata effettuati entro 30 gg = 37,50% anno 2018 <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Urologia oncologica" in convergenza con "Coordinamento neoplasie genito urinarie", "patologia del tratto</p>	Triennale
12 (Ob.3)	Monitoraggio PDTA pazienti con neoplasia prostatica (Del.ne 1044/2018 DCA di riferimento 358/2017)	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio:</p> <p>Stato attuale secondo www.opensalute.it nuovi casi di tumori 2.080 nel 2017 di cui prostata (6,4%)</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soglia minima di 80 biopsie prostatiche/anno, 25 interventi di prostatectomia radicale ed almeno 50 trattamenti radioterapici con intento curativo, con una tolleranza del 10% su tutti i parametri - Il rapporto trattamenti di chirurgia radical e/radioterapia o viceversa non sia superiore a 3:1. <p>Obiettivi Pre-Val.E</p> <ul style="list-style-type: none"> - % interventi chirurgici per tumore alla prostata effettuati entro 30 gg <p>Obiettivi PDTA</p> <p>Rispetto dei tempi di refertazione per istologico e dell'intervallo di tempo nella presa in carico per terapie adiuvanti</p> <p>Dato consolidato azienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - biopsie prostatiche 160/anno - prostatectomie 58/anno - % interventi chirurgici per tumore alla prostata effettuati entro 30 gg = 37,50% anno 2018 <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Urologia oncologica" in convergenza con "Coordinamento neoplasie genito urinarie", "patologia del tratto</p>	Triennale

		urogenitale.." e "Coordinamento dei trattamenti radianti dell'apparato urogenitale.." del DPT oncoematologico di diagnosi e cura	
14 (Ob.3)	Monitoraggio del PIC dello scompenso cardiaco e delle attività della COC di Civita Castellana	<p>→ Presentazione relazione trimestrali</p> <p>monitoraggio indicatori PIC scompenso cardiaco (del.ne 366/2018)</p> <p>incremento n. utenti presi in carico</p> <p>riduzione delle ospedalizzazioni con diagnosi di scompenso cardiaco</p> <p>riduzione della mortalità a 30 gg per Scompenso cardiaco congestizio: ottimale ≤ 6, accettabile 6-9, media regionale 16.06, attuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belcolle 16,06 - Tarquinia 5,56 - Civita Castellana 12,35 <p>monitoraggio Centrale Operativa Cronicità Scompenso Cardiaco</p> <p>incremento n utenti seguiti in telemedicina</p> <p>incremento n di alert trattati dalla COC</p> <p>incremento n pazienti con multimorbilità presa in carico dalle COC in relazione all'obiettivo di stratificazione della popolazione (obiettivo atteso 15.000 pazienti nel 2020; 30.000 pazienti nel 2021; 41.257 pazienti nel 2022)</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso: "Ottimizzazione della gestione clinica strumentale delle cardiomiopatie" e "Cardiologia territoriale e telecardiologia"</p> <p>Convergenze DPT DEA e DPT cure primarie</p>	Triennale
15 (Ob.3)	Monitoraggio del Piano riorganizzazione sorveglianza HIV e AIDS Del.ne 1053 /2018 in ottemperanza dei DCA 30/2018 e precedenti	<p>→ Presentazione relazione trimestrali</p> <p>Stato di avanzamento delle azioni dichiarate in del.ne</p> <p>Monitoraggio dell'uso dei farmaci per la cura dell'HIV con report quadrimestrale</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento delle attività ambulatoriali di MI"</p>	Triennale
16 (Ob.4)	Revisione e implementazione del fast track (FT) (del.ne 938/2016) e dei percorsi ambulatoriali dedicati ai pazienti inviati da PS	<p>→ Attivazione FT urologico</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Calcoli delle vie urinarie" e "Andrologia"</p> <p>CONVERGENZE: DEA</p>	Entro giugno 2020 Triennale

B. PIANI DI DIFFUSIONE: AZIONI PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLE COMUNITÀ E COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI

Obiettivi

→ **1. Promozione di azioni tese al miglioramento della performance dei professionisti**

Attraverso:

- Audit organizzativi e clinici
- Formazione tra pari o con esperti per promuovere l'EBP
- Addestramento
- Gruppi di lavoro per la stesura di procedure/percorsi
- Sviluppo di attività/servizi a supporto dell'autocura

→ **2. Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi**

Attraverso

- Promozione di azioni partecipate con il volontariato/associazionismo per l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi e per favorire l'offerta attiva
- Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi, implementazione di percorsi facilitanti
- Attuazioni di azioni volte all'autocura e alla promozione della salute

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Audit clinici e organizzativi periodici	→ Audit clinici ed organizzativi, in particolare in merito all'appropriatezza diagnostica e prescrittiva (sia per gli interni che per i MMG) che portino alla stesura di un documento condiviso. Dovrà essere condotto almeno un audit/anno Per il controllo del percorso Responsabile DPT in collaborazione con il Board scientifico Convergenze: UOSD Formazione, GoPS, Risk manager.	Entro il 2020
2 (Ob.1)	Aggiornamento sulle ultime EBP	→ Aggiornamento sulle Linee guida sull'appropriatezza dell'antibiotico profilassi perioperatoria come da del. n. 1369/2019. Almeno il 50% dei chirurghi devono partecipare all'evento formativo → Gestione dei percorsi clinico assistenziali dei pazienti cronici in ospedale (parte RES) → Trattamento medico-chirurgico della patologia tiroidea Responsabile dell'evento Dr. Caterini Per il controllo i responsabili UO/OCC Chirurgiche Convergenze: UOSD Formazione, GoPS	Entro il 2020
3 (Ob.1)	Istituzione del gruppo di lavoro per la redazione di percorsi/procedure con FSC	→ Percorsi di formazione su campo per i gruppi di lavoro dedicati alla costruzione di PDTA e procedure (Vedi parte A) - PDTA per il tumore della vescica e del rene - Percorsi dedicati alla terapia nutrizionale al paziente fragile, oncologico o con disturbi cognitivi - Gestione dei percorsi clinico assistenziali dei pazienti cronici in ospedale (parte FSC) Per il controllo del percorso Responsabile DEA Convergenze: UOSD Formazione, GoPS	Entro 2020
4 (Ob.2)	Implementazione di azioni di autocura al momento della dimissione	→ Partecipazione al Progetto aderenza terapeutica e comportamentale previsto nell'ambito della Sala d'attesa dei pazienti dimessi, individuando bisogni educativi prevalenti e definendo i raccordi con l'area socio sanitaria integrata Per il controllo del percorso Direzione sanitaria polo Convergenze con tutti i DPT, GoPS, UOSD formazione, PGOA, Area comunicazione, URP	Entro giugno 2020

5 (Ob.2)	Implementazione di azioni di autocura per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione (del.ne 2379/2018)	<ul style="list-style-type: none"> → Attivazione di percorsi di auto cura per la prevenzione primaria e secondaria delle lesioni da pressione a domicilio → Corretta applicazione della Procedura sia in contesto H che domiciliare 	Triennale
6 (Ob.1/2)	Attuazione dei piani di diffusione deliberati (Del.ne 202 /2019)	<ul style="list-style-type: none"> → Tutte le proposte progettuali (reti/percorsi) i devono contenere il Piano di diffusione (100%) → Rispetto dei tempi e delle azioni previsti nei piani di diffusione deliberati almeno per l'80% di quanto previsto <p>Per il controllo UOSD Formazione e area della comunicazione con i referenti per i singoli piani di diffusione</p>	Triennale
7 (Ob.2)	Collaborazione alla realizzazione delle azioni del PAP	<ul style="list-style-type: none"> → Partecipazione alla realizzazione dei progetti contenuti nel PAP per obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> - 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5, 1.1.6, 1.1.7, 1.1.8 - 1.2.9, 1.2.10 - 1.3.4, 1.3.5, 1.3.6 <p>Per il controllo Direttore DPT</p> <ul style="list-style-type: none"> → Convergenze: DPT prevenzione 	Triennale
8 (Ob.2)	Monitoraggio del Piano riorganizzazione sorveglianza HIV e AIDS Del.ne 1053 /2018 in ottemperanza dei DCA 30/2018 e precedenti	<ul style="list-style-type: none"> → Definire le attività di prevenzione e promozione della salute per l'anno 2020 come previsto nel DCA → Definire azioni di sensibilizzazione dei MMG/specialisti per il riconoscimento precoce dei soggetti a rischio <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento delle attività ambulatoriali di MM"</p>	Entro il 2020
9 (Ob.2)	Collaborazione all'attuazione del nuovo sistema gestione segnalazioni e reclami	<ul style="list-style-type: none"> → Garantire la collaborazione nella condivisione del processo per la gestione delle segnalazioni e le successive azioni di miglioramento utili al fine della risoluzione delle criticità → Condivisione delle procedure <p>Responsabile del percorso: URP, Area della Comunicazione</p> <p>CONVERGENZE: tutti i DPT e PGOA</p>	Triennale Entro febbraio 2020

C. SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE E OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivi

1. Dimensionamento e riorganizzazione dell'offerta sulla base dei punti di erogazione e dell'intensità di cura (sui principi di prossimità, sicurezza e nell'ambito della rete hub/ spoke)
2. Potenziare le azioni di transitional care
3. Innovazione dei processi grazie al supporto dell'information technology
4. Monitoraggio degli esiti e delle politiche di governance

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Dimensionamento dei servizi nell'ambito della Rete Aziendale in un'ottica di equilibrio domanda/offerta	<p>→ Progettazione dell'articolazione e della localizzazione dei servizi sulla base dei principi di prossimità, sicurezza, volumi di attività, dotazione tecnologica e strumentale</p> <p>Convergenza: Distretti e Cure Primarie</p>	Entro marzo 2020
2 (Ob.1)	Attivazione dell'area socio sanitaria integrata con la sala accoglienza dei pazienti dimessi	<p>→ Collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo alla progettazione dell'area socio sanitaria integrata H/T</p> <p>→ Rispetto dei regolamenti condivisi nell'ambito di progettazione e secondo indicatori condivisi</p> <p>→ Invio al servizio sociale ospedaliero delle segnalazioni per le dimissioni difficili entro la terza giornata di ricovero come da procedura (in deliberazione) almeno nell'80% dei casi</p> <p>Per il controllo del percorso Direzione sanitaria Polo</p> <p>Convergenza: tutti i DPT</p>	Entro gennaio 2020 Triennale Triennale
3 (Ob.2)	Definire un cruscotto per la disponibilità garantita di posto letto per UJOO	<p>→ Collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo alla revisione della procedura del bed management (del.ne 111/2018)</p> <p>Obiettivi da DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS alle ore 14, in almeno il 75% delle rilevazioni giornaliere del mese <10% (accettabile tra il 10% - 20%) <p>Obiettivi Pre-Val.E</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accessi con esito di ricovero /trasferimento e tempo di permanenza >24h (escluso OBI) <10% (accettabile tra il 10% - 20%) - Accessi triage rosso, con esito di ricovero /trasferimento e tempo di permanenza >24h (escluso OBI) <10% (accettabile tra 10% - 20%) - Azione utile a favorire il raggiungimento dello standard "accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12h (escluso OBI) >95% (accettabile 92% - 95%)" <p>Per il controllo del percorso Bed manager</p> <p>Convergenza: tutti i DPT</p>	Entro marzo 2020
4 (Ob.2)	Istituire gli ambulatori multiprofessionali per il paziente cronico complesso	<ul style="list-style-type: none"> - Presentare una proposta progettuale per l'istituzione degli ambulatori multiprofessionali per le policronicità (da definire anche nell'ambito delle reti/percorsi): - Percorso ambulatoriale di onco-emato-nefrologico - Percorso ambulatoriale per le malattie autoimmuni (reumatologia/dermatologia e gastroenterologia) - Percorso condiviso tra Onco-Ematologia e Ambulatorio Osteoporosi - Istituzione dell'ambulatorio multiprofessionale per la nutrizione clinica <p>Per il controllo del percorso UOC Urologia, IAS "Coordinamento neoplasie genito urinarie" (DPT Oncoematologico), UOC medicina generale polo e IAS "Ottimizzazione dei percorsi per</p>	Entro giugno 2020

		<p>l'osteoporosi e i disturbi metabolici del calcio" "Ottimizzazione dei percorsi per le malattie metaboliche"</p> <p>Convergenze DPT Oncematologico di diagnosi e cura, DPT Cure primarie</p>	Entro giugno 2020
5 (Ob.2)	<p>Riorganizzazione delle aree mediche e chirurgiche in aree a bassa, media e alta intensità di cura</p>	<p>→ Condivisione e approvazione regolamento TIPO</p> <p>Per il controllo del percorso Direttore DEA</p> <p>Convergenza con i DPT neuroscienze e organi di senso/DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati/ DPT Oncematologico di diagnosi e cura</p> <p>→ Verifica risultati progetto sperimentale week hospital medico (del.ne 199/2019)</p> <p>Indicatori di appropriatezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. di trasferimenti in degenza ordinaria, - N di DRG impropri, - Degenza media - Iter diagnostico terapeutico terminato entro 5 gg sul numero tot. - Saturazione posti letto - Tempi d'attesa <p>Indicatori per la continuità assistenziale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero pazienti inseriti in follow up - Numero pazienti inseriti nei PIC/PDTA <p>→ Proposta progettuale per estensione delle attività di week hospital medico (Modello multidisciplinare, implementazione posti letto ed estensione ad altri presidi aziendali)</p> <p>→ Progettazione di aree di alta intensità medica e chirurgica interdepartimentale</p> <p>→ Progettazione di aree ad alta intensità (del.ne n. 822 del 21/5/2018 incremento n. posti letto come adeguamento DCA 257/2017, del.ne 199/2019 Atto di rimodulazione area medica per intensità di cura)</p>	
6 (Ob.3)	<p>Applicazione dell'IT ai processi assistenziali</p>	<p>Per controllo percorso: responsabile DPT e direttori UJOO mediche e chirurgiche</p> <p>→ Compilazione del Registro operatorio informatizzato nei tempi e modi previsti 100%</p> <p>→ Compilazione della cartella clinica informatizzata nei tempi e modi previsti 100%</p> <p>→ Utilizzo scheda SIAT alla dimissione del paziente da inviare in ADI 100%</p> <p>→ Ricorso abituale alla prescrizione dematerializzata (SISMED)</p> <p>→ Ricorso alla prenotazione su Recup per gli slot e le agende esclusive</p> <p>→ Monitoraggio periodico delle prestazioni registrate su digifatt (vedi prestazioni PICC team)</p> <p>→ Corretta e completa compilazione del Cardioplanet</p> <p>→ Utilizzo programma KOSMOS per la gestione del paziente in PS</p> <p>*i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p>	Anno 2020
7 (Ob.4)	<p>Riduzione dei tempi d'intervento nell'erogazione delle cure</p>	<p>→ Rispetto dei valori soglia da PNGIA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021/ recepimento regionale con DCA U0030225/2019)</p> <p>→ Utilizzo delle agende esclusive per i controlli e i follow-up in almeno il 90% dei casi</p> <p>→ Incremento delle attività di day service (PAC/APA/PAS) di almeno il 10% rispetto all'anno precedente</p> <p>→ Rispetto dei tempi ottimali per esami e prestazioni richiesti in consulenza dal P.S. e/o dai reparti</p>	Entro il 2020

	<p>→ Frequenza di infezioni post chirurgiche come indicatori di sicurezza del paziente, misurano la frequenza di complicanze associate a procedure chirurgiche e prolungamento dei tempi di ricovero (DM 12 marzo 2019)</p> <p>→ Frequenza di embolie polmonari o DVT post chirurgiche come indicatori di sicurezza del paziente, misurano la frequenza di complicanze associate a procedure chirurgiche e prolungamento dei tempi di ricovero (DM 12 marzo 2019)</p> <p>*i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p>	Entro il 2020
8 (Ob.4)	<p>Azioni di monitoraggio e controllo (volumi e qualità) nell'ottica del rispetto delle direttive nazionali e regionali</p> <p>→ Corretta codifica delle prestazioni e chiusura/invio delle cartelle cliniche nei tempi previsti dalla normativa regionale 100%</p> <p>→ Miglioramento indice di case mix >1 (stato attuale 0.9489)</p> <p>→ DRG valorizzati a zero per ritardo nella chiusura o per DRG non erogabili <1</p> <p>→ Degenza media come da obiettivi regionali e appropriata scelta del setting assistenziale (stato attuale 9,24 per il Dipartimento; Medicina Polo= 13,44; Medicina Acquapendente=8,47; Medicina Civita= 9,24; Medicina Tarquinia= 7,21)</p> <p>→ Riduzione numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari in elezione (stato attuale gg degenza media= 2,534)</p> <p>→ Riduzione DRG medici dimessi da reparto chirurgico (stato attuale= 1727)</p> <p>→ riduzione valore mobilità passiva;</p> <p>→ incremento attività rispetto all'anno precedente;</p> <p>→ Garantire la dimissione del paziente entro le ore 12,00 in almeno 90% dei casi</p> <p>→ % rinvii interventi operatori per esami aggiuntivi post ricovero = 0%</p> <p>→ Corretta compilazione check list di sala operatoria 100%</p> <p>→ Corretta compilazione della scheda di valutazione del dolore e appropriata prescrizione terapeutica 100%</p> <p>→ Corretta osservazione del regolamento dell'UPAC, Blocco operatorio e percorso di prespedalizzazione (del ne 1000/2016; 120/2019)</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente come indicatore che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. b patto della salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario come indicatore di utilizzo inappropriato del setting ospedaliero, fornisce informazioni sull'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 gg con la stessa MDC come indicatore per la misura della quota di pazienti sottoposti a nuovo ricovero a breve distanza, con la medesima categoria diagnostica di una precedente ospedalizzazione e, come tale, in grado di esprimere la mancata efficacia di quest'ultima - Tasso di ricovero diurno di tipo medico diagnostico in rapporto alla popolazione residente e tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) indicatore per la misura del volume di ricoveri diurni effettuati negli ospedali per acuti con finalità medico diagnostiche e, come tali, a rischio di inappropriatezza perché erogabili in regime ambulatoriale - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità (B, C, D) in rapporto al totale di prestazioni della stessa classe come indicatore che monitora la quota di prestazioni erogate 	

	<p>nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità, permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporzionalità di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 gg - Indicatore che misura la performance in relazione alla quota di interventi la cui degenza post-operatoria è considerata appropriata <p>• i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p>	
9 (Ob.4)	<p>Azioni di ottimizzazione della spesa</p> <p>→ Controllo della spesa e monitoraggio del budget assegnato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento delle attività ambulatoriali (volumi, peso e produttività) - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti (antibiotici, antipertensivi, inibitori di pompa, antipertensivi, statine) come indicatore composito per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza (DM 12 marzo 2019) - Applicazione delle linee guida sull'appropriatezza dell'antibiotico profilassi per operatoria (del.ne 1369/2019) - Consumo pro capite di prestazioni di laboratorio e di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 aa come indicatori proxy dell'appropriatezza nel consumo di prestazioni ambulatoriali (DM 12 marzo 2019) <p>• i singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative</p>	Triennale

D. COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI A GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA

Il Patto con i Professionisti a garanzia degli obiettivi definiti nella progettualità triennale

Obiettivi

1. Rispetto degli impegni di programma attraverso il sistema di networking e delle responsabilità dei professionisti, come di seguito disegnato:

	RESPONSABILE	TIPOLOGIA INCARICO	OBIETTIVI
UOC	Medicina Generale Polo Meschini Carlo		rispetto degli obiettivi di contratto
	Medicina Generale e Coordinamento clinico Acquapendente Brenzi Remo		rispetto degli obiettivi di contratto

	Medicina Protetta	Starnini Giulio	rispetto degli obiettivi di contratto
	Chirurgia Generale e Week Surgery Civita Castellana	Campanile Fabio Massimo	rispetto degli obiettivi di contratto
	Gastroenterologia endoscopia digestiva aziendale	Zampaletta Costantino	rispetto degli obiettivi di contratto
	Malattie Infettive	Caterini Luciano	rispetto degli obiettivi di contratto
	Nefrologia e dialisi	Ferrozzi Sandro	rispetto degli obiettivi di contratto
	Urologia Polo	Rizzotto Antonio	rispetto degli obiettivi di contratto
	Medicina Generale Civita Castellana	Khalil Said	rispetto degli obiettivi di contratto
	Angiologia e rete territoriale	Palermo	rispetto degli obiettivi di contratto
	Chirurgia generale e week surgery Tarquinia	Pellicciotti Antonio	rispetto degli obiettivi di contratto
	Day e Week Surgery Polo	Martinengo Lanfranco	rispetto degli obiettivi di contratto
	Endoscopia Digestiva Tarquinia	Masini Andrea	rispetto degli obiettivi di contratto
	Chirurgia mininvasiva		rispetto degli obiettivi di contratto
	Servizio Cardiologia Civita Castellana-Coordinamento Cardiologia e telecardiologia del territorio	Di Donato Donato	rispetto degli obiettivi di contratto
	UOS		
	Ecografia diagnostica operativa dell'apparato digerente	Caturelli Eugenio	rispetto degli obiettivi di contratto
	Chirurgia (Day Surgery e One day surgery) Acquapendente	Ferri Franco	rispetto degli obiettivi di contratto
	Medicina Generale Acquapendente	Leonardi Leonardo Maria	rispetto degli obiettivi di contratto
	Centro di Riferimento Territoriale per le Malattie Infettive		
	Pronto Soccorso Acquapendente	Lazzaro Marco	rispetto degli obiettivi di contratto
	Geriatria	Menchinelli Mauro	rispetto degli obiettivi di contratto
	Medicina Penitenziaria	Monarca Roberto	rispetto degli obiettivi di contratto
	Rete endocrinologica	Alberti Marcello	RETE
	Patologie epatiche e malattie metaboliche	Valeri Giovanni	CLINICO
	Ottimizzazione dei percorsi per l'osteoporosi e disturbi del metabolismo del calcio	Sun Jingyu	CLINICO
	Coordinamento dei percorsi di integrazione ospedale territorio	Marciani Giuliana	PROCESSO
	Ottimizzazione dei percorsi clinico assistenziali del nord della Tuscia	Brenci Remo	CLINICO
	Ottimizzazione dei percorsi delle patologie metaboliche	Di Nitto Cristiana	CLINICO
	Tecniche dialitiche non convenzionali	Meschini Luciano	CLINICO
	Coordinamento delle attività ambulatoriali della UOC Malattie Infettive	Caterini Luciano	PROCESSO
	Clinica e follow up trapianto renale	Imperato Gea	CLINICO
	Coordinamento per la gestione delle malattie rare	Mangeri Maio	PROCESSO
	Metabolismo minerale	Massimetti Carlo	CLINICO
	Gestione centro nefrologia e dialisi satellite Civita Castellana	Iacono Rossella	PROCESSO
	Insufficienza renale terminale	Lucchetta Franca	CLINICO
	Accessi vascolari per dialisi	Costantini Stefano	CLINICO
	Coordinamento endoscopia digestiva diagnostica ed operativa aziendale e rete MIC	Zampaletta Costantino	RETE
	Emergenze gastroenterologiche	Emergenze Gastroenterologiche	rispetto degli obiettivi di contratto
			CLINICO

	Sorveglianza e controllo delle infezioni da HIV/AIDS sorveglianza esposizioni a rischio biologico	Aviani Barbacci Stefano	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Ottimizzazione della gestione clinico strumentale delle cardiomiopatie	Romeo Maria	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Ottimizzazione delle attività cardiologiche territoriali per l'abbattimento delle liste d'attesa	De Spirito Stefano	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento Day Surgery	Colabraro Paolo	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Proctologia	Foti Nicola	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Chirurgia della parte addominale	Zanella Cavallero Luca	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento day surgery	Schirizzi Gregorio	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Urologia oncologica	Sebastiani Giancarlo	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Calcolosi delle vie urinarie	Maurelli Simone	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Andrologia	Marzzone Luigi	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Chirurgia dei dismetabolismi	Feliziani Vincenzo	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Cardiologia territoriale e telecardiologia	Pifferi Bruno	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto

DIPARTIMENTO ONCO EMATOLOGICO E DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO ONCO EMATOLOGICO E DEI SERVIZI

Finalità del

Il Dipartimento si assume la responsabilità del paziente per la fase che va dalla diagnosi al trattamento adiuvante e svolge una funzione di sostegno alle altre articolazioni di cura e di supporto clinico al paziente, sia nella fase che precede la diagnosi, che in quella successiva per il follow up, intervenendo in particolare modo in caso di recidiva della malattia oncologica. È dunque di riferimento nelle strategie aziendali di presa in carico globale del paziente, non solo di quello portatore di neoplasia.

Infatti il dipartimento di oncologia si occupa della diagnosi e delle terapie necessarie alla cura dei malati con tumore anche attraverso la discussione multidisciplinare dei singoli casi clinici nell'ambito dei gruppi oncologici multidisciplinari. I "Servizi Diagnostici" garantiscono in modo appropriato ed efficiente il soddisfacimento della domanda di prestazioni diagnostiche richieste dai reparti ospedalieri e dal pronto soccorso, dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dagli Specialisti ambulatoriali, nonché dalle Strutture operanti sul territorio.

Le unità del dipartimento sono chiamate al miglioramento quali-quantitativo, all'attuazione di processi di lavoro trasversali e sinergici e all'attivazione di percorsi formativi atti a garantire gli standard di sicurezza a garanzia del mantenimento/accredimento dell'expertise dei professionisti.

Razionale

Lo sviluppo tecnologico, ha fatto sì che la medicina di laboratorio e di diagnostica per immagini assumesse ad oggi un ruolo di assoluta rilevanza nella prevenzione, nella diagnosi, nel trattamento e nel follow-up di tutte le patologie. Grazie alla disponibilità di mezzi diagnostici sempre più sofisticati, all'alta automazione e l'emergere di settori diagnostici ad alta efficacia clinica, i processi diagnostici hanno subito un'accelerazione nonché è diminuito il rischio di errore. L'alto costo che comporta il mantenimento di una diagnostica complessa è compensato dagli effetti prodotti sulla riduzione delle giornate di degenza, sul contenimento della spesa per i farmaci e sulla prevenzione di patologie ad alto costo sanitario e sociale. Ma è pur vero che questa vasta gamma di offerte può indurre un incremento della richiesta senza un corrispondente reale beneficio sulla salute, se non si fa dell'appropriatezza prescrittiva il principio cardine delle politiche aziendali. Appropriatezza non intesa solo come una mera questione di risparmio economico ma ispirata alla necessità di operare integrando varie competenze, sensibilizzando gli utenti e diffondendo conoscenza tra professionisti. In presenza di strutture ed attività sanitarie che si avvicinano sempre di più al paziente, emerge la necessità di organizzare una rete assistenziale integrata anche nel settore dei servizi diagnostici che connetta in maniera strutturata tutte le attività laboratoristiche presenti con la rete ospedaliera e quella territoriale ma aprendo canali ed opportunità.

Il modello organizzativo a "Rete", scaturisce da una reingegnerizzazione dei processi basati su snodi fra loro integrati e complementari in grado di fornire un servizio diagnostico efficace, completo ed economico, con un'offerta attrattiva e competitiva che risponda anche ad una visione interaziendale e che rappresenti un supporto fondamentale per l'attuazione del PDTA.

L'apporto dell'oncologo, dell'ematologo e del radioterapista ai gruppi multidisciplinari permette di approfondire i reperti diagnostici relativi a un tumore, cercando di stabilirne lo stadio di avanzamento e la gravità, e, sulla base di tali approfondimenti e dello stato di salute del paziente (età, presenza di altre malattie ecc.), pianificare la terapia più adeguata.

A. EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO E AZIONI DI PREVENZIONE A GARANZIA DEL MANTENIMENTO DELLO STATO DI SALUTE

Obiettivi

Efficientare le attività proprie del dipartimento, consolidando e riqualificando l'offerta assistenziale attraverso:

1. aumento e riqualificazione dell'offerta ai pazienti onco-ematologici grazie alla definizione di percorsi per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie a maggior incidenza e/o rare con una maggiore attenzione alle problematiche indotte dai trattamenti
2. il consolidamento delle reti integrate ospedale/territorio
3. il monitoraggio e la revisione delle reti cliniche e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali
4. l'ottimizzazione dei processi diagnostici, come tempi, qualità, equità di accesso e offerta

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Definizione del PDTA per il sospetto linfoma DCA	<p>→ Istituire il gruppo di lavoro e definire il PDTA</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio secondo gli indicatori condivisi</p> <p>Situazione attuale</p> <p>N. tumori sangue= 153 (fonte dati: Open Salute)</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Gestione clinica delle leucemie e dei linfomi H e non H indolenti"</p>	Entro giugno 2020 Triennale
2 (Ob.1)	Deliberazione procedura per la gestione dei pazienti affetti da leucemia acuta e/o sottoposti a trapianto di cellule staminali	<p>→ Istituire il gruppo di lavoro e definire il PDTA</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio secondo gli indicatori condivisi</p> <p>Situazione attuale</p> <p>N. tumori sangue= n. 153 (fonte dati: Open Salute)</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso: "Coordinamento programma trapianto autologo e gestione delle leucemie acute"</p>	Entro giugno 2020 Triennale
3 (Ob.1)	Definizione della procedura per la gestione del paziente neutropenico febbrile entro	<p>→ Istituire il gruppo di lavoro e definire il PDTA</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio secondo gli indicatori condivisi</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso: "Coordinamento delle attività di degenza ordinaria"</p> <p>Convergenza: DPT DEA IAS "Monitoraggio processo di triage" e DPT Cure primarie IAS "Assistenza specialistica ambulatoriale e rapporti con MMG/PLS e medici di continuità assistenziale"</p>	Entro settembre 2020 Triennale
4 (Ob.1)	Definizione del PDTA per il tumore della vescica e del rene DCA U00412/2014	<p>→ Istituire il gruppo di lavoro e definire il PDTA</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio secondo gli indicatori condivisi</p> <p>Situazione attuale</p> <p>N. tumori Rene= 83 (Open Salute)</p> <p>N. tumori Vescica= 149 (Open Salute)</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento neoplasie genito urinarie", "Patologia del tratto urogenitale..." e "Coordinamento dei trattamenti radianti dell'apparato urogenitale..."</p> <p>Convergenza con DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati</p>	Entro giugno 2020 Triennale
5 (Ob.1)	Partecipazione alla stesura e/o condivisione dei PDTA in ambito ginecologico	<p>→ Definizione (attuazione) sull'alto rischio eredo famigliare sul cancro al seno</p> <p>→ Definizione PDTA Cancro ovaio</p>	Entro settembre 2020

		<p>Situazione attuale N. tumori Utero/Ovaio= 90 (Open Salute) Interventi chirurgici per tumore all'utero effettuati entro 30 gg = 75% Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento neoplasie genito urinarie" Convergenze DPT Salute della donna e del bambino</p>	<p>Entro giugno 2020</p>
<p>6 (Ob.2)</p>	<p>Potenziare la rete integrata della terapia del dolore e le cure palliative al fine di favorire i passaggi tra i vari setting e dare unitarietà ai percorsi (DCA 303/2019)</p>	<p>→ Ridefinire la rete delle cure palliative e della terapia antalgica per livelli di complessità, per uniformarla al modello aziendale delle reti di prossimità e garantire l'equo accesso alle prestazioni</p> <p>→ Definire percorsi (<i>ambulatorio di nutrizione clinica</i>) dedicati alla terapia nutrizionale al paziente fragile, oncologico o con disturbi cognitivi</p> <p>→ Definire percorsi di <i>simultaneous care</i></p> <p>→ Definire i raccordi con il Picc team</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio: incremento del 10% delle attività</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cure palliative malati domiciliari: n. malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla Rete di Cure palliative a domicilio/n. malati deceduti per malattia oncologica per anno - Cure palliative domiciliari: n. annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore - Cure palliative domiciliari: n. malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3gg/n. malati curati a domicilio con assistenza conclusa <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <p>Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</p> <p>Variazione % del rapporto il numero annuo di giornate di palliative domiciliari per i malati deceduti a causa di tumore</p> <p>Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni</p> <p>Per il controllo del percorso IAS "Fast track e nutrizione in oncologia" con UOSD cure palliative e terapia del dolore in collaborazione con IAS "Terapia nutrizionale e NAD e coordinamento accessi venosi"</p> <p>Convergenze: PGOA e DPT Cure primarie con IAS "Assistenza specialistica ambulatoriale rapporti con i MMG, PLS e medici di continuità assistenziale" e Distretti</p> <p>→ Definizione del documento della rete con proposta di ampliamento delle attività al bacino Lazio nord</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Situazione attuale Nuovi casi di tumori 2.080 (dati www.opensalute.it 2017) più frequente colon retto (13,4%) trachea bronchi e polmoni (10,6%) mammella (9,9%) tumori del sangue (7,4%)</p>	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro giugno 2020</p> <p>Triennale</p>
<p>8 (Ob.3)</p>	<p>Revisione della Rete oncologica aziendale e proposta progettuale per una rete oncologica interaziendale DCA U00412/2014, DCA U00368/2014 DCA U00247/2014, DCA U00606/2015 DCA U00467/2017</p>		<p>Entro giugno 2020</p> <p>Triennale</p>

		<p>vescica (7,2) utero e ovaio (4,3%) melanoma 2,4% tiroide 2,9% cervello 2,3% prostata 6,4%</p> <p>Cause ricovero tumori 8,8%</p> <p>Per il controllo del percorso Direttore DPT</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi PDTA</p> <p>Tempo attesa esame istologico 20 gg almeno 80% casi</p> <p>Tempo tra intervento e terapia adiuvante come stabilito almeno 80%</p> <p>Intervallo tra chemio e radioterapia 30 gg almeno nel 80% dei casi</p> <p>Obiettivi Pre-Val.E</p> <p>Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi -ottimale =100, accettabile 80 – 100, media regionale 66.76</p> <p>Stato attuale</p> <p>N. tumori mammella= 205 (Open Salute)</p> <p>Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi: 94,54% (Belcolle)</p> <p>entro 30gg mammella = 90.63%</p> <p>Per il controllo del percorso responsabile la Brest unit con incarichi di alta specializzazione "Senologia diagnostica ed interventistica" e "Coordinamento del trattamento radiante nel PDTA della mammella ..."</p>	Triennale
<p>9 (Ob.3)</p>	<p>Monitoraggio del PDTA della breast unit (del.ne 603/2019)</p>	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Almeno 50 trattamenti radioterapici con intento curativo, con una tolleranza del 10% su tutti i parametri - Il rapporto trattamenti di chirurgia radicale/radioterapia o viceversa non sia superiore a 3:1. <p>Obiettivi Pre-Val.E</p> <p>% interventi chirurgici per tumore alla prostata effettuati entro 30 gg</p> <p>Obiettivi PDTA</p> <p>Rispetto dei tempi di refertazione per istologico e dell'intervallo di tempo nella presa in carico per terapie adiuvanti</p> <p>Situazione attuale</p> <p>N. tumori prostata = 134 (Open Salute)</p> <p>Interventi chirurgici per tumore alla prostata effettuati entro 30 gg = 40</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento neoplasie genito urinarie", "patologia del tratto urogenitale.." e "Coordinamento dei trattamenti radianti dell'apparato urogenitale.."</p> <p>Convergenza con DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di attività</p> <p>Obiettivi PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percentuale di pazienti con risposta dell'esame citologico entro 7 giorni dall'esecuzione dell'agoaspirato. 	Triennale
<p>10 (Ob.3)</p>	<p>Monitoraggio PDTA pazienti con neoplasia prostatica Del.ne 1044/2018 DCA di riferimento 358/2017</p>	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Almeno 50 trattamenti radioterapici con intento curativo, con una tolleranza del 10% su tutti i parametri - Il rapporto trattamenti di chirurgia radicale/radioterapia o viceversa non sia superiore a 3:1. <p>Obiettivi Pre-Val.E</p> <p>% interventi chirurgici per tumore alla prostata effettuati entro 30 gg</p> <p>Obiettivi PDTA</p> <p>Rispetto dei tempi di refertazione per istologico e dell'intervallo di tempo nella presa in carico per terapie adiuvanti</p> <p>Situazione attuale</p> <p>N. tumori prostata = 134 (Open Salute)</p> <p>Interventi chirurgici per tumore alla prostata effettuati entro 30 gg = 40</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento neoplasie genito urinarie", "patologia del tratto urogenitale.." e "Coordinamento dei trattamenti radianti dell'apparato urogenitale.."</p> <p>Convergenza con DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di attività</p> <p>Obiettivi PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percentuale di pazienti con risposta dell'esame citologico entro 7 giorni dall'esecuzione dell'agoaspirato. 	Triennale
<p>11 (Ob.3)</p>	<p>Monitoraggio per la Rete endocrinologica aziendale per la gestione del paziente con il nodulo tiroideo (Del.ne473/2019)</p>	<p>→ Presentazione report trimestrali di attività</p> <p>Obiettivi PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percentuale di pazienti con risposta dell'esame citologico entro 7 giorni dall'esecuzione dell'agoaspirato. 	Triennale

		<ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione falsi positivi <p>Situazione attuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PAC specialistica ambulatoriale diagnostica nodulo tiroideo: n. 130 <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento delle attività per le neoplasie della testa e del collo"</p> <p>Convergenza con "Rete endocrinologica" (DPT medicina e chirurgia) e "Chirurgia della tiroide e delle paratiroidi integrazione con la rete territoriale endocrinologica" (DPT Neuroscienze e organi di senso) e DPT cure primarie</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di attività</p> <p>Obiettivi PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussione dei casi in TDMN, almeno nel 90% dei casi - Valutazione radiologica post intervento, almeno nel 90% dei casi - Rispetto intervallo di tempo inizio trattamenti come stabilito almeno nel 90% dei casi - Pazienti inviati in NCH con diagnosi di tumore cerebrale <p>Stato attuale</p> <p>N. tumori cerebrali = 47 (Open Salute)</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento delle attività per le neoplasie della testa e del collo"</p> <p>Convergenza DPT Neuroscienze</p> <p>→ Condivisione del documento e definizione degli indicatori</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Per il controllo del percorso responsabile UOSD Dermatologia (DPT cure primarie) in convergenza con DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati</p> <p>→ Revisione del documento</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>PANGLA</p> <p>Pre.Va.Le</p> <p>% interventi chirurgici per tumore al colon retto effettuati entro 30 gg > 90%</p> <p>Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni ottimale ≤ 2, accettabile 2-4, media regionale 6.42</p> <p>Stato attuale: 17.65% (Belcolle)</p> <p>Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni ottimale ≤ 1, accettabile 1-3</p> <p>Stato attuale: 4.23% (Belcolle)</p> <p>Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno ottimale ≤, accettabile 5 -8, media regionale 5.87</p> <p>Stato attuale: 8.27% (Belcolle)</p> <p>Situazione attuale</p> <p>N. tumori Colon Retto= 279 (Open Salute)</p> <p>Intervento a 30gg per tumore colon retto = 78.26%</p>	
12 (Ob.3)	Attuazione e monitoraggio del PDTA tumori cerebrali		Triennale
13 (Ob.3)	Attuazione e monitoraggio del Rete dermatologica per i tumori cutanei in deliberazione		Entro marzo 2020 Triennale
14 (Ob.3)	Revisione e monitoraggio del PIC del cancro del colon retto Del.ne 655/2017		Entro giugno 2021 Triennale

15 (Ob.3)	<p>Revisione e monitoraggio PDTA tumore polmonare Del.ne n° 81/2015 e n° 29/2017 DCA U00419/2015</p>	<p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento delle attività cliniche del PDTA del colon retto" in collaborazione con "Coordinamento delle attività per le neoplasie dell'apparato gastroenterico" e "Patologia dell'apparato gastroenterico..." e "Coordinamento dei trattamenti radianti per le neoplasie dell'apparato gastroenterico..."</p> <p>→ Revisione del documento → Presentazione report trimestrali di monitoraggio Stato attuale N. tumori polmone = 220 (Open Salute) Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Immunoterapia dei tumori e coordinamento delle attività per le neoplasie polmonari"</p>	<p>Entro il 2022 Triennale</p>
16 (Ob.3)	<p>Revisione della rete chirurgica aziendale e monitoraggio delle attività secondo DCA 303/2019 e il DM 70/2014</p>	<p>→ Revisione documento "Percorso per l'attivazione della rete chirurgica" (del.239/2016) tenendo conto delle successive deliberazioni (UPAC e percorsi di Preospedalizzazione del.ne 1000/2016 e Regolamento blocco operatorio del.ne 120/2019) secondo il criterio delle reti di prossimità in rispetto alla sicurezza delle cure ed agli standard nazionali → Definizione dei percorsi clinico assistenziali interni alla rete (vedi progetto ERAS) → Presentazione report trimestrali di monitoraggio con incremento attività chirurgica 10%</p> <p>Stato attuale Totale interventi chirurgici anno 2018 n. 9356 Per il controllo del percorso Direttore DPT medico chirurgico CONVERGENZE: DPT DEA</p>	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro settembre 2020 Triennale</p>
17 (Ob.3)	<p>Revisione e monitoraggio della Rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (MAD) (del.ne n. 1009/2016)</p>	<p>→ Revisione del documento Rete clinica per le malattie dell'apparato digerente (MAD) → Presentazione report trimestrali di attività</p> <p>Stato attuale Ricoveri 1166 Prestazioni ambulatoriali 11939</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso: UOC gastroenterologia</p>	<p>Entro il 2020 Triennale</p>
18 (Ob.4)	<p>Definizione della Rete dei laboratori aziendale DCA 303/2019 DCA 219/2014, DCA U00274/2016, DCA 238/17, DCA 116/18, DCA 282/17, DCA 500/17, DCA 549/2015 e del.ne 717/2016; del.ne n. 2428 del 28/12/2018</p>	<p>→ Definizione del documento della rete dei laboratori → Revisione della procedura di appropriatezza diagnostica per la gestione delle componenti monoclonali (del.ne 1008/2016) → Monitoraggio trimestrale delle attività</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento dell'offerta quali-quantitativa - Rispetto dei volumi di attività secondo standard di accreditamento - Riduzione mobilità passiva - Convenzioni attive <p>Obiettivi da DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genetica medica: rispetto dei volumi di attività al DCA 549/2015 - Diagnostica clinica: rispetto dei volumi come da DCA 238/2017 (LECS 3.000.000 annui/spoke sopra 200.000 tranne Acquapendente che è come settore decentrato) - SIMT: incremento del numero di donazioni del sangue e del n. di unità di plasmaderivate raccolte rete chirurgica (del.ne 239/2016) 	<p>Entro aprile 2020</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Anatomia patologica DCAU001116/2018 (punteggio superiore a 21 sulla base degli indicatori soglia per confermare il primo livello) <p>Stato attuale N. esami laboratorio: - Belcolle=252.2931 - Torquinia=268.925 - Civita Castellana=546.450</p> <p>Per il controllo del percorso i responsabili delle UOC/UOSD coinvolte e il capo dipartimento.</p>		
19 (Ob.3)	<p>Definizione della Rete della diagnostica per immagini aziendale (Del.602/2014 e del.ne 271/2016) Monitoraggio (trimestrale) dei volumi di attività, esterni, interni e percorsi dedicati. L'azione contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo di incremento delle attività</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Definizione del documento della rete e revisione del percorso per l'appropriatezza nella diagnostica di immagini → Monitoraggio trimestrale delle attività <ul style="list-style-type: none"> - Incremento dell'offerta quali-quantitativa - Riduzione della mobilità passiva: il valore sarà definito per singola UO/O <p>Stato attuale - Belcolle= n. 44386 prestazioni - Civita Castellana = n. 24390 prestazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> → Monitoraggio delle procedure di teleradiologia attivate presso il PO di Montefiascone e il PT di Orte , valutando il possibile incremento dell'attività, nonché estensione ad altre realtà dell'azienda <p>Per il controllo del percorso i responsabili delle UOC/UOSD coinvolte e il capo dipartimento e l'incarico di alta specializzazione <i>"Organizzazione, qualità, appropriatezza ed informatizzazione in diagnostica per immagini"</i></p>	Entro aprile 2020	Triennale
20 (Ob.4)	<p>Riorganizzazione del DH trasfusionale e revisione della procedura per la trasfusione a domicilio DCA U00282/2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Definizione della procedura → Monitoraggio trimestrale delle attività <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso: "Day hospital trasfusionale" e "Coordinamento delle attività trasfusionali domiciliari" Convergenze DPT cure primarie e distretti</p>	Entro giugno 2020	Triennale
21 (Ob.4)	<p>Implementazione delle attività della radiologia interventistica</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Proposte progettuali e di fattibilità per l'introduzione delle procedure interventistiche diagnostiche e terapeutiche oncologiche (biopsie, termoablazioni ed embolizzazioni o chemioembolizzazioni di neoplasie) → Monitoraggio trimestrale delle attività con incremento delle attività rispetto all'anno precedente <p>Stato attuale: attività Radiologia Interventistica primi 9 mesi anno 2019 = n.280 prestazioni;</p> <p>Per il controllo del percorso UOSD Radiologia vascolare ed interventistica e capo dipartimento</p>	Entro il 2020	
22 (Ob.4)	<p>Attuazione e monitoraggio del PDTA stroke Del.ne 1787/2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Presentazione report trimestrali di attività <p>Esecuzione TC cranio (angio TC) o RMN encefalo in >80% pazienti con sospetto ictus ischemico con referenziazione nel minor tempo possibile</p>		Triennale

		N interventi endovascolare concordata con neurologo Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento e gestione del paziente affetto da Ictus acuto e implementazione del PDTA aziendale per ictus ischemico" (DPT Neuro scienze) Convergenza con responsabile UOSD Radiologia vascolare ed interventistica	
23 (Ob.4)	Collaborazione degli asset trasversali (servizi diagnostici) ai PDTA aziendale	→ Per tutti i PDTA/PIC aziendali e per le attività di day service concordare le modalità di invio e le disponibilità di slot in agenda da dedicare alle specifiche attività	Triennale

B. PIANI DI DIFFUSIONE: AZIONI PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLE COMUNITÀ E COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI

Obiettivi

1. Promozione di azioni tese al miglioramento della performance dei professionisti

Attraverso:

- Audit organizzativi e clinici
- Formazione tra pari o con esperti per promuovere l'EBP
- Addestramento
- Gruppi di lavoro per la stesura di procedure/percorsi
- Sviluppo di attività/servizi a supporto dell'autocura

2. Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi

Attraverso

- Promozione di azioni partecipate con il volontariato/associazionismo per l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi e per favorire l'offerta attiva
- Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi, implementazione di percorsi facilitanti
- Attuazioni di azioni volte all'autocura e alla promozione della salute

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Audit clinici e organizzativi periodici	→ Audit clinici ed organizzativi, in particolare in merito all'appropriatezza diagnostica e prescrittiva (sia per gli interni che per i MMG) che portino alla stesura di un documento condiviso. Dovrà essere condotto almeno un audit/anno → FSC per i gruppi multidisciplinari in oncologia Per il controllo del percorso Responsabile DPT in collaborazione con il Board scientifico Convergenze: UOSD Formazione, GoPS, Risk manager.	Entro il 2020
2 (Ob.1)	Aggiornamento sulle ultime EBP	→ Aggiornamento sulle Linee guida sull'appropriatezza dell'antibiotico profilassi perioperatoria come da del.ne 1369/2019. Almeno il 50% dei chirurghi devono partecipare all'evento formativo Responsabile dell'evento: Dr. Caterini Per il controllo: i responsabili UO/OCC Chirurgiche Convergenze: UOSD Formazione, GoPS	Entro il 2020
3 (Ob.1)	Istituzione del gruppo di lavoro per la redazione di percorsi/procedure con FSC	→ Percorsi di formazione su campo per i gruppi di lavoro dedicati alla costruzione di PDTA e procedure (Vedi parte A) - PDTA per il sospetto linfoma	Entro il 2020

		<ul style="list-style-type: none"> - Procedura per la gestione dei pazienti affetti da leucemia acuta e/o sottoposti a trapianto di cellule staminali - Procedura per la gestione del paziente neutropenico febbrile <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT Convergenze: UOSD Formazione, GoPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Tavoli di lavoro con il volontariato a cadenza periodica almeno semestrale → Progetti attivi da mantenere ed incrementare: Corso di Nuoto, Trucco, Capelli, Bellezza delle Mami, Decoriamo l'Oncologia <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT In collaborazione con l'area della comunicazione</p>	Triennale
4 (Ob.2)	Mantenimento e implementazione dei progetti di umanizzazione		<ul style="list-style-type: none"> → Diffusione della Procedura risonanza magnetica in portatori di pacemaker → Incrementare l'attività grazie alla maggior diffusione della pratica tra i MMG, anche con azioni di richiamo verso pazienti di altri distretti → Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Organizzazione, qualità, appropriatezza ed informatizzazione in diagnostica per immagini" → Diffusione della Procedura della radiologia domiciliare → Incrementare l'attività grazie alla maggior diffusione della pratica tra i MMG → Per il controllo del percorso Responsabile UOSD diagnostica per immagini e radiologia domiciliare → Definizione di ulteriori procedure per la presa in carico dei soggetti fragili (bambini/disabili) e/o in condizioni particolari per le prestazioni radiologiche in raccordo con le UOC di anestesiology → Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Organizzazione, qualità, appropriatezza ed informatizzazione in diagnostica per immagini" → Proposta per la prenotazione degli esami ematici in fasce orarie dedicate, come da sperimentazione in atto a Civita Castellana → Monitoraggio e verifica della possibile estensione del modello (come volumi e punti di erogazione) Verificare il raccordo con sistemi di prenotazione e pagamento on line → Per il controllo del percorso il responsabile UOC/UOSD diagnostica clinica, DS e Cure primarie → Riduzione dei tempi d'attesa per il ritiro del referto per le reti di diagnostica → Per il controllo del percorso i responsabili UOC/UOSD diagnostica clinica e diagnostica per immagini → Implementazione attività del PICC team → Per il controllo del percorso Terapia nutrizionale e NAD e coordinamento accessi venosi 	Entro il 2020 in scaling up
5 (Ob.2)	Implementazione di azioni di orientamento e facilitazione all'utenza		<ul style="list-style-type: none"> → Partecipazione al Progetto aderenza terapeutica e comportamentale previsto nell'ambito della Sala d'attesa dei pazienti dimessi, individuando bisogni educativi prevalenti e definendo i raccordi con l'area socio sanitaria integrata → Per il controllo del percorso Direzione sanitaria polo → Convergenza con tutti i DPT, GoPS, UOSD formazione, PGOA, Area comunicazione, URP 	
6 (Ob.2)	Implementazione di azioni di autocura al momento della dimissione		<ul style="list-style-type: none"> → Tutte le proposte progettuali (reti/percorsi) devono contenere il Piano di diffusione (100%) 	Entro gennaio 2020
7 (Ob.1/2)	Redazione e attuazione dei piani di diffusione deliberati (Del.ne 202 /2019)			Triennale

		<p>→ Rispetto dei tempi e delle azioni previsti nei piani di diffusione deliberati almeno per l'80% di quanto previsto Per il controllo UOSD Formazione e area della comunicazione con i referenti per i singoli piani di diffusione</p>	Triennale
9 (Ob.2)	<p>Collaborazione alla realizzazione delle azioni del PAP</p>	<p>→ Partecipazione alla realizzazione dei progetti contenuti nel PAP per obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1.1, 1.1.3 - 1.2.7, 1.2.8, - 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3 <p>→ Collaborazione raccolta dati per il registro tumori</p> <p>Per il controllo Direttore DPT</p> <p>Convergenze: DPT prevenzione</p>	Triennale
10 (Ob.2)	<p>Collaborazione all'attuazione del nuovo sistema gestione segnalazioni e reclami</p>	<p>→ Garantire la collaborazione nella condivisione del processo per la gestione delle segnalazioni e le successive azioni di miglioramento utili al fine della risoluzione delle criticità</p> <p>→ Condivisione delle procedure</p> <p>Responsabile del percorso: URP, Area della Comunicazione</p> <p>CONVERGENZE: tutti i DPT e PGOA</p>	Triennale Entro febbraio 2020

C. SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE E OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivi

1. Dimensionamento e riorganizzazione dell'offerta sulla base dei punti di erogazione e dell'intensità di cura (sui principi di prossimità, sicurezza e nell'ambito della rete hub/ spoke)
2. Potenziare le azioni di transitional care
3. Innovazione dei processi grazie al supporto dell'information technology
4. Monitoraggio degli esiti e delle politiche di governance

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Dimensionamento dei servizi nell'ambito della Rete Aziendale in un'ottica di equilibrio domanda/offerta	→ Progettazione dell'articolazione e della localizzazione dei servizi sulla base dei principi di prossimità, sicurezza, volumi di attività, dotazione tecnologica e strumentale Convergenza: Distretti e Cure Primarie	Entro marzo 2020
2 (Ob.1)	Attivazione dell'area socio sanitaria integrata con la sala accoglienza dei pazienti dimessi	→ Collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo alla progettazione dell'area socio sanitaria integrata H/T → Rispetto dei regolamenti condivisi nell'ambito di progettazione e secondo indicatori condivisi → Invio al servizio sociale ospedaliero delle segnalazioni per le dimissioni difficili entro la terza giornata di ricovero come da procedura (in deliberazione) almeno nell'80% dei casi Per il controllo del percorso Direzione sanitaria Polo Convergenza: tutti i DPT	Entro gennaio 2020 Triennale Triennale
3 (Ob.2)	Riorganizzazione delle aree mediche e chirurgiche in aree a bassa, media e alta intensità di cura	→ Condivisione e approvazione regolamento TIPO Per il controllo del percorso Direttore DEA Convergenza con i DPT neuroscienze e organi di senso/DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati/ DPT Oncematologico di diagnosi e cura	Entro giugno 2020
4 (Ob.2)	Istituire gli ambulatori multiprofessionali per il paziente oncologico complesso	→ Definire le proposte progettuali per istituire ambulatori condivisi per il: 1. Percorso ambulatoriale di Onco-Emato-Nefrologia Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento neoplasie genito urinarie" Convergenze con UOC nefrologia e dialisi 2. Percorso ambulatoriale Onco-Ginecologico Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento neoplasie genito urinarie" Convergenze con UOC ostetricia e ginecologia incarico di alta specializzazione in "Oncologia ginecologica" 3. Convergenze tra UOC ematologia (incarico?)e UOC medicina (incarico di alta specializzazione "Ottimizzazione dei percorsi per l'osteoporosi e i disturbi metabolici del calcio" 4. Ambulatorio donne ad alto rischio tumore alla mammella (DCA 189/2017) Per il controllo del percorso UOSD diagnostica e screening senologico in convergenza con Citogenetica 5. Ambulatorio multiprofessionale per la nutrizione clinica Per il controllo del percorso IAS "Terapia nutrizionale e NAD e coordinamento accessi venosi" e IAS "Fast track e nutrizione in oncologia") convergenza con DPT Cure primarie	Entro il 2020 in scaling up

	<p>6. Istituzione dell'ambulatorio multiprofessionale per la nutrizione clinica Per il controllo del percorso IAS "Terapia nutrizionale e NAD e coordinamento accessi venosi" e IAS "Fast track e nutrizione in oncologia" Convergenza Distretti e PGOA</p>		Entro il 2020 Triennali
5 (Ob.3)	<p>Applicazione dell'IT ai processi assistenziali</p>		
6 (Ob.4)	<p>Riduzione dei tempi d'intervento nell'erogazione delle cure</p>	<p>→ Potenziare i processi di teleradiologia anche nell'ottica delle reti interaziendali → Compilazione del Registro operatorio informatizzato nei tempi e modi previsti 100% → Compilazione della cartella clinica informatizzata nei tempi e modi previsti 100% → Utilizzo scheda SIAT alla dimissione del paziente da inviare in ADI 100% → Ricorso abituale alla prescrizione dematerializzata (SISMED) → Ricorso alla prenotazione su Recup per gli slot e le agende esclusive → Monitoraggio periodico delle prestazioni registrate su digitatt (vedi prestazioni PACC team) → Rispetto dei tempi per inserimento dati in GISCOR, GISCI e SIPSOWEB <i>*i singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative</i></p>	Triennali
6	<p>Riduzione dei tempi d'intervento nell'erogazione delle cure</p>	<p>→ Rispetto dei valori soglia da PNGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021/ recepimento regionale con DCA U0030225/2019) Situazione attuale attesa entro 30gg ricovero ordinario media Dipartimento =83% attesa entro 30gg ambulatoriale media Dipartimento=91% → Utilizzo delle agende esclusive per i controlli e i follow-up in almeno il 90% dei casi → Incremento delle attività di day service (PAC/APA/PAS) di almeno il 10% rispetto all'anno precedente → Rispetto dei tempi ottimali per esami e prestazioni richiesti in consulenza dal P.S. e/o dai reparti → Frequenza di infezioni post chirurgiche come indicatori di sicurezza del paziente, misurano la frequenza di complicanze associate a procedure chirurgiche e prolungamento dei tempi di ricovero (DM 12 marzo 2019) → Frequenza di embolie polmonari o DVT post chirurgiche come indicatori di sicurezza del paziente, misurano la frequenza di complicanze associate a procedure chirurgiche e prolungamento dei tempi di ricovero (DM 12 marzo 2019) <i>*i singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative</i></p>	Triennali
7 (Ob.4)	<p>Azioni di monitoraggio e controllo (volumi e qualità) nell'ottica del rispetto delle direttive nazionali e regionali</p>	<p>→ Corretta codifica delle prestazioni e chiusura/invio delle cartelle cliniche nei tempi previsti dalla normativa regionale 100% → Miglioramento indice di case mix >1 Stato attuale: 1.304 → Degenza media come da indicatori regionali e appropriata scelta del setting assistenziale Stato attuale: 10.2 gg → DRG valorizzati a zero per ritardo nella chiusura o per DRG non erogabili <1 → Degenza media come da obiettivi regionali e appropriata scelta del setting assistenziale → Riduzione numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari in elezione → Riduzione DRG medici dimessi da reparto chirurgico → riduzione valore mobilità passiva; → incremento attività rispetto all'anno precedente; → Garantire la dimissione del paziente entro le ore 12,00 in almeno 90% dei casi</p>	Triennali

8 (Ob. 4)	<p>Azioni di ottimizzazione della spesa</p>	<p>→ % rinvii interventi operatori per esami aggiuntivi post ricovero = 0%</p> <p>→ Corretta compilazione check list di sala operatoria 100%</p> <p>→ Corretta compilazione della scheda di valutazione del dolore e appropriata prescrizione terapeutica 100%</p> <p>→ Corretta osservazione del regolamento dell'UPAC, Blocco operatorio e percorso di preospedalizzazione (del.ne 1000/2016; 120/2019)</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente come indicatore che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. b patto della salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario come indicatore di utilizzo inappropriato del setting ospedaliero, fornisce informazioni sull'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 gg con la stessa MDC come indicatore per la misura della quota di pazienti sottoposti a nuovo ricovero a breve distanza, con la medesima categoria diagnostica di una precedente ospedalizzazione e, come tale, in grado di esprimere la mancata efficacia di quest'ultima - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità (B, C, D) in rapporto al totale di prestazioni della stessa classe come indicatore che monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità, permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa - Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, gr; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, fattore viii, fattore ix, albumina) indicatori (a rotazione) che misurano sia la capacità di garantire i prodotti "drivers" che l'ottimizzazione dell'impiego della risorsa sangue - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico di tumore è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del ministero della salute definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico e follow up endoscopico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del ministero della salute definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. <p>*I singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controllo della spesa e monitoraggio del budget assegnato - Incremento delle attività ambulatoriali (volumi, peso e produttività) - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti (antibiotici, antidepressivi, inibitori di pompa, antipertensivi, statine) come indicatore composito per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza (DM 12 marzo 2019) - Applicazione delle linee guida sull'appropriatezza dell'antibiotico profilassi perioperatoria (del.ne 1369/2019) 	Triennali
--------------	--	--	-----------

	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo pro capite di prestazioni di laboratorio e di RM osteoarticolari in pazienti anziani con piu' di 65 aa come indicatori proxy dell'appropriatezza nel consumo di prestazioni ambulatoriali (DM 12 marzo 2019) - fornitura trimestrale dell'elenco e le tipologie dei reagenti scaduti alla farmacia /e-procurement <p><i>* i singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative</i></p>
--	---

D. COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI A GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA

Obiettivi

1. Rispetto degli impegni di programma attraverso il sistema di networking aziendale e delle responsabilità dei professionisti come di seguito disegnato:

		RESPONSABILE	TIPOLOGIA INCARICO	OBIETTIVI
UOC	Oncologia e rete oncologica	Ruggeri Enzo Maria		rispetto degli obiettivi di contratto
	Chirurgia Generale Oncologica	Alberti Domenico		rispetto degli obiettivi di contratto
	Ematologia	Trapè Giulio		rispetto degli obiettivi di contratto
	Radioterapia	Rosetto M. Elena		rispetto degli obiettivi di contratto
	Diagnostica clinica Polo	Silvestri M. Assunta		rispetto degli obiettivi di contratto
	SIMNT	Da Ros Silvia		rispetto degli obiettivi di contratto
	Anatomia e Istologia Patologica	Cristi Emanuela		rispetto degli obiettivi di contratto
	Diagnostica per Immagini	Marconi Massimo		rispetto degli obiettivi di contratto
UOSD	Medicina Nucleare	Maccafoe Stefano		rispetto degli obiettivi di contratto
	Radiologia vascolare e interventistica	Ortensi Mariano		rispetto degli obiettivi di contratto
	Fisica sanitaria	Chiazzi Leonardo		rispetto degli obiettivi di contratto
	Diagnostica clinica di urgenza Tarquinia			rispetto degli obiettivi di contratto
	Diagnostica clinica di urgenza Civita Castellana	Bonavia Valerio Paolo		rispetto degli obiettivi di contratto
	Laboratorio di Genetica Medica	D'Angelo Gennaro		rispetto degli obiettivi di contratto
	Diagnostica per Immagini Civita Castellana	Brescia		rispetto degli obiettivi di contratto
	Diagnostica per Immagini Tarquinia e radiologia domiciliare	Capocchia Rinaldo		rispetto degli obiettivi di contratto
UOS	Rx d'urgenza Viterbo	Filoscia Andrea		rispetto degli obiettivi di contratto
	Diagnostica muscoloscheletrica e malattie neurodegenerative	Cardello Paolo		rispetto degli obiettivi di contratto
	Diagnostica per immagini Acquapendente	Bigerina Arturo		rispetto degli obiettivi di contratto
I.A.S	Chirurgia oncologica esofagogastrica e del tenue mesenteriale	Picciollo Maurizio	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Fast track e nutrizione in chirurgia oncologica	Feroce Antonio	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento delle attività cliniche del PDTA del colon retto	Goglia Angelo	RETE	rispetto degli obiettivi di contratto
	Chirurgia nel trattamento multimodale dei tumori solidi	Marzano Marco	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Patologia della mammella, patologia della placenta e citopatologia aspirativa	Massari Annalisa	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto

	Patologia dell'apparato gastro-enterico, patologia del fegato-vie biliari, pancreas, nefropatologia	Ranalli Teresa Valentina	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Patologia del tratto uro-genitale maschile e femminile	Verrico Giovanna	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento dell'attività ambulatoriale multidisciplinare e gestione dell'integrazione del trattamento radiante nel percorso diagnostico terapeutico per le neoplasie del distretto ORL	Florentino Giuseppe	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento dei trattamenti radioterapici e dell'attività ambulatoriale per le neoplasie dell'apparato urogenitale	Carcaterra Maurizio	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento dell'integrazione del trattamento radiante nel PDTA e dell'attività ambulatoriale per le neoplasie del distretto gastroenterico	Rosetto Maria Elena	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento dell'integrazione del trattamento radiante nel percorso diagnostico terapeutico e dell'attività ambulatoriale per le neoplasie della mammella	Mazzuoli Lidia	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Immunodiagnostica	Brescia Rita	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Ematologia e citofluorimetria	Guastini Maurizio	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Microbiologia	Picari Ivano	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Biologia molecolare	Rossi Isabella Maria	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Organizzazione, qualità, appropriatezza ed informatizzazione in diagnostica per immagini	Carriero Angelo Gaetano	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Senologia diagnostica ed interventistica	Pannega Emiliana	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Neuroradiologia	Riano Sforza Alessandro	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Gestione clinica delle sindromi mieloproliferative croniche ph negative	De Gregoris Grazia	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento programma trapianto autologo	Trapè Giulio	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Gestione clinica dei mielomi e della amiloideosi AL	Fiorini Alessia	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento della Assistenza domiciliare e specialistica ematologica e cure palliative	Morucci Marco	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Gestione clinica della leucemia linfatica cronica e dei linfomi di Hodgkin e non Hodgkin indolenti	Faluccci Paolo	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento delle attività di degenza ed ordinaria	Padalino Domenico	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento delle attività per le neoplasie dell'apparato gastroenterico	Signorelli Carlo	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento delle attività per le neoplasie dell'apparato genito-urinario	Primi Francesca	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Immunoterapia dei tumori e coordinamento delle attività per le neoplasie polmonari	Nelli Fabrizio	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento delle attività per le neoplasie della testa e del collo	Chielli Mario Giovanni	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Raccolta emocomponenti sul territorio ed aferesi produttiva	Mandarello Gabriele	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento delle attività trasfusionali domiciliari	Cosenza Maurizio	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Day hospital trasfusionale	Trenta Maurizio	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Terapia con radiofarmaci	Fiore Melacrinis Francesca	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E ORGANI DI SENSO

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E ORGANI DEL SENSO

Finalità

Il Dipartimento di Neuroscienze e Organi di senso è dedicato alla diagnosi ed al trattamento delle affezioni del sistema nervoso centrale e periferico, di natura traumatica, vascolare, oncologica, infiammatoria e degenerativa.

La del Dipartimento è quello di offrire servizi preventivi, diagnostici e assistenziali di alto profilo integrati tra di loro e favorire la formazione e lo sviluppo delle competenze in merito ad un gruppo eterogeneo e complesso di patologie (congenite ed acquisite) al fine di garantire un appropriato ed efficace iter diagnostico-terapeutico ai pazienti con patologie del sistema nervoso centrale, periferico, del distretto cervicale e dello splancnocranio e degli organi affini.

Si pone come impegno quello di identificare linee di attività condivise e convergenti, che garantiscano la sicurezza delle cure e la presa in carico nelle reti tempo dipendenti e il raccordo con la rete territoriale per le patologie croniche, in particolare quelle neurodegenerative, anche attraverso meccanismi di innovazione organizzativa e dei processi di cura.

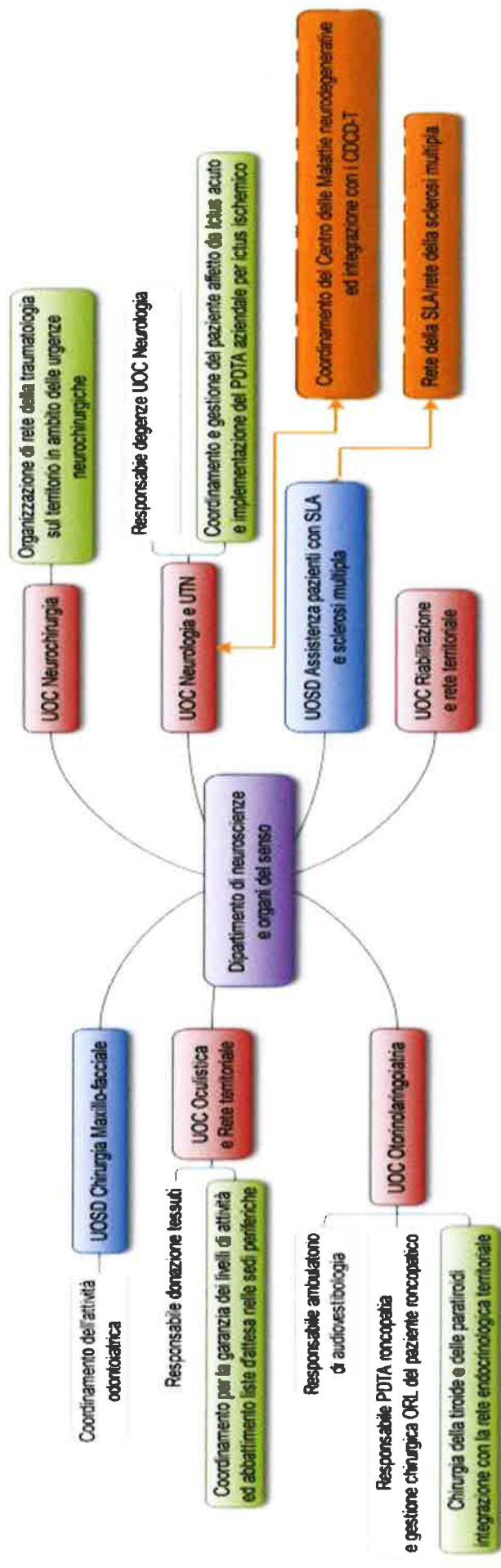
Le unità del dipartimento sono chiamate al miglioramento quali-quantitativo, all'attuazione di processi di lavoro trasversali e sinergici e all'attivazione di percorsi formativi atti a garantire gli standard di sicurezza a garanzia del mantenimento/accrescimento dell'expertise dei professionisti.

Razionale

L'obiettivo è quello di potenziare le capacità di presa in carico dei bisogni di salute:

- favorendo l'approccio multidisciplinare alle malattie ictali (traumatiche, ischemiche ed emorragiche), neoplastiche e degenerative in un'ottica di omogeneità e appropriatezza delle indagini e dei trattamenti;
- perseguendo l'integrazione con le strutture di confine in ambito interdipartimentale e lo sviluppo di piani diagnostico terapeutici condivisi, nell'obiettivo di mantenere la continuità assistenziale e favorire il recupero/mantenimento di abilità funzionali residuali
- potenziando l'attrattività dei servizi e delle prestazioni erogate, anche al fine di diventare un polo di attrattività extra aziendale e extraregionale

Il sistema di networking del Dipartimento Neuroscienze e Organi di Senso



A. EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO E AZIONI DI PREVENZIONE A GARANZIA DEL MANTENIMENTO DELLO STATO DI SALUTE

Obiettivi

Efficientare le attività proprie del dipartimento, consolidando e riqualificando l'offerta assistenziale attraverso:

1. Definizione, monitoraggio e revisione delle reti cliniche (tempo dipendenti e non) e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali
2. la continuità assistenziale lungo la dimensione temporale del trattamento di prevenzione, diagnosi e cura in particolare per i pazienti con cronicità
3. l'ottimizzazione dei tempi di gestione dei pazienti nei diversi contatti di cura

	Indicatori	Risultato atteso:	Tempi
1 (Ob.1)	Attuazione e monitoraggio PDTA tumori cerebrali	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>→ Presentazione progetto "Rete neurooncologica interaziendale"</p> <p>Obiettivi PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - discussione dei casi in TDMN: almeno nel 90% dei casi; - valutazione radiologica post intervento: almeno nel 90% dei casi; - rispetto intervallo di tempo per l'inizio trattamenti nel post intervento: almeno nel 90% dei casi <p>Obiettivo Prevale</p> <p>Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia ottimale ≤ 1.5, accettabile 1.5–3.5 media regionale 2.49</p> <p>Stato attuale:</p> <p>nuovi casi di tumori 2.080 2017 cervello 2,3% mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia 3,08%</p> <p>Per il controllo del percorso del percorso responsabile UOC neurochirurgia in collaborazione con l'incarico di alta specializzazione Neuroradiologia e Coordinamento delle attività per le neoplasie della testa e del collo</p> <p>Convergenze DPT Oncoematologico di diagnosi e cura</p>	Triennale Entro giugno 2020
2 (Ob.1)	Attuazione e monitoraggio PDTA Stroke (DCA 257/2017 e del.ne DG n. 1787/2019)	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantire i trasporti primari per ictus verso nodi della rete nei tempi previsti: almeno nel 60% dei casi; - garantire i trasferimenti secondari per ictusa da TNY/PS e verso UTN I/II e da UTN I a UTN II: nel 100% dei casi; - trasferimenti secondari per ictus all'interno della macroarea: 100% - garantire le terapie in urgenza: nel 100% dei casi eleggibili; <p>Obiettivi PDTA stroke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esecuzione della trombolisi endovenosa e/o della rivascolarizzazione in tutti i pazienti che presentano i criteri di inclusione per tali procedure. - Time "door to niddle" > 60 min in meno del 50% dei pazienti trattati. - Esecuzione TC cranio o RMN encefalo in >80% pazienti con sospetto ictus ischemico acuto. - Esecuzione test per la disfasia in > 80% dei pazienti affetti da ictus ischemico acuto. - Dimissione con terapia antiaggregante in > 80% affetti da ictus ischemico acuto - Dimissione con terapia anticoagulante in > 80% affetti da ictus ischemico acuto cardiembolico 	Triennale

	<p>Obiettivi DM 12 marzo 2019 Mortalità a 30 gg dal primo ricovero per ictus ischemico come indicatore di appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico terapeutico per ictus ischemico, che inizia con il ricovero ospedaliero</p> <p>Obiettivo PREVALE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mortalità a 30 gg ≤ 8 (accettabile 8 – 10) Media regionale 11,3% <p>STATO ATTUALE:</p> <p>Mortalità a 30 gg</p> <ul style="list-style-type: none"> Belcolle: 13,74%; Tarquinia: 16,28% Civita Castellana: 32,35% Acquapendente: 15,38% <p>Casi di ictus riportati da www.opensalutelazio.it n.568 anno 2016</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento e gestione del paziente affetto da ictus acuto e implementazione del PDTA aziendale per ictus ischemico"</p> <p>Convergenze DEA</p> <ul style="list-style-type: none"> → Definizione del documento con condivisione degli indicatori → Monitoraggio trimestrale degli indicatori del percorso; <p>Per il controllo del percorso del percorso Responsabile UOC neurochirurgia</p> <p>Convergenze DEA</p> <ul style="list-style-type: none"> → Revisione del Percorso → Monitoraggio trimestrale degli indicatori → Stato attuale 479 casi riportati da www.opensalutelazio.it nel 2016 <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Rete della SLA e della SM"</p> <p>Convergenze: DPT cure primarie e distretti</p> <ul style="list-style-type: none"> → Definizione del documento con condivisione degli indicatori → Monitoraggio trimestrale degli indicatori <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Rete della SLA e della SM"</p> <p>Convergenze: DPT Cure Primarie e distretti</p> <ul style="list-style-type: none"> → Revisione del documento → Presentazione report trimestrali di monitoraggio <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Assistenza specialistica ambulatoriale rapporti con i MMG, PLS e medici di continuità assistenziale" in collaborazione con "Coordinamento dell'attività odontoiatrica"</p> <p>Convergenze DPT neuroscienze e organi di senso</p> <ul style="list-style-type: none"> → Monitoraggio trimestrale degli indicatori <ul style="list-style-type: none"> - rispetto degli indicatori di processo: almeno nel 90%; - % pazienti con diagnosi istologica comunicata entro 21 gg dall'intervento: >90%; - rispetto valore soglia interventi chirurgici per nodulo tiroideo : >50 casi/anno <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Rete endocrinologica"</p> <p>Convergenze DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati e DPT cure primarie</p> <ul style="list-style-type: none"> → Implementazione delle attività con la dotazione della cartella smart digital clinic 	<p>3 (Ob.1)</p> <p>Definizione PDTA ictus emorragico spontaneo</p> <p>4 (Ob.2)</p> <p>Revisione e monitoraggio PDTA Sclerosi Multipla (del.ne 796/2016);</p> <p>5 (Ob.2)</p> <p>Definizione PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (DCA 412/2014)</p> <p>6 (Ob.1/2)</p> <p>Revisione e monitoraggio attività rete odontoiatrica rete Odontoiatrica (del.ne 1626/2017, del.ne 1418/2018)</p> <p>7 (Ob.1/2)</p> <p>Monitoraggio per la Rete endocrinologica aziendale per la gestione del paziente con il nodulo tiroideo (del.ne n. 473/2019)</p> <p>8 (Ob.2)</p> <p>Monitoraggio della rete disturbi cognitivi e le demenze (del.ne 1309 del 2/9/2019)</p>	<p>Entro giugno 2020 Triennale</p> <p>Entro settembre 2020 Triennale</p> <p>Entro settembre 2020 Triennale</p> <p>Entro giugno 2020 Triennale</p> <p>Triennale</p> <p>Entro settembre 2020</p>
--	--	--	--

→ Definizione dei percorsi di integrazione H/T

→ Presentazione relazione trimestrali

Obiettivi PDTA

di processo:

- tempo di attesa per prima visita per singolo CDCD
- tempo di attesa intervento UVMD Integrata/presa in carico (gold standard 30-60-90 eg. case mix);

volumi

- n. valutazioni in UVMD /n. prese in carico pazienti con demenza (90%).
- n. prime visite/anno per singolo CDCD;
- n. visite di follow-up/anno per singolo CDCD;
- n. prime valutazioni neuropsicologiche/anno per singolo CDCD;
- n. di follow-up neuropsicologici/anno per singolo CDCD;
- n. di pazienti inviati dal CDCD-T al CDCD-H
- n. di pazienti inviati dal CDCD-H al CDCD-T
- n. PAC erogati

Spesa per farmaci ad erogazione diretta

di esito:

- n. dimissioni da reparti per acuti con diagnosi demenza (standard di riferimento< dell'anno precedente);
- n. pazienti con demenza assistiti a domicilio /n. pazienti istituzionalizzati (standard di riferimento > 1)

Intanico di alta specializzazione per il controllo del percorso: "Coordinamento Centro delle Malattie neurodegenerative ed integrazione con i Centri per i disturbi cognitivi e demenze territoriali" (DPT Neuroscienze e organi di senso)

Convergenze DPT cure primarie

- Revisione dei documenti nelle more della riorganizzazione dell'attività con la nuova dotazione diagnostica e di posti letto
- Presentazione report trimestrali di monitoraggio indicatori di esito
 - Numero di pazienti a cui è stata pianificata una dimissione coinvolgendo il territorio per la presa in carico 72 h prima della dimissione/totale ricoveri
 - N. pazienti che iniziano la fisioterapia entro 48 h dal ricovero con diagnosi di Stroke in PS / n. pazienti ricoverati per stroke in collaborazione con la UOC Neurologia e UTN

Revisione e/o implementazione dei FT come segue:

- FT ORL/OO definire slot ambulatoriali dedicati in alternativa al percorso fast track per urgenze differibili
- Attivazione percorso ambulatoriale dedicato per paziente con patologia maxillo facciale
- Presentazione report trimestrali di monitoraggio

Stato attuale

- *fast track Oculistica: 1217 anno 2018*
- *fast track Otorino: 160 anno 2018*
- *fast track Non attribuibili: 81 anno 2018*

9
(Ob.2)
Revisione e monitoraggio della rete Riabilitativa (del.ne 1422 del 22/8/2017)

Entro febbraio 2020
Triennale

10
(Ob.3)
Revisione e implementazione dei fast track (FT) (del.ne 938/2016) e dei percorsi ambulatoriali dedicati ai pazienti inviati da PS

Entro settembre 2020
Entro settembre 2020
Triennale

11 (Ob.3)	<p>Individuazione del modello organizzativo del trauma team e dei percorsi correlati</p> <ul style="list-style-type: none"> → Istituzione del trauma team (gruppo di lavoro) e definizione delle modalità organizzativo e dimensionamento delle attività → Revisione del documento Trauma maggiore → Definizione dei percorsi clinico assistenziali in emergenza urgenza → Presentazione report trimestrali di attività <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento della traumatologia in ambito di urgenze NCH"</p> <p>Convergenze: DPT Oncematologico di diagnosi e cura ("UOS Rx d'urgenza" e <i>UOSD radiologia vascolare ed interventistica</i>), DPT DEA "Gestione e Coordinamento dei percorsi in emergenza e urgenza" e "Gestione del paziente con trauma cranico" "Ottimizzazione dei percorsi di traumatologia nella rete dell'emergenza..." e <i>UOC anestesiologia</i></p>	<p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Monitoraggio processi di triage" e "Monitoraggio dei processi di facilitazione" (DEA);</p> <p>CONVERGENZE: DEA, DPT Medico chirurgico e dei percorsi integrati</p>	<p>Triennale</p> <p>Entro marzo 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Triennale</p>
--------------	---	---	---

B. PIANI DI DIFFUSIONE: AZIONI PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLE COMUNITÀ E COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI

Obiettivi

→ **Promozione di azioni tese al miglioramento della performance dei professionisti**

Attraverso:

- Audit organizzativi e clinici
- Formazione tra pari o con esperti per promuovere l'EBP
- Addestramento
- Gruppi di lavoro per la stesura di procedure/percorsi
- Sviluppo di attività/servizi a supporto dell'autocura

→ **Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi**

Attraverso

- Promozione di azioni partecipate con il volontariato/associazionismo per l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi e per favorire l'offerta attiva
- Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi, implementazione di percorsi facilitanti
- Attuazioni di azioni volte all'autocura e alla promozione della salute

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	<p>Audit clinici e organizzativi periodici</p>	<p>→ Audit clinici ed organizzativi, in particolare in merito all'appropriatezza diagnostica e prescrittiva (sia per gli interni che per i MMG) che portino alla stesura di un documento condiviso. Dovrà essere condotto almeno un audit/anno</p> <p>→ FSC "Discussione casi clinici in neuroscienze (almeno un incontro al mese)</p> <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT in collaborazione con il Board scientifico</p> <p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS, Risk manager.</p>	<p>Entro il 2020</p>
2 (Ob.1)	<p>Aggiornamento sulle ultime EBP</p>	<p>→ Aggiornamento sui PDTA di recente istituzione</p> <p>Per il controllo Responsabile DPT</p>	<p>Entro il 2020</p>

		<p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS</p> <p>→ Aggiornamento sulle linee guida sull'appropriatezza dell'antibiotico profilassi perioperatoria come da del.ne 1369/2019.</p> <p>Almeno il 50% dei chirurghi devono partecipare all'evento formativo</p> <p>Responsabile dell'evento Dr. Caterini</p> <p>Per il controllo i responsabili UO/OCC Chirurgiche</p> <p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS</p>	
3 (Ob.1)	Istituzione del gruppo di lavoro per la redazione di percorsi/procedure con FSC	<p>→ Percorsi di formazione su campo per i gruppi di lavoro dedicati alla costruzione di PDTA e procedure</p> <ul style="list-style-type: none"> - PDTA Ictus emorragico spontaneo - Percorsi per le malattie neurodegenerative <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT</p> <p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS</p>	Entro il 2020
4 (Ob.2)	Implementazione di azioni di autocura al momento della dimissione	<p>→ Partecipazione al Progetto aderenza terapeutica e comportamentale previsto nell'ambito della Sala d'attesa dei pazienti dimessi, individuando bisogni educativi prevalenti e definendo i raccordi con l'area socio sanitaria integrata</p> <p>→ Attivazione di percorsi di auto cura per la prevenzione primaria e secondaria delle lesioni da pressione a domicilio</p> <p>→ Attivazione di percorsi di auto cura volte alle attività di movimentazione del paziente a domicilio</p> <p>Per il controllo del percorso Direzione sanitaria polo</p> <p>Convergenza con tutti i DPT, GoPS, UOSD formazione, PGOA, Area comunicazione, URP</p>	Entro giugno 2020 Triennale Triennale
5 (Ob.1/2)	Attuazione dei piani di diffusione deliberati (Del.ne 202 /2019)	<p>→ Tutte le proposte progettuali (reti/percorsi) i devono contenere il Piano di diffusione (100%)</p> <p>→ Rispetto dei tempi e delle azioni previsti nei piani di diffusione deliberati almeno per l'80% di quanto previsto</p> <p>Per il controllo UOSD Formazione e area della comunicazione con i referenti per i singoli piani di diffusione</p>	Triennale
6 (Ob.2)	Collaborazione alla realizzazione delle azioni del PAP	<p>→ Presentare relazione sulle azioni integrate al PAP attuate nell'anno per gli obiettivi al punto: 1.1.8, 1.2.1, 1.2.2</p> <p>Obiettivo DCA</p> <p>→ N. campagne attivate riguardanti la promozione della salute e corretti stili di vita</p>	Triennale
7 (Ob.2)	Collaborazione all'attuazione del nuovo sistema gestione segnalazioni e reclami	<p>→ Garantire la collaborazione nella condivisione del processo per la gestione delle segnalazioni e le successive azioni di miglioramento utili al fine della risoluzione delle criticità</p> <p>→ Condivisione delle procedure</p> <p>Responsabile del percorso: URP, Area della Comunicazione</p> <p>CONVERGENZE: tutti i DPT e PGOA</p>	Triennale Entro febbraio 2020

C. SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE E OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivi

1. Dimensionamento e riorganizzazione dell'offerta sulla base dei punti di erogazione e dell'intensità di cura (sui principi di prossimità, sicurezza e nell'ambito della rete hub/ spoke)
2. Potenziare le azioni di transitional care
3. Innovazione dei processi grazie al supporto dell'information technology
4. Monitoraggio degli esiti e delle politiche di governance

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Dimensionamento dei servizi nell'ambito della Rete Aziendale in un'ottica di equilibrio domanda/offerta	<p>→ Progettazione dell'articolazione e della localizzazione dei servizi sulla base dei principi di prossimità, sicurezza, volumi di attività, dotazione tecnologica e strumentale Stato attuale www.opensalutelazio.it riporta circa 70 ricoveri per neoplasia e 673 ricoveri per altre cause inerenti il DPT</p> <p>Convergenza: Distretti e Cure Primarie</p>	Entro marzo 2020
2 (Ob.1)	Riorganizzazione delle aree mediche e chirurgiche in aree a bassa, media e alta intensità di cura	<p>→ Condivisione e approvazione regolamento TIPO</p> <p>Per il controllo del percorso Direttore DEA</p> <p>Convergenza con i DPT neuroscienze e organi di senso/DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati/ DPT Oncematologico di diagnosi e cura e DS polo</p> <p>→ Proposta progettuale per attivazione stroke unit</p> <p>Per controllo percorso: responsabile DPT</p> <p>Convergenza DS polo</p>	Entro giugno 2020 Entro giugno 2020
3 (Ob.2)	Implementazione dei percorsi ambulatoriali	<p>→ Proposta progettuale per l'attivazione dello screening audio vestibologico;</p> <p>→ Revisione dei percorsi di neurofisiologia;</p> <p>→ Proposta progettuale per l'attivazione di percorsi chirurgia vie lacrimali e diagnostica ATM;</p> <p>Per il controllo del percorso il responsabile del DPT</p> <p>Convergenza: DPT della salute della donna e del bambino, DPT Cure Primarie</p>	Entro settembre 2020 Entro settembre 2020 Entro il 2020
4 (Ob.2)	Attivazione dell'area socio sanitaria integrata con la sala accoglienza dei pazienti dimessi	<p>→ Collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo alla progettazione dell'area socio sanitaria integrata H/T</p> <p>→ Rispetto dei regolamenti condivisi nell'ambito di progettazione e secondo indicatori condivisi</p> <p>→ Invio al servizio sociale ospedaliero delle segnalazioni per le dimissioni difficili entro la terza giornata di ricovero come da procedura (in deliberazione) almeno nell'80% dei casi</p> <p>Per il controllo del percorso Direzione sanitaria Polo</p> <p>Convergenza: tutti i DPT</p>	Entro gennaio 2020 Triennale Triennale
5 (Ob.2)	Definire un cruscotto per la disponibilità garantita di posto letto per UUOO	<p>→ Collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo alla revisione della procedura del bed management (del.ne 111/2018)</p> <p>Obiettivi da DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS alle ore 14, in almeno il 75% delle rilevazioni giornaliere del mese <10% (accettabile tra il 10% - 20%) <p>Obiettivi Pre-Val.E</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accessi con esito di ricovero /trasferimento e tempo di permanenza >24h (escluso OBI) <10% (accettabile tra il 10% - 20%) 	Entro marzo 2020

		<ul style="list-style-type: none"> - Accessi triage rosso, con esito di ricovero /trasferimento e tempo di permanenza >24h (escluso OBI) <10% (accettabile tra 10% - 20%) - Azione utile a favorire il raggiungimento dello standard "accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12h (escluso OBI) >95% (accettabile 92% - 95%)" <p>Per il controllo del percorso Bed manager Convergenza: tutti i DPT</p> <ul style="list-style-type: none"> → Compilazione del Registro operatorio informatizzato nei tempi e modi previsti 100% → Compilazione della cartella clinica informatizzata nei tempi e modi previsti 100% → Utilizzo scheda SIAT alla dimissione del paziente da inviare in ADI 100% → Ricorso abituale alla prescrizione dematerializzata (SISMED) → Ricorso alla prenotazione su Recup per gli slot e le agende esclusive → Monitoraggio periodico delle prestazioni registrate su digitfact (vedi prestazioni PCCC team) → Utilizzo programma KOSMOS per la gestione del paziente in PS <p>*i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p>	Triennale
6 (Ob.3)	Applicazione dell'IT ai processi assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> → Rispetto dei valori soglia da PNGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021/ recepimento regionale con DCA U0030225/2019) → Utilizzo delle agende esclusive per i controlli e i follow-up in almeno il 90% dei casi → Incremento delle attività di day service (PAC/APA/PAS) di almeno il 10% rispetto all'anno precedente → Rispetto dei tempi ottimali per esami e prestazioni richiesti in consulenza dal P.S. e/o dai reparti → Frequenza di infezioni post chirurgiche come indicatori di sicurezza del paziente, misurano la frequenza di complicanze associate a procedure chirurgiche e prolungamento dei tempi di ricovero (DM 12 marzo 2019) → Frequenza di embolie polmonari o DVT post chirurgiche come indicatori di sicurezza del paziente, misurano la frequenza di complicanze associate a procedure chirurgiche e prolungamento dei tempi di ricovero (DM 12 marzo 2019) <p><i>*i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</i></p>	Triennale
7 (Ob.4)	Riduzione dei tempi d'intervento nell'erogazione delle cure	<ul style="list-style-type: none"> → Corretta codifica delle prestazioni e chiusura/invio delle cartelle cliniche nei tempi previsti dalla normativa regionale 100% → Miglioramento indice di case mix >1 (stato attuale 0.9489) → DRG valorizzati a zero per ritardo nella chiusura o per DRG non erogabili <1 → Degenza media come da obiettivi regionali e appropriata scelta del setting assistenziale → Riduzione numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari in elezione (stato attuale gg degenza media= 2,534) → Riduzione DRG medici dimessi da reparto chirurgico (stato attuale= 1727) → riduzione valore mobilità passiva; → incremento attività rispetto all'anno precedente; → Garantire la dimissione del paziente entro le ore 12,00 in almeno 90% dei casi → % rinvii interventori operatori per esami aggiuntivi post ricovero = 0% 	Triennale
8 (Ob.4)	Azioni di monitoraggio e controllo (volumi e qualità) nell'ottica del rispetto delle direttive nazionali e regionali		Triennale

	<p>→ Corretta compilazione check list di sala operatoria 100%</p> <p>→ Corretta compilazione della scheda di valutazione del dolore e appropriata prescrizione terapeutica 100%</p> <p>→ Corretta osservazione del regolamento dell'UPAC, Blocco operatorio e percorso di preospedalizzazione (del.ne 1000/2016; 120/2019)</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente come indicatore che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. b patto della salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario come indicatore di utilizzo inappropriato del setting ospedaliero, fornisce informazioni sull'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 gg con la stessa MDC come indicatore per la misura della quota di pazienti sottoposti a nuovo ricovero a breve distanza, con la medesima categoria diagnostica di una precedente ospedalizzazione e, come tale, in grado di esprimere la mancata efficacia di quest'ultima - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità (B, C, D) in rapporto al totale di prestazioni della stessa classe come indicatore che monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità, permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa - Percentuale di ricoveri di riabilitazione post acuti inappropriati dal punto di vista clinico come indicatore che misura la quota di ricoveri in riabilitazione che non soddisfano i criteri di correlazione clinica con gli eventuali eventi acuti che li precedono oppure non rispondenti a criteri di "congruenza diagnostica" <p>*I singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p>	Triennale
<p>9 (Ob.4)</p>	<p>Azioni di ottimizzazione della spesa</p> <p>→ Controllo della spesa e monitoraggio del budget assegnato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento delle attività ambulatoriali (volumi, peso e produttività) - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti (antibiotici, antidepressivi, inibitori di pompa, antipertensivi, statine) come indicatore composito per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista dell'appropriatazza (DM 12 marzo 2019) - Applicazione delle linee guida sull'appropriatazza dell'antibiotico profilassi perioperatoria (del.ne 1369/2019) - Consumo pro capite di prestazioni di laboratorio in pazienti anziani con più di 65 aa come indicatori proxy dell'appropriatazza nel consumo di prestazioni ambulatoriali (DM 12 marzo 2019) <p>*I singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative</p>	

D. COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI A GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA

Il Patto con i Professionisti a garanzia degli obiettivi definiti nella progettualità triennale

Obiettivi

1. Rispetto degli impegni di programma attraverso il sistema di networking e delle responsabilità dei professionisti, come di seguito disegnato:

	RESPONSABILE	TIPOLOGIA INCARICO	OBIETTIVI
UOC			rispetto degli obiettivi di contratto
			rispetto degli obiettivi di contratto
			rispetto degli obiettivi di contratto
			rispetto degli obiettivi di contratto
			rispetto degli obiettivi di contratto
			rispetto degli obiettivi di contratto
UOSD			rispetto degli obiettivi di contratto
			rispetto degli obiettivi di contratto
IAS	Valenza Alessandro	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Falcone Nicola Pio	RETE	rispetto degli obiettivi di contratto
	Conforti Laura	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Mei Daniele	RETE	rispetto degli obiettivi di contratto
	Montesi Pino	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	D'Agostino Natalino	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Sambito Anna	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Pizzoni Carlo	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Ceccarelli Renzo	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Matteini Claudio	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Lo Monaco Giovanni	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Finalità

Il nuovo Dipartimento della salute della salute donna e del bambino rappresenta un esempio concreto dell'integrazione, essendo costituito da unità operative tra loro interdipendenti che perseguono comuni finalità pur se contestualizzate in ambiti operativi diversi quali quello ospedaliero e quello territoriale. Il dipartimento organizza e gestisce tutte le attività sanitarie ed assistenziali che gravitano attorno alla tutela della salute della donna nelle diverse fasi della vita, dal periodo adolescenziale alla terza età, e del bambino, dal periodo prenatale all'adolescenza.

Si pone come impegno quello di identificare linee di attività condivise e convergenti, che garantiscano la promozione della salute in forte sinergia con il Dipartimento di prevenzione (vaccinazioni e screening), forniscano assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, in particolare educazione alla procreazione e maternità responsabile; tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, assistenza alle donne in stato di gravidanza, anche in caso di interruzione volontaria, eroga il trattamento medico e chirurgico delle patologie legate all'apparato riproduttivo e le cure del bambino in ambito medico. È inoltre un dipartimento che vede una forte valenza nell'offerta attiva dedicata alle donne in gravidanza. la tutela della gravidanza a rischio;

Le unità del dipartimento sono chiamate al miglioramento quali-quantitativo, all'attuazione di processi di lavoro trasversali e sinergici e all'attivazione di percorsi formativi atti a garantire gli standard di sicurezza a garanzia del mantenimento/accredimento dell'expertise dei professionisti.

Razionale

Potenziare la forte valenza di integrazione socio sanitaria del dipartimento trasversale ai processi ospedalieri e territoriali, innovare l'offerta alle donne in stato di gravidanza per rendere più attrattiva la struttura ospedaliera, lavorare ad azioni proattive verso i giovani per educarli ad una sessualità responsabile e prevenire atti di bullismo o intervenire in casi di abuso, queste le linee strategiche del dipartimento realizzabili attraverso:

- la continuità dell'assistenza alla gravidanza, al parto e alle fasi successive grazie all'integrazione H/T;
- la de-ospedalizzazione delle attività ostetriche grazie all'istituzione dell'area funzionale BRO e la dimissione precoce della puerpera e del neonato e la loro presa in carico territoriale;
- la promozione di percorsi assistenziali tra le unità operative dell'area funzionale omogenea ospedaliera, i servizi territoriali e la rete dei Pediatri di libera scelta e Medico di medicina generale;
- la costruzione di percorsi integrati e protocolli d'intesa per assicurare l'unitarietà e l'integrazione socio-sanitaria;
- la realizzazione di "percorsi-intervento" per adolescenti e giovani.

A. EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO E AZIONI DI PREVENZIONE A GARANZIA DEL MANTENIMENTO DELLO STATO DI SALUTE

Obiettivi

Efficientare le attività proprie del dipartimento, consolidando e riqualificando l'offerta assistenziale attraverso:

1. il consolidamento della rete consultoriale e dei percorsi socio-sanitari come da DCA 152/ 2014
2. il miglioramento dell'offerta rivolta alle cure neonatali e pediatriche
3. implementazione, monitoraggio e revisione delle reti cliniche e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali
4. l'ottimizzazione dei tempi di gestione dei pazienti nei diversi contatti di cura

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Monitoraggio ed implementazione del percorso salute sessuale e riproduttiva	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>→ Presentare progetti inerenti interventi, anche in offerta attiva, di presa in carico per la salute riproduttiva femminile, la pianificazione delle nascite e le azioni di promozione della salute in epoca pre-concezionale.</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. accessi donne in età fertile (15 - 49 anni) residenti nella ASL sul totale donne in età fertile residenti nella ASL (totale donne fertili circa 76.000, dato Opensalute) - N. campagne attivate riguardanti la promozione della salute e corretti stili di vita. <p>Stato Attuale</p> <p>Totale donne fertili circa 76.000, dato www.opensalutelazio.it</p> <p>dati consultorio primi mesi 2019</p> <p>N. schede accoglienza 5411 di cui straniere 988</p> <p>N. accessi donne in età fertile (15 - 49 anni) residenti nella ASL 3779 di cui straniere 931</p> <p>N. visite ginecologiche 5742</p> <p>N. consulenze G917, N. consulenze O 1765</p> <p>N. tamponi vaginali 367</p> <p>N. sedute individuali di rieducazione perineale 185, N. incontri di gruppo 15</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamenti attività consultoriali distretto A, B, C"</p> <p>Convergenze DPT Cure primarie, in particolar modo UOC Psicologia, DPT prevenzione</p>	Triennale Entro il 2020
2 (Ob.1)	Monitoraggio del percorso nascita e delle procedure ad esso correlate (del.ne1378/2019)	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio con incremento attività</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza indicatore che misura la quota di ricorso alle ecografie in gravidanza in misura superiore a quella raccomandata per lo screening di patologie della gravidanza e/o del feto, dunque a potenziale rischio di inappropriata - Percentuale parti cesarei primari in maternità di livello o comunque con <= 1.000 parti indicatori che misurano la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriata 	Triennale

- Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione) indicatore proxy dell'uso eccessivo di induzioni di travaglio farmacologico e non e di un rischio aumentato, rispetto ai neonati a termine, di mortalità e morbosità in epoca neonatale e nelle età successive

Obiettivi DCA

- N. donne in gravidanza seguite (almeno 4 accessi) / totale donne in gravidanza
 - Risultato atteso
- N. donne che hanno effettuato il primo accesso entro la 12° settimana / totale donne seguite;
- N. donne con gravidanza a rischio / totale donne con gravidanza a rischio;
- N. tagli cesarei / n. donne che hanno partecipato al Corso Accompagnamento alla Nascita;
- N. donne che allattano al seno ad 1-3-6 mesi dalla nascita, tra le partecipanti al Corso Accompagnamento alla Nascita / n. donne che hanno partecipato al Corso Accompagnamento alla Nascita;
- N. operatori formati con il "Corso Allattamento al seno OMS UNICEF - 8/20 ore" / n. operatori dedicati presenti;
- N. donne residenti che partoriscono extra ASL (laddove applicabile) / totale partorienti residenti;
- N. consulenze post-partum / totale coppie frequentanti i Corsi di Accompagnamento alla Nascita;
- N. consulenze post-partum / totale puerpere residenti.

Obiettivi Percorso aziendale

- N. schede accoglienza
- N. agende consegnate
- N. gravidanze a rischio

Stato attuale dati www.opensalutelazio.it 2016

Numero nuovi nati 1.721
 93 numero parti gemellari
 50 numero basso peso
 123 numero nati pretermine
 921 numero primipare
Dati consultori primi mesi del 2019
 N. schede accoglienza 1268
 N. certificazioni 462
 N. tamponi vaginali 313
 N. sedute individuali di rieducazione perineale in puerperio 30
 N. agende consegnate 1058
 n. Visite ostetriche G 3573, n. Visite ostetriche O 160
 n. Consulenze G 622, n. Consulenze O 751
 n. di CAN iniziati nel trimestre 56
 N. tagli cesarei (CAN) 122
 N. donne che allattano al seno ad 1 mese (CAN) 428, a 3mesi (CAN) 374, a 6 mesi (CAN) 313
 N. consulenze post-partum (CAN) 228, N. consulenze post-partum totale 349

	<p>N. Accessi donne/bambini al gruppo di auto aiuto 489, N. primi accessi donne/bambini 155</p> <p>Altre procedure Procedura Mamma segreta (del.ne 2096/2019) - Donne prese in carico su numero richieste, numero richieste su donne prese in carico - Numero su UVMD attivate su numero richieste Procedura Rooming in (del.ne 1310/2019) - Corretta applicazione della procedura Procedura Parto a domicilio (del.ne 137872019) - N. di procedure attivate Percorso peripartum (del.ne 1601/2017) - N. di screening effettuati/totale donne peripartum - Servizio di provenienza delle donne in accesso all'ambulatorio</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamenti attività consultoriali distretto A, B, C" e "Percorso nascita ospedaliero e collegamento H/T"</p> <p>Convergenze DPT Salute mentale e UOC Psicologia</p>	
<p>3 (Ob.1)</p>	<p>Attuazione e monitoraggio del nuovo percorso assistenziale integrato H/T per la donna che richiede interruzione volontaria di gravidanza (anche minori)</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio → Attivazione della IVG medica</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di interruzioni volontarie di gravidanza ripetute in rapporto al totale delle IVG indicatore per la misura dell'efficacia degli interventi di presa in carico/formazione delle donne che hanno già effettuato almeno un'interruzione volontaria della gravidanza - Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza con certificazione rilasciata dal consultorio famigliare indicatore per la misura della capacità dei consultori familiari di proporsi come punto di riferimento per le donne che decidono di ricorrere all'IVG <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. colloqui per IVG che esitano nella prosecuzione della gravidanza / totale colloqui per IVG; - N. colloqui Assistente Sociale / n. richieste IVG; - N. colloqui Psicologo/n. richieste IVG; - N. certificazioni IVG rilasciate/n. richieste IVG; - N. visite post IVG I n. certificazioni IVG rilasciate; - N. donne che hanno effettuato IVG > 90 gg con accompagnamento protetto e dedicato I n. totali richieste di IVG > 90 gg. - N. relazioni per Giudice Tutelare/n. certificazioni rilasciate; <p>Indicatori PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. donne IVG medica - N. donne IVG chirurgica <p>Per il controllo del percorso Direttore UOC Ostetrica e ginecologia e IAS "Coordinamenti attività consultoriali distretto A, B, C"</p> <p>Convergenze UOC Psicologia</p>	<p>Triennale Entro gennaio 2020</p>

4 (Ob.1)	Monitoraggio del percorso screening oncologico del cervico-carcinoma	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio con incremento attività</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. test erogati presso il Consultorio Familiare / Totale test erogati nella ASL - Soglia screening > 50%(40%?) - Stato attuale: 43% <p>→ Garantire l'attività del 2° livello e trattamento screening del cervico carcinoma (come da delibera aziendale n. 1396/2016)</p> <p>Situazione attuale : 2324 prestazioni</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamenti attività consultoriali distretto A, B, C"</p> <p>Convergenze DPT Prevenzione</p>	Triennale
5 (Ob.1)	Monitoraggio percorso interventi di contrasto alla violenza di genere "Non avere paura" (del.ne 789/2019)	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. operatori formati I - II - III livello / n. operatori impegnati nella operatività di rete; - N. casi presi in carico / n. segnalazioni giunte al servizio nell'unità di tempo; - N. donne inviate alle diverse strutture di accoglienza nell'unità di tempo <p>Obiettivi PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. UVM attivate sui casi segnalati <p>Stato attuale, dati dei primi mesi del 2019</p> <p>Codici rosa attivati dall'ospedale 53, di cui 13 presi in carico dai consultori e 9 da altri servizi</p> <p>Codici rosa attivati dal consultorio 7 di cui 6 presi in carico dal consultorio e 1 da altri servizi</p> <p>Per il controllo del percorso UOC Psicologia, DEA</p>	Triennale
6 (Ob.1)	Attuazione e monitoraggio percorso giovani	<p>→ Definizione documento progettuale del percorso "Spazio Giovani"</p> <p>→ Revisione procedura violenza sui minori (del.ne 806/20169 ed integrazione con proposta progettuale per "azioni di contrasto al bullismo, abusi e maltrattamenti sui minori)</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. adolescenti presi in carico/ n. totale adolescenti contattati <p>Per il controllo del percorso UOC Psicologia</p> <p>Convergenze DPT cure primarie</p>	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro gennaio 2020</p> <p>Triennale</p>
7 (Ob.1 Ob.2)	Monitoraggio percorso salute psico-fisica bambino 0-1 anno	<p>→ Riqualficazione e implementazione degli screening neonatali (secondo DCA 173/2019 audiologico, metabolico esteso, oftalmologico)</p> <p>→ Attivazione dello screening diabetico gestazionale</p> <p>→ Collaborazione nelle campagne vaccinali e nelle campagne volte a contrastare il sovrappeso e l'obesità nei bambini associate ad un rischio maggiore di sviluppare patologie croniche non trasmissibili</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento screening neonatali" in collaborazione con UOCD Diabetologia pediatrica</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio su:</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. Protocolli su Allattamento materno negli asili nido; - N. Operatori asili nido formati / totale operatori asili nido; 	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro giugno 2020</p> <p>Triennale</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - N. accessi bambini STP, ENI e ROM nell'unità di tempo; - N. prestazioni bambini STP, ENI e ROM nell'unità di tempo; - N. dosi somministrate delle diverse tipologie di vaccino / n. residenti 0-1 anno nell'unità di tempo; - N. dosi somministrate a utenti STP, ENI e ROM / n. utenti STP, ENI e ROM presenti <p>Ambulatori bilancio di salute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volumi di attività <p>Incremento della pratica dell'allattamento al seno</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. donne che allattano al seno ad 1-3-6 mesi dalla nascita, tra le partecipanti al Corso Accompagnamento alla Nascita - N. operatori formati con il "Corso Allattamento al seno OMS UNICEF - 8/20 ore" / n. operatori dedicati presenti <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamenti attività consultoriali distretto A, B, C"</p> <p>Convergenza con DPT prevenzione a cui è affidato il controllo del percorso Servizi vaccinali /</p>	Triennale
<p>8 (Ob.1 Ob.2)</p>	<p>Monitoraggio percorso G.I.L. adozione</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DCA/PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. Gruppi di Orientamento all'Adozione (G.O.A.) attivati nell'unità di tempo; - N. partecipanti G.O.A. / n. dichiarazioni disponibilità presentate al Tribunale Minorile; - N. dichiarazioni di disponibilità / n. coppie prese in carico; - N. relazioni / n. coppie prese in carico nell'unità di tempo; - N. colloqui individuali / di coppia per ciascun percorso avviato; - N. colloqui individuali / di coppia per ciascun nucleo familiare preso in carico <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamenti attività consultoriali distretto A, B, C"</p> <p>Convergenze DPT cure primarie</p>	Triennale
<p>9 (Ob.2 Ob.3)</p>	<p>Monitoraggio PIC gestione del paziente con diabete tipo 1 e attività della COC diabetologica nell'ambito del percorso e definizione PDTA diabete gestazionale</p> <p>→ Definizione del documento per il PDTA del diabete gestazionale con analisi dei fabbisogni</p> <p>→ Attuazione e presentazione dei report trimestrali secondo indicatori condivisi</p> <p>→ Presentazione relazione trimestrali del PIC del diabete tipo I</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio indicatori di esito PIC (del.ne 369/2018) - n. utenti presi in carico - n. utenti con device - n. utenti seguiti in telemedicina - n. di reminder trattati dalla COC <p>Per il controllo del percorso UOSD Diabetologia pediatrica</p> <p>→ Definizione del documento con analisi dei fabbisogni</p> <p>→ Attuazione e presentazione dei report trimestrali secondo indicatori condivisi</p> <p>Obiettivi Pre-Val.E</p> <p>Interventi chirurgici per tumore all'utero effettuati entro 30 gg = 90%</p> <p>Situazione attuale</p>	Triennale
<p>10 (Ob.3)</p>		Entro giugno 2020 Triennale

11 (Ob.3)	<p>Monitoraggio dello screening mammografico DCA 151/2019</p>	<p>N. tumori Utero/Ovaio= 90 (Open Salute) Interventi chirurgici per tumore all'utero effettuati entro 30 gg = 75% Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Oncologia ginecologica" Convergenze DPT Oncoematologico di diagnosi e cura</p> <p>→ Garantire l'attività sia del 1° che del 2° livello e presentare report trimestrali di monitoraggio Obiettivi DM 12 marzo 2019 Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, per cervice uterina, mammella, colon retto (indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata) Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza (indicatore per la misura delle capacità dei programmi di screening di identificare i tumori precocemente al fine di ottimizzare le capacità di intervento) Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni) nel programma di screening organizzato, calcolate nel periodo di riferimento x100: valore atteso >60% • Riduzione delle mammografie erogate in esenzione sulla popolazione target al di fuori del programma di screening • Implementazione percorso per le donne a rischio per tumore della mammella eredo familiare o in follow up per pregresso trattamento della patologia mammaria integrati nei programmi di screening con lo sviluppo di un piano integrativo aziendale <p>Stato attuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adesione Screening mammografico: esecuzione interventi chirurgici nei tempi previsti dal GISMA e inserimento tempestivo in SIPSOWEB >50 MAMMOGRAFIE=12860 - Esecuzione e lettura mammografie di 1° livello e Esecuzione 2° livello >50% Il livello 4351 - Numero di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-74 anni) nel programma di screening organizzato, calcolate nel periodo di riferimento x100 ≥ 50% Soglia screening > 50% <p>Mammografico=67% adesione corretta Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Diagnosi senologica I e II livello - screening mammografico" Convergenze DPT Prevenzione Per il controllo del percorso incarichi di alta specializzazione: Diagnosi senologica I e II livello - screening mammografico" e UOSD Coordinamento Screening Convergenze DPT Oncoematologico di diagnosi e cura</p>	Triennale
12 (Ob.3)	<p>Monitoraggio del PDTA carcinoma della mammella - breast unit (del.ne 603/2019)</p>	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio Obiettivi DM 12 marzo 2019</p>	Triennale

		<p>- Percentuale di pazienti per le quali complessivamente gli interventi terapeutici sono definite in base alle evidenze scientifiche disponibili e secondo la tempestività prevista dal manuale PDTA del ministero della salute (primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow up mammografico)</p> <p>- Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella indicatore che misura la quota di interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella che necessitano di un re-intervento fornendo informazioni sulla mancata efficacia</p> <p>Obiettivi PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero nuove pazienti trattate > 150/anno - Tempo per accertamento diagnostico 15 gg almeno 80% casi - Intervallo tra diagnosi definitiva ed intervento 30 gg almeno nel 100% dei casi - % di donne con diagnosi preoperatoria definitiva C5 85>80% - Schema triplo test >90% - Rx pezzo operatorio >95% - No esame istologico se lesioni sotto 5mm >98% <p>Obiettivi Pre.Val.E</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi ottimale =100, accettabile 80 – 100, media regionale 66.76 - Interventi chirurgici per tumore mammella effettuati entro 30 gg = 90% - % interventi conservativi alla mammella/totale interventi per tumore maligno alla mammella >=70 - % di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari <20% - adeguamento standard ministeriale per i centri di senologia relativamente al numero di interventi di chirurgia della mammella: >150 interventi - % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella <40% <p>Stato attuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. tumori mammella= 205 (Open Salute) - Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività' > 135 casi: 94.54% (Belcolle) - Interventi chirurgici per tumore mammella effettuati entro 30 gg = 90.63% <p>Per il controllo del percorso: responsabile Brest Unit, Incarichi di alta specializzazione: "Diagnosi senologica I e II livello - screening mammografico", "percorsi integrati in Chirurgia senologica"; "Coordinamento del trattamento radiante nel PDTA della mammella"; "Patologia della mammella, della placenta e citologia esplorativa"; "Senologia Diagnostica ed interventistica"; CONVERGENGE: DPT Oncematologico e dei Servizi; UOSD Coordinamento Screening;</p> <p>→ Modifica protocollo VBAC per implementazione del N di parti naturali su donne con precedente cesarizzazione</p> <p>→ Attuazione dei percorsi di parto analgesia</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p>	Entro giugno 2020
13 (Ob.3)	Monitoraggio appropriatezza assistenza al parto		Entro giugno 2020 Triennale

	<p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporzioni di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti anno = massimo 25% <p>Obiettivi Pre-Val.E</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporzioni tc primario ottimale < 15 accettabile 25 media regionale 26,66 - 28% (Vedi riferimento regionale ex DCA 310/2013) - Proporzioni complicità durante parto cesareo e puerperio ottimale <0.30 accettabile 1.20 media regionale 0,56 - Proporzioni complicità durante parto naturale e puerperio ottimale <0.20 accettabile 0.70 media regionale 0.35 - Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso - N di parti naturali su donne con precedente cesarizzazione <p>Situazione attuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporzioni tc primario 26,06% - Complicità parto naturale= 0,14 - Complicità parto cesareo=0,82 <p>Per il controllo del percorso responsabile UOC ostetricia e ginecologia Convergenza con UOC anestesiologia IAS "Partoanalgesia"</p>		
13 (Ob.3)	<p>Monitoraggio rete perinatale</p>		Triennale
14 (Ob.4)	<p>Revisione e implementazione del fast track (FT) (del.ne 938/2016) e dei percorsi ambulatoriali dedicati ai pazienti inviati da PS</p>	<p>Revisione e/o implementazione del FT come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Raccordo diretto tra FT PEDIATRIA e ambufest pediatrico; → Presentazione report trimestrali di monitoraggio FT pediatrico e ginecologico <p>Stato attuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - fast track Ginecologia: 2.787 anno 2018 - fast track Pediatria: 2783 anno 2018 <p>Per il controllo del percorso Responsabili UJOO CONVERGENZE: DPT DEA</p>	Entro giugno 2020
15 (Ob.4)	<p>Definizione della rete chirurgica pediatrica interaziendale</p>	<p>Definizione del documento di attivazione della rete (con bozza di convenzione chirurgica pediatrica ed eventuali percorsi formativi e/o istituzioni di equipe itineranti)</p> <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT</p>	Entro settembre 2020

B. PIANI DI DIFFUSIONE: AZIONI PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLE COMUNITÀ E COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI

Obiettivi

1. Promozione di azioni tese al miglioramento della performance dei professionisti

Attraverso:

- Audit organizzativi e clinici
- Formazione tra pari o con esperti per promuovere l'EBP
- Addestramento
- Gruppi di lavoro per la stesura di procedure/percorsi
- Sviluppo di attività/servizi a supporto dell'autocura

2. Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi

Attraverso

- Promozione di azioni partecipate con il volontariato/associazionismo per l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi e per favorire l'offerta attiva
- Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi, implementazione di percorsi facilitanti
- Attuazioni di azioni volte all'autocura e alla promozione della salute

	Obiettivi	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Audit clinici e organizzativi periodici	<p>→ Audit clinici ed organizzativi, in particolare in merito all'appropriatezza diagnostica e prescrittiva (sia per gli interni che per i MMG) che portino alla stesura di un documento condiviso. Dovrà essere condotto almeno un audit ogni semestre</p> <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT in collaborazione con il Board scientifico</p> <p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS, Risk manager.</p>	Entro il 2020
2 (Ob.1)	Aggiornamento sulle ultime EBP	<p>→ Aggiornamento sulle Linee guida sull'appropriatezza dell'antibiotico profilassi perioperatoria come da del.ne 1369/2019.</p> <p>Almeno il 50% dei chirurghi devono partecipare all'evento formativo Responsabile dell'evento Dr. Caterini</p> <p>Per il controllo i responsabili UUOCC Chirurgiche</p> <p>→ Percorsi formativi previsti dal DCA 152/2014</p> <p>→ Formazione di un pediatra per l'esecuzione di esami strumentali cardiologici (FSC)</p> <p>Per il controllo Responsabile DPT</p> <p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS</p> <p>→ Attuazione progetto malattie sessualmente trasmesse (del.ne 806/20169)</p> <p>Per il controllo responsabile UOC psicologia</p> <p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS</p>	Entro il 2020
3 (Ob.1)	Istituzione del gruppo di lavoro per la redazione di percorsi/procedure con FSC	<p>→ Percorsi di formazione su campo per i gruppi di lavoro dedicati alla costruzione di PDTA e procedure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione del PDTA per Cancro ovarico - Progetto Aree funzionali in base al rischio (BRO/aito rischio) <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT</p> <p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS</p>	Entro 2020
4 (Ob.2)	Implementazione di azioni di sensibilizzazione e autocura	<p>→ Implementare i percorsi già attivi: Corso di preparazione al parto, corso allattamento al seno in collaborazione con gruppo mamme esperte, corso sulla pervietà delle vie aeree</p>	Entro 2020

		<p>→ Partecipazione al Progetto aderenza terapeutica e comportamentale previsto nell'ambito della Sala d'attesa dei pazienti dimessi, individuando bisogni educativi prevalenti e definendo i raccordi con l'area socio sanitaria integrata</p> <p>→ Tavoli di lavoro con il volontariato a cadenza periodica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progetti attivi in collaborazione con oncologia - Collaborazione con il gruppo mamme esperte <p>In collaborazione con l'Area della comunicazione</p> <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT</p> <p>Convergenza GoPS, UOSD formazione, Area comunicazione, URP, DPT prevenzione, DS polo</p>	
5 (Ob.2)	Implementazione di azioni di orientamento e facilitazione all'utenza	<p>→ Definizione procedure per la presa in carico di bambini con particolari condizioni di disagio per le prestazioni radiologiche in raccordo con le UOC di anestesiologia con formazione di anestesisti dedicati all'esecuzione di T.A.C. e R.M.N. nei pazienti pediatrici, anche per età < 3 anni.</p> <p>→ Definizione gruppo di lavoro Ospedale amico del bambino con definizione azioni progettuali volte alla Promozione dei 10 passi dell'iniziativa OMS/UNICEF "Ospedale Amico del Bambino"</p> <p>→ Proposta progettuale su per la ridefinizione della diagnosi prenatale nel basso rischio</p> <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT</p> <p>Convergenze con DPT oncoematologico di diagnosi e cura</p>	<p>Entro 2020</p> <p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro giugno 2020</p>
6 (Ob.1/2)	Redazione e attuazione dei piani di diffusione deliberati (Del.ne 202 /2019)	<p>→ Tutte le proposte progettuali (reti/percorsi) devono contenere il Piano di diffusione (100%)</p> <p>→ Rispetto dei tempi e delle azioni previsti nei piani di diffusione deliberati almeno per l'80% di quanto previsto</p> <p>Per il controllo UOSD Formazione e area della comunicazione con i referenti per i singoli piani di diffusione</p>	Triennale
7 (Ob.2)	Collaborazione alla realizzazione delle azioni del PAP	<p>→ Presentare relazione sulle azioni integrate al PAP attuate nell'anno per gli obiettivi al punto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1.2, - 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.7, 1.2.8, 1.2.9 - 1.3.1., 1.3.2 <p>→ Definire un percorso per le vaccinazioni delle donne in gravidanza</p> <p>Obiettivo DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. campagne attivate riguardanti la promozione della salute e corretti stili di vita <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT</p> <p>Convergenze con DPT prevenzione, in particolare con UOSD coordinamento programmi di vaccinazione</p>	Triennale
8 (Ob.2)	Collaborazione all'attuazione del nuovo sistema gestione segnalazioni e reclami	<p>→ Garantire la collaborazione nella condivisione del processo per la gestione delle segnalazioni e le successive azioni di miglioramento utili al fine della risoluzione delle criticità</p> <p>→ Condivisione delle procedure</p> <p>Responsabile del percorso: URP, Area della Comunicazione</p> <p>CONVERGENZE: tutti i DPT e PGOA</p>	<p>Triennale</p> <p>Entro febbraio 2020</p>

C. SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE E OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivi

1. Dimensionamento e riorganizzazione dell'offerta sulla base dei punti di erogazione e dell'intensità di cura (sui principi di prossimità, sicurezza e nell'ambito della rete hub/ spoke) e dei volumi di attività previsti
2. Potenziare le azioni di transitional care
3. Innovazione dei processi grazie al supporto dell'information technology
4. Monitoraggio degli esiti e delle politiche di governance

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (ob.1)	Dimensionamento dei servizi nell'ambito della Rete Aziendale in un'ottica di equilibrio domanda/offerta	→ Progettazione dell'articolazione e della localizzazione dei servizi sulla base dei principi di prossimità, sicurezza, volumi di attività, dotazione tecnologica e strumentale Convergenza: Distretti e Cure Primarie	Entro marzo 2020
2 (Ob.2)	Riorganizzazione delle aree di degenza sulla base dell'intensità di cura	→ Definizione progetto per l'istituzione aree funzionali in ostetricia in base al rischio (BRO/alto rischio) → Verificare fattibilità e definire progetto per l'istituzione della Breve Osservazione Pediatrica e ostetrica-ginecologica Per il controllo del percorso responsabile DPT Convergenza DS polo e DPT DEA	Entro settembre 2020
3 (Ob.1/2)	Istituire ambulatori multiprofessionali per il paziente complesso e/o percorsi ambulatoriali dedicati	→ Definire le proposte progettuali per le seguenti linee di attività ambulatoriali: 1. Donne ad alto rischio tumore alla mammella (DCA 189/2017) Per il controllo del percorso UOSD diagnostica e screening senologico Convergenza con Citogenetica 2. Ambulatorio della salute sessuale e riproduttiva (Azione Percorso salute sessuale e riproduttiva DCA 152/2014) Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamenti attività consultoriali distretto A, B, C" Convergenze DPT cure primarie e DPT prevenzione 3. Onco-Ginecologico con particolare attenzione al tema dell'oncofertilità (banca genetica) Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento neoplasie genito urinarie" Convergenze con UOC ostetricia e ginecologia incarico di alta specializzazione in "Oncologia ginecologica" e UOSD citogenetica 4. Attivazione della Pelvic unit Per il controllo del percorso Direttori UOOC Urologia e Ginecologia → Potenziare le linee di attività: - Riorganizzazione della rete della ginnastica perineale Per il controllo del percorso Coordinamento attività consultoriali (A,B,C) in raccordo con la rete riabilitativa aziendale	Entro settembre 2020 In scaling up
4 (Ob.2)	Attivazione dell'area socio sanitaria integrata con la sala accoglienza dei pazienti dimessi	→ Collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo alla progettazione dell'area socio sanitaria integrata H/T → Rispetto dei regolamenti condivisi nell'ambito di progettazione e secondo Obiettivi condivisi	Entro gennaio 2020 Triennale Triennale

		<p>→ Invio al servizio sociale ospedaliero delle segnalazioni per le dimissioni difficili entro la terza giornata di ricovero come da procedura (in deliberazione) almeno nell'80% dei casi</p> <p>Per il controllo del percorso Direzione sanitaria Polo Convergenza: tutti i DPT</p>	Entro marzo 2020
5 (Ob.2)	Definire un cruscotto per la disponibilità garantita di posto letto per UOCC	<p>→ Collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo alla revisione della procedura del bed management (del.ne 111/2018)</p> <p>Obiettivi da DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS alle ore 14, in almeno il 75% delle rilevazioni giornaliere del mese <10% (accettabile tra il 10% - 20%) <p>Obiettivi Pre.Val.E</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accessi con esito di ricovero /trasferimento e tempo di permanenza >24h (escluso OBI) <10% (accettabile tra il 10% - 20%) - Accessi triage rosso, con esito di ricovero /trasferimento e tempo di permanenza >24h (escluso OBI) <10% (accettabile tra 10% - 20%) - Azione utile a favorire il raggiungimento dello standard "accessi con tempo di permanenza in Ps/DEA inferiore alle 12h (escluso OBI) >95% (accettabile 92% - 95%)" <p>Per il controllo del percorso Bed manager Convergenza: tutti i DPT</p>	Triennale
6 (Ob.3)	Applicazione dell'IT ai processi assistenziali	<p>→ Utilizzo della piattaforma percorso nascita 4.0 e monitoraggio dell'offerta attiva</p> <p>→ Compilazione del Registro operatorio informatizzato nei tempi e modi previsti 100%</p> <p>→ Compilazione della cartella clinica informatizzata nei tempi e modi previsti 100%</p> <p>→ Utilizzo scheda SIAT alla dimissione del paziente da inviare in ADI 100%</p> <p>→ Ricorso abituale alla prescrizione dematerializzata (SISMED)</p> <p>*i singoli Obiettivi verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p>	Triennale
7 (Ob.4)	Riduzione dei tempi d'intervento nell'erogazione delle cure	<p>→ Rispetto dei valori soglia da PNGA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021/ recepimento regionale con DCA U0030225/2019)</p> <p>Situazione attuale</p> <p>attesa entro 30gg ricovero ordinario media Dipartimento =83%</p> <p>attesa entro 30gg ambulatoriale media Dipartimento=91%</p> <p>→ Utilizzo delle agende esclusive per i controlli e i follow-up in almeno il 90% dei casi</p> <p>→ Incremento delle attività di day service (PAC/APA/PAS) di almeno il 10% rispetto all'anno precedente</p> <p>→ Rispetto dei tempi ottimali per esami e prestazioni richiesti in consulenza dal P.S. e/o dai reparti</p> <p>→ Frequenza di infezioni post chirurgiche come indicatori di sicurezza del paziente, misurano la frequenza di complicanze associate a procedure chirurgiche e prolungamento dei tempi di ricovero (DM 12 marzo 2019)</p> <p>→ Frequenza di embolie polmonari o DVT post chirurgiche come indicatori di sicurezza del paziente, misurano la frequenza di complicanze associate a procedure chirurgiche e prolungamento dei tempi di ricovero (DM 12 marzo 2019)</p> <p>*i singoli Obiettivi verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p>	Triennale

8 (Ob.4)	Azioni di monitoraggio e controllo (volumi e qualità) nell'ottica del rispetto delle direttive nazionali e regionali	<p>→ Corretta codifica delle prestazioni e chiusura/invio delle cartelle cliniche nei tempi previsti dalla normativa regionale 100%</p> <p>→ Miglioramento indice di case mix >1 Stato attuale: 1.304</p> <p>→ Degenza media come da Obiettivi regionali e appropriata scelta del setting assistenziale Stato attuale: 10.2 gg</p> <p>→ DRG valorizzati a zero per ritardo nella chiusura o per DRG non erogabili <1</p> <p>→ Degenza media come da obiettivi regionali e appropriata scelta del setting assistenziale</p> <p>→ Riduzione numero giornate di degenza preoperatoria per ricoveri ordinari in elezione</p> <p>→ Riduzione DRG medici dimessi da reparto chirurgico</p> <p>→ Garantire la dimissione del paziente entro le ore 12,00 in almeno 90% dei casi</p> <p>→ % rinvii interventi operatori per esami aggiuntivi post ricovero = 0%</p> <p>→ Corretta compilazione check list di sala operatoria 100%</p> <p>→ Corretta compilazione della scheda di valutazione del dolore e appropriata prescrizione terapeutica 100%</p> <p>→ Corretta osservazione del regolamento dell'UPAC, Blocco operatorio e percorso di preospitalizzazione (del.ne 1000/2016; 120/2019)</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente come indicatore che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. b patto della salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario come indicatore di utilizzo inappropriato del setting ospedaliero, fornisce informazioni sull'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 gg con la stessa MIDC come indicatore per la misura della quota di pazienti sottoposti a nuovo ricovero a breve distanza, con la medesima categoria diagnostica di una precedente ospedalizzazione e, come tale, in grado di esprimere la mancata efficacia di quest'ultima - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità (B, C, D) in rapporto al totale di prestazioni della stessa classe come indicatore che monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità, permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa <p><i>*i singoli Obiettivi verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</i></p>	Triennale
9 (Ob.4)	Azioni di ottimizzazione della spesa	<p>→ Controllo della spesa e monitoraggio del budget assegnato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento delle attività ambulatoriali (volumi, peso e produttività) - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti (antibiotici) come indicatore composito per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza (DM 12 marzo 2019) - Applicazione delle linee guida sull'appropriatezza dell'antibiotico profilassi perioperatoria (del.ne 1369/2019) 	Triennale

	<ul style="list-style-type: none"> Consumo pro capite di prestazioni di laboratorio in pazienti anziani con più di 65 aa come indicatori proxy dell'appropriatezza nel consumo di prestazioni ambulatoriali (DM 12 marzo 2019)
	<p>*i singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative</p>

D. COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI A GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA

Obiettivi

1. Rispetto degli impegni di programma attraverso il sistema di networking aziendale e delle responsabilità dei professionisti come di seguito rappresentato:

	RESPONSABILE	TIPOLOGIA INCARICO	OBIETTIVI
UOC	Nicolanti Giorgio		rispetto degli obiettivi di contratto
	Navas Rita		rispetto degli obiettivi di contratto
	Cavaliere Francesco		rispetto degli obiettivi di contratto
UOSD	Strassera Maria Teresa		rispetto degli obiettivi di contratto
UOS			rispetto degli obiettivi di contratto
	Montemari Giovanni		rispetto degli obiettivi di contratto
	Giuanelli Giuseppe		rispetto degli obiettivi di contratto
IAS	Casati Alessandra		rispetto degli obiettivi di contratto
	Felici Francesco		rispetto degli obiettivi di contratto
	Morabito Francesco		rispetto degli obiettivi di contratto
	Raggi Patrizio		rispetto degli obiettivi di contratto
	Piccinetti Annalisa		rispetto degli obiettivi di contratto
	Pignataro Nunzia Maria Rosaria		rispetto degli obiettivi di contratto
	Rocino Maria Antonietta		rispetto degli obiettivi di contratto

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Finalità

Le cure primarie si fondano, in coerenza con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), sull'obiettivo della presa in carico della persona, in particolare cronica e fragile, sulla continuità di cura e sull'integrazione sanitaria e sociale.

Il dipartimento è quindi adibito al governo clinico dell'offerta territoriale secondo i principi della medicina di iniziativa, di prossimità e di partecipazione (offerta attiva) dei cittadini, nel rispetto del piano della cronicità e delle linee d'indirizzo nazionali e regionali, in un'ottica di sostenibilità del sistema.

In funzione della continuità delle cure e della promozione della salute, il Dipartimento delle Cure Primarie si integra con tutti gli altri Dipartimenti e riconosce la necessità di un costante contatto con le altre strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali, a tal fine il rapporto con le Amministrazioni Comunali è fondamentale.

Lavora inoltre a stretto contatto con la medicina generale e la pediatria di famiglia nel rispetto degli Accordi Collettivi Nazionali (AA.CC.NN).

Ha quindi il compito specifico di presidiare la governance dell'Area delle Cure Primarie ed i Servizi che concorrono all'assistenza sanitaria globale al Cittadino sul territorio.

Le unità del dipartimento sono chiamate al miglioramento quali-quantitativo, all'attuazione di processi di lavoro trasversali e sinergici e all'attivazione di percorsi formativi atti a garantire gli standard di sicurezza a garanzia del mantenimento/accredimento dell'expertise dei professionisti.

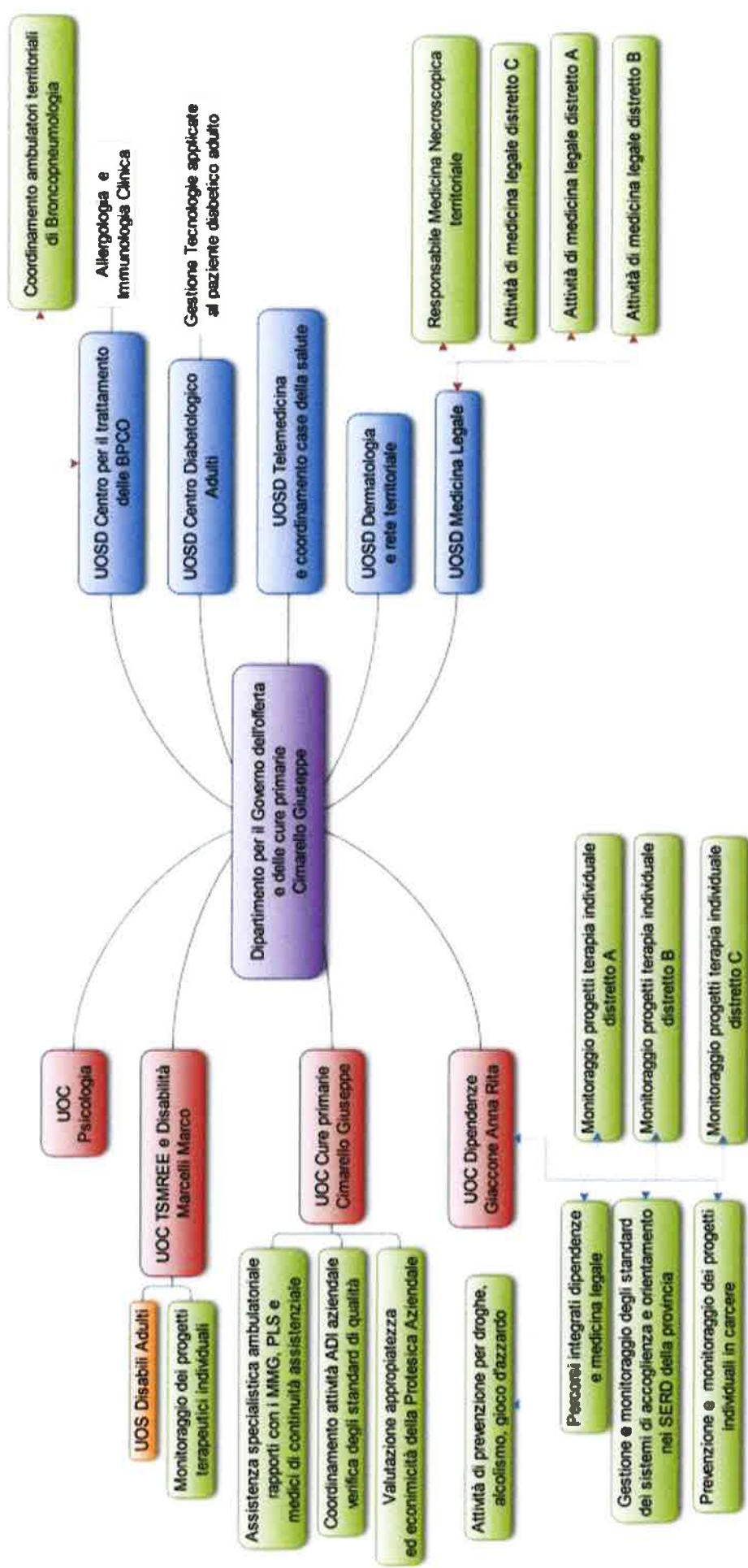
Razionale

L'aumento dell'aspettativa di vita ha determinato la crescita esponenziale di una nuova categoria di malati, soprattutto pazienti anziani, caratterizzati da elevata vulnerabilità per la compresenza di due o più malattie croniche. Uno dei rischi maggiori a cui il paziente pluripatologico si trova esposto è senza dubbio la frammentazione del processo di cura e la mancata attenzione verso i bisogni sociali e la qualità della vita (qualità percepita). L'approccio integrato rappresenta l'unico modo per evitare duplicazioni e sprechi nell'accesso ai servizi sanitari, oltre che disagi e disorientamento negli stessi pazienti, tenendo conto della sua condizione di vita oltre che di salute. Inoltre la condizione di fragilità di questi soggetti li pone a rischio di rapida evoluzione peggiorativa del quadro di salute in caso di ospedalizzazione, vanno pertanto potenziate e qualificate le azioni di presa in carico proattiva e di educazione all'autocura.

Nell'ottica di garantire rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra AUSL ed enti locali e nel rispetto dell'integrazione delle attività sanitarie e socio- sanitarie a supporto delle reti e dei percorsi di continuità ospedale-territorio, con particolare riguardo alla presa in carico delle cronicità e delle fragilità, il Dipartimento deve perseguire i seguenti obiettivi:

- consolidare i processi che consentono il recupero delle condizioni fisiche in ambito non ospedaliero e favoriscono la domiciliarità delle persone anziane anche garantendo un'adeguata assistenza nei contesti di cure intermedie (Case della salute);
- assicurare la continuità assistenziale nel territorio e favorire i processi di integrazione socio sanitaria e tra H/T;
- implementare i percorsi di telemedicina e tele sorveglianza, in particolari quelli volti a potenziare le azioni di autocura (offerta attiva);
- monitorare l'appropriatezza e l'efficienza/efficacia dei processi, anche amministrativi.

Il sistema di networking del dipartimento



A. EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO E AZIONI DI PREVENZIONE A GARANZIA DEL MANTENIMENTO DELLO STATO DI SALUTE

Obiettivi

Efficientare le attività proprie del dipartimento, consolidando e riqualificando l'offerta assistenziale attraverso:

1. Consolidamento del modello assistenziale di Sanità d'iniziativa secondo il principio di proattività e prossimità
2. Garanzia della continuità assistenziale tra ospedale e territorio lungo la dimensione temporale della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
3. Monitoraggio e la revisione delle reti cliniche e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali
4. Implementazione di setting assistenziali intermedi e l'ottimizzazione dei tempi di gestione dei pazienti nei diversi contatti di cura

+	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1	(Ob.1) Definizione del piano aziendale delle cronicità e del modello delle reti di prossimità	<p>→ Definizione del documento con cronoprogramma dell'attuazione delle azioni individuate</p> <p>→ Relazione trimestrale sull'avanzamento delle azioni come da cronoprogramma</p> <p>Obiettivo</p> <p>Sul totale della popolazione di 318205, il 24% (74945) è over 65 (indice di vecchiaia pari a 193,8 % sopra la media regionale e nazionale) con un indice di dipendenza pari a 36,6 % e di dipendenza strutturale pari a 55,5 %.</p> <p>In relazione alla stratificazione della popolazione il numero di pazienti che richiedono una gestione multiprofessionale a causa di multicronicità si attesta intorno al 13,8% pari a 41.268 pazienti di questi il 2,2% si attesta come ad alto rischio pari a 6725 (con un costo medio pro-capite che va dai 2500 ai 10000 euro).</p> <p>Secondo la stratificazione effettuata nell'ambito del progetto CCM 2017</p> <p>Popolazione Alto rischio pari a 8.372 (3,44%)</p> <p>Popolazione rischio Medio Alto 4.742 (1,95%)</p> <p>Di questi quasi il 50% sono in Politerapia >=5 e quasi il 20% assumono farmaci potenzialmente inappropriati</p> <p>Oltre il 60% hanno tre o più condizioni croniche, tra le più frequenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiovascolari 2. Gastrointestinali 3. Endocrine 4. Muscoloscheletriche 5. Psichiatriche 6. Respiratorie 7. Neurologiche <p>Secondo www.opensalutelazio.it Numero malati anno 2016 per condizioni più frequenti (per le quali esistono dati di misura sui sistemi informativi)</p> <ul style="list-style-type: none"> Iperensione 64691 (300/1000 abitanti) Diabete 21293 Ipotiroidismo 16900 BPCO 13933 Demenze 1819 <p>Secondo DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.</p> <p>Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (> 18 anni) per complicanze a breve e lungo termine per BPCO, diabete e scompenso cardiaco inteso come indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale, in termini di prevenzione che di cura.</p> <p>Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi a 12 mesi da IMA indicatore proxy di ridotta qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.</p> <p>Indice di cronicità e rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzazione nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche</p>	Entro gennaio 2020 Triennale
		<p>Per il controllo del percorso direttore UOC Cure primarie</p>	

2 (Ob.1)	Definizione (attuazione) e monitoraggio della rete angiologica	<p>Convergenze DPT prevenzione, DPT salute mentale, DPT salute donna bambino e DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati e servizio farmaceutico aziendale</p> <p>→ Definizione (attuazione) della rete angiologica aziendale integrata H/T/territorio</p> <p>→ Implementare il documento con protocollo condiviso per il trattamento delle lesioni cutanee croniche nell'ambito dell'assistenza infermieristica</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivo: integrazione H/T e implementazione delle attività della rete</p> <p>Stato attuale: N. prestazioni ambulatoriali anno 2018 9305</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Assistenza specialistica ambulatoriale rapporti con i MMG, PLS e medici di continuità assistenziale" con Direttore UOCD angiologia e rete territoriale - DPT Medico chirurgico e dei percorsi integrati</p> <p>Convergenza Governo delle Professioni, DPT oncematologico di diagnosi e cura</p>	<p>Entro marzo 2020</p> <p>Entro maggio 2020</p> <p>Triennale</p>
3 (Ob.1)	Definizione (attuazione) e monitoraggio della rete reumatologica	<p>→ Definizione (attuazione) della rete aziendale integrata H/T per reumatologia aziendale per le malattie autoimmuni e infiammatorie</p> <p>→ Implementare il documento con il protocollo per la gestione dell'osteoporosi e dell'artrosi e la gotta</p> <p>→ Valutare la fattibilità per l'attuazione di una rete reumatologica interaziendale</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivo: integrazione H/T e implementazione delle attività della rete</p> <p>Stato attuale: N. prestazioni ambulatoriali anno 2018 5022</p> <p>Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni colpiscono il 2% della popolazione (oltre 6000 persone), quelle cronico degenerative il 15% (quasi 20000).</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Assistenza specialistica ambulatoriale rapporti con i MMG, PLS e medici di continuità assistenziale"</p> <p>Convergenza DPT Medico chirurgico e dei percorsi integrati con Direttore UOC medicina polo in collaborazione con IAS "Ottimizzazione dei percorsi per l'osteoporosi"</p>	<p>Entro marzo 2020</p> <p>Entro maggio 2020</p> <p>Entro marzo 2020</p> <p>Triennale</p>
4 (Ob.1)	Definizione (attuazione) e monitoraggio della Rete dermatologica per i tumori cutanei	<p>→ Attuazione del percorso secondo cronoprogramma</p> <p>→ Attuazione campagna di prevenzione</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivo: integrazione H/T e implementazione delle attività della rete</p> <p>Stato attuale: N. prestazioni ambulatoriali anno 2018: 11.011; APA 563 (solo dermatologia Belcolle)</p> <p>Melanoma 2,4% sul numero di tumori nella provincia (50 nuovi casi anno, in aumento) – dati da www.opensalutebello.it</p> <p>Altri tumori cutanei (dati nazionali) 15% sul numero di tumori (stima di oltre 700 casi l'anno)</p> <p>Per il controllo del percorso responsabile UOCD Dermatologia</p> <p>Convergenza con DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati, DPT Oncematologico di diagnosi e cura e DPT Prevenzione</p>	<p>Entro febbraio 2020</p> <p>Entro marzo 2020</p> <p>Triennale</p>
5 (Ob.1)	Attuazione e monitoraggio percorso giovani	<p>→ Definizione documento progettuale del percorso "Spazio Giovani"</p> <p>→ Revisione procedura violenza sui minori (del.n. 806/19) ed integrazione con "Proposta progettuale finalizzata al potenziamento della rete in materia di contrasto all'abuso, maltrattamento e bullismo ai danni di minori" (punto 6)</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DCA N. adolescenti presi in carico/ n. totale adolescenti contattati/contattanti</p> <p>Stato attuale Popolazione adolescente della provincia intorno a 30.400 soggetti, di cui circa 3000 stranieri, i maschi in numero leggermente superiore alle femmine</p>	<p>Entro febbraio 2020</p> <p>Entro febbraio 2020</p> <p>Triennale</p>

	<p>Per il controllo del percorso UOC Psicologia Convergenze DPT per la salute della donna e del bambino e UOC dipendenze</p> <p>→ Contestualizzazione e attuazione del documento presentato alla Regione Lazio "Proposta progettuale finalizzata al potenziamento della rete in materia di contrasto all'abuso, al maltrattamento e al bullismo ai danni di minori"</p> <p>→ Revisione della procedura sulla violenza sui minori (del.ne 806/2016) nel rispetto di quanto sopra</p> <p>→ Definire azioni di intercettazione del bisogno in raccordo con lo Spazio giovani consultoriale</p> <p>→ Presentazione relazione trimestrali</p> <p>Obiettivo</p> <p>Attuazione delle azioni secondo cronoprogramma</p> <p>Numero segnalazioni ricevute - intercettate/numero minori residenti</p> <p>Stato attuale</p> <p>Popolazione nella fascia d'età interessata è di circa 50000 soggetti quindi secondo le stime di prevalenza nella nostra provincia ci dovremmo attestare intorno a 500 casi di maltrattamento (dato indicativo)</p> <p>Per il controllo del percorso UOC TSMREE e UOC Psicologia</p> <p>Convergenze: DPT per la salute della donna e del bambino e UOC dipendenze</p>	<p>Entro gennaio 2020</p> <p>Entro febbraio 2020</p> <p>Entro febbraio 2020</p> <p>Triennale</p>
<p>6 (Ob.1)</p>	<p>Attivazione equipe secondo livello per abuso maltrattamento e bullismo nei minori DCA 165 del 15/5/2019</p>	
<p>7 (Ob.1) (Ob.2)</p>	<p>Istituzione budget di salute e redistribuzione/potenziamento della risposta domiciliare</p>	<p>Entro marzo 2020</p> <p>Entro giugno 2020</p> <p>Triennale</p> <p>Triennale</p> <p>Triennale</p>
<p>8 (Ob.2)</p>	<p>Potenziare la rete integrata della terapia del dolore e le cure palliative al fine di favorire i passaggi tra i vari setting e dare unitarietà ai percorsi (DCA 303/2019)</p>	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro giugno 2020</p> <p>Triennale</p>
	<p>→ Definizione di un modello/sistema aziendale condiviso per la determinazione del budget di salute</p> <p>→ Revisione della procedura Modello di funzionamento PUA UVMMD e PAI (del.ne 1313/2018) sulla base del modello sopraccitato e alla luce del DCA 303/2019 che prevede a gennaio l'inizio delle contrattazioni con i soggetti accreditati per l'erogazione di prestazioni ADI</p> <p>→ Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture (revisione processi di verifica conformità da parte del DEC)</p> <p>→ Monitoraggio di processo ed esito dei PAI, attenzionando le popolazioni in età evolutiva</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di attività e di spesa (ADJ/ADIAI, TSMREE e SERD)</p> <p>Secondo DM 12 marzo 2019</p> <p>Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare per intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3) in base alla popolazione totale, fornisce indicazioni sull'offerta del servizio</p> <p>Obiettivi DCA</p> <p>2,5% della popolazione over 65 anni gestita in ADI (pari a 1874 soggetti)</p> <p>Con posti ADI I livello 168, II livello 127, III livello 139, ADIAI 32</p> <p>Stato attuale (primi 9 mesi 2019)</p> <p>Prestazioni distretto A 62.742, B 37.672, C 57.642 (Totale 158.056)</p> <p>Richieste distretto A 2.553, B 1.569, C 2.747 (Totale 6.869)</p> <p>Media prestazioni per utente 23</p> <p>Per il controllo del percorso IAS Coordinamento attività ADI aziendale verifica degli standard di qualità, UOC TSMREE e disabile adulto, UOC dipendenze Convergenze: Distretti</p> <p>→ Ridefinire la rete delle cure palliative e della terapia antalgica per livelli di complessità, per uniformarla al modello aziendale delle reti di prossimità e garantire l'equo accesso alle prestazioni</p> <p>→ Definire percorsi (<i>ambulatorio di nutrizione clinica</i>) dedicati alla terapia nutrizionale al paziente fragile, oncologico o con disturbi cognitivi</p> <p>→ Definire percorsi di simultaneous care</p> <p>→ Definire i raccordi con il Picc team</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio: incremento del 10% delle attività</p> <p>Obiettivi DCA</p>	

9 (Ob.2)	Potenziare la rete ospedale/territorio	<p>- Cure palliative domiciliari: n. malati deceduti per anno a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla Rete di Cure palliative a domicilio/n. malati deceduti per malattia oncologica per anno</p> <p>- Cure palliative domiciliari: n. annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore</p> <p>- Cure palliative domiciliari: n. malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3gg/n. malati curati a domicilio con assistenza conclusa</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <p>Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</p> <p>Variatione % del rapporto il numero annuo di giornate di palliative domiciliari per i malati deceduti a causa di tumore</p> <p>Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni</p> <p>Per il controllo del percorso UOSD cure palliative e terapia del dolore in collaborazione con IAS "Assistenza specialistica ambulatoriale rapporti con i MMG, PLS e medici di continuità assistenziale" con IAS "Terapia nutrizionale e NAD e coordinamento accessi venosi"</p> <p>Convergenze: PGOA, DPT Oncoematologico di diagnosi e cura (IAS "Fast track e nutrizione in oncologia") e Distretti</p>	<p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Triennale</p>
	<p>→ Definizione di un documento condiviso (percorso facilitante di presa in carico) ad integrazione del PIC per la cronicità: scompenso cardiaco, BPCO, diabete nell'adulto e paziente in TAO (Del.ne 369, 367, 366, 368/2018 DCA 474/205 e DCA 113/2016).</p> <p>→ Definizione di un documento condiviso (percorso facilitante di presa in carico) ad integrazione della rete delle demenze (Del.ne 1309/2019)</p> <p>→ Integrazione del documento Percorso anziano fragile in PS con percorsi facilitanti di presa in carico ambulatoriale con slot dedicate al PS per le maggiori cronicità</p> <p>→ Definizione di percorsi integrati in dimissione con le strutture intermedie (Case della salute) le Centrali operative della cronicità e gli ambulatori infermieristici</p> <p>→ Attivare percorsi in teleconsulenza con il centro TAO ed attivare un percorso facilitante di presa in carico post dimissione</p> <p>→ Presentazione report trimestrale di monitoraggio</p> <p>Obiettivi di percorso</p> <p>N di pazienti accolti nei centri territoriali di riferimento ed inviati dal PO</p> <p>N di consulenze e teleconsulenze in corso di ricovero</p> <p>N di contatti con le COC per informazione/facilitazione</p> <p>Obiettivi da Pre.Val.E</p> <p>Ridurre la mortalità a 30 gg per BPCO riaccizzata: ottimale ≤ 5, accettabile 5 – 7, media regionale 9.51</p> <p>Ridurre la mortalità a 30 gg per Scompenso cardiaco congestizio: ottimale ≤ 6, accettabile 6–9, media regionale 16.06</p> <p>Ridurre ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete S1</p> <p>Ridurre ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva S1</p> <p>Stato attuale:</p> <p>Mortalità a 30 gg BPCO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belcolle 21,74 - Tarquinia 13,73 - Civita 1,45 <p>Mortalità a 30 gg scompenso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belcolle 16,06 - Tarquinia 5,56 		

		<p>- Civita Castellana 12,35 Ospedalizzazione diabete ASL Viterbo attuale 1,37 Ospedalizzazione BPCO ASL Viterbo attuale 1,16</p> <p>Per il controllo del percorso "UCSD telemedicina e coordinamento case della salute" con i referenti PIC e IAS "Coordinamento dei percorsi di integrazione tra H/T" (DPT Medico chirurgico e dei percorsi integrati" e "Monitoraggio dei processi di facilitazione e OBI"</p> <p>Convergenze: tutti i DPT con unità di degenza</p>	
<p>10 (Ob.2)</p>	<p>Definire i raccordi tra Punti di Assistenza Territoriale, gli ambufest e le strutture H per percorsi fast dedicati (del.ne 122/2019)</p>	<p>→ Presentazione report semestrale sugli accessi con valutazione dei bisogni di salute</p> <p>→ Integrazione con il PEUA</p> <p>→ Presentazione proposta organizzativa di eventuali percorsi fast sulla base di quanto sopra</p> <p>→ Definire un protocollo per un raccordo diretto tra FT PEDIATRIA e ambufest pediatrico</p> <p>→ Presentazione report trimestrale di monitoraggio degli ambufest e dei PAT</p> <p>Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti o nelle ore notturne, nei giorni festivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde come indicatore proxy di inappropriatezza nell'utilizzo del PS e di difficoltà di accesso ai servizi di continuità assistenziale e delle reti di presa in carico</p> <p>Stato attuale Accessi: P.A.T. Montefiascone 4.446, P.A.T. Ronciglione 4.072 Di cui trasferiti PAT Montefiascone 251, PAT Ronciglione 175, 2 accessi codice giallo e rosso e 12 verdi</p> <p>Prestazioni ambufest: Adulti 3383 nei primi 9 mesi 2018 Pediatrico 3363 nei primi 9 mesi del 2019</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Monitoraggio dei processi di facilitazione e OBI" (DPT DEA) in collaborazione con "Assistenza specialistica ambulatoriale e rapporti con MMG, PLS e continuità assistenziale" (DPT Cure primarie)</p>	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro giugno 2020 Entro settembre 2020 Entro settembre 2020 Triennale</p>
<p>11 (Ob.2)</p>	<p>Integrazione delle attività della specialistica ambulatoriale nelle reti clinico-organizzative in revisione</p>	<p>→ Revisione rete emergenza urgenza</p> <p>→ Revisione della rete chirurgica aziendale</p> <p>→ Revisione della rete oncologica</p> <p>→ Revisione della rete ortopedica</p> <p>In tutte le reti devono essere coinvolte le attività specialistiche di riferimento degli ambulatori territoriali, così come le connessioni con le strutture intermedie e le reti assistenziali delle professioni sanitarie</p> <p>In particolare le attività degli ambulatori infermieristici, del Picc team e del centro stomie</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Assistenza specialistica ambulatoriale rapporti con i MMG, PLS e medici di continuità assistenziale"</p> <p>Convergenza DPT Gops, DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati, DEA e terapia del dolore, DPT oncoematologico e di diagnosi e cura</p>	<p>Nel rispetto dei tempi definiti dai DPT capofila</p>
<p>11 (Ob.3)</p>	<p>Revisione e monitoraggio attività rete odontoiatrica rete Odontoiatrica (del.ne 1626 /2017; del.ne 1418/2018)</p>	<p>→ Revisione del documento</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Stato attuale: N. prestazioni ambulatoriali anno 2018: 12.662</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso "Assistenza specialistica ambulatoriale rapporti con i MMG, PLS e medici di continuità assistenziale" in collaborazione con "Coordinamento dell'attività odontoiatrica" Convergenza DPT neuroscienze e organi di senso</p>	<p>Entro giugno 2020 Triennale</p>

12 (Ob.3)	Monitoraggio per la Rete endocrinologica aziendale per la gestione del paziente con il nodulo tiroideo (Del.ne473/2019)	<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione report trimestrali di attività con implementazione delle stesse - Allargare la rete ad altre patologie quali ipo e ipertiroidismo <p>Obiettivi di PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento del N° casi intercettati da ambulatori territoriali - N° PAC erogati per distretto di provenienza <p>Secondo www.opensalutelazio.it Numero malati anno 2016 Ipotiroidismo 16900</p> <p>Situazione attuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PAC specialistica ambulatoriale diagnostica nodulo tiroideo: n. 130 - Totale visite endocrinologiche: 36.946 <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Rete endocrinologica" in collaborazione con "Assistenza specialistica ambulatoriale rapporti con i MMG, PLS e medici di continuità assistenziale"</p> <p>Convergenza DPT neuroscienze e organi di senso</p>	Triennale Entro 2020
13 (Ob.3)	Monitoraggio del PIC dello BPCO, dello scompenso cardiaco e del diabete (del.ne 366, 367, 369 del 2018)	<p>→ Implementazione delle attività sugli altri centri della rete (diabetologia e BPCO entro gennaio e scompenso entro febbraio)</p> <p>→ Presentazione relazione trimestrali sui percorsi integrati di cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio indicatori PIC scompenso cardiaco - monitoraggio indicatori PIC BPCO - monitoraggio indicatori Diabete - n. utenti presi in carico - riduzione delle ospedalizzazioni - riduzione della mortalità a 30 gg <p>Secondo DM 12 marzo 2019</p> <p>L'aderenza e l'appropriatezza del trattamento farmacologico il rispetto della tempistica nelle visite di follow up (BPCO), adeguato numero di ecocardiogrammi (Scompenso), controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, creatinina e fondo oculare (diabete)</p> <p>Gli indicatori PDTA sono calcolati secondo la metodologia riportata in dettaglio nel Manuale operativo per la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali del Ministero della salute (v. 23-7-2018)</p> <p>Stato attuale</p> <p>Secondo www.opensalutelazio.it Numero malati anno 2016 Diabete 21293 BPCO 13933</p> <p>Cause di decesso 34,7% cardiocircolatorie e 9% respiratorie Cause di ricovero sistema circolatorio 17,1% respiratorio 9,5%</p> <p>Dati di attività: 7764 cartelle aperte, 115 pazienti gestiti in multicentrica, 228 pazienti arruolati con l'app Mese di ottobre aperte 427 cartelle e lavorate 1841</p> <p>Per il controllo del percorso: Referenti dei PIC</p> <p>Convergenze DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati, DPT salute della donna e del Bambino, DPT DEA</p>	Entro febbraio 2020 Triennale
14 (Ob.3)	Monitoraggio attività COC	<p>→ Attivazione dei processi di telemedicina e raccordo con le COC per gli altri centri della rete</p> <p>→ Studio di fattibilità per l'inserimento degli altri PDTA aziendali nelle attività della COC</p> <p>→ Definizione dei percorsi di integrazione H/T</p> <p>→ Presentazione relazione trimestrali sulle attività COC</p> <ul style="list-style-type: none"> - incremento n. utenti seguiti in telemedicina - incremento n. di alert trattati dalla COC 	Entro gennaio 2020 Entro settembre 2020 Entro settembre 2020 Triennale

		<p>- incremento n. pazienti con multimorbilità presa in carico dalle COC in relazione all'obiettivo di stratificazione della popolazione</p> <p>Stato attuale (mese di ottobre)</p> <p>Sono stati arruolati 48 pazienti per l'automonitoraggio</p> <p>Sono pervenuti alle consolle 284 risultati di automonitoraggi domiciliari</p> <p>Sono stati gestiti 1.10 reminder e 666 messaggi in chat</p> <p>Sono stati generati dal sistema 347 messaggi</p> <p>Per il controllo del percorso: Referenti dei PIC</p> <p>Convergenze DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati, DPT salute della donna e del Bambino, DPT DEA</p> <p>→ Implementazione del PIC con i percorsi di telemedicina e la cartella smart digital</p> <p>→ Definizione dei percorsi di integrazione H/T</p> <p>→ Presentazione relazione trimestrali sui percorsi integrati di cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio indicatori PIC - n. utenti presi in carico - riduzione delle ospedalizzazioni - riduzione della mortalità a 30 gg - appropriatezza prescrittiva <p>Stato attuale: Stima pazienti in TAO 2% della popolazione totale (oltre 6000 persone)</p> <p>Convergenze DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati</p> <p>→ Implementazione delle attività con la dotazione della cartella smart digital clinic</p> <p>→ Definizione dei percorsi di integrazione H/T</p> <p>→ Presentazione relazione trimestrali con rendicontazione spesa farmaceutica</p> <p>Obiettivi PDTA</p> <p>di processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tempo di attesa per prima visita per singolo CDCD • tempo di attesa intervento UVMD Integrata/presa in carico (gold standard 30-60-90 gg. case mix); <p>volumi</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. valutazioni in UVMD /n. prese in carico pazienti con demenza (90%); • n. prime visite/anno per singolo CDCD e n. visite di follow-up/anno per singolo CDCD; • n. prime valutazioni neuropsicologiche/anno per singolo CDCD; • n. di follow-up neuropsicologia/anno per singolo CDCD; • n. di pazienti inviati dal CDCD-T al CDCD-H e dal CDCD-H al CDCD-T • n. PAC erogati <p>di esito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. dimissioni da reparti per acuti con diagnosi demenza (standard di riferimento< dell'anno precedente); • n. pazienti con demenza assistiti a domicilio /n. pazienti istituzionalizzati (standard di riferimento > 1) <p>Spesa per farmaci ad erogazione diretta</p> <p>Stato attuale Secondo www.opensalutelazio.it Numero malati anno 2016 Demenze 1819</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso: "Coordinamento Centro delle Malattie neurodegenerative ed integrazione con i Centri per i disturbi cognitivi e demenze territoriali" (DPT Neuroscienze e organi di senso) con UOC Psicologia</p> <p>→ Monitoraggio adesione Screening CCR</p> <p>Obiettivi N. centri che aderiscono all'attività e volumi di attività</p>	<p>Entro giugno 2020</p> <p>Entro settembre 2020</p> <p>Triennale</p>
15 (Ob.3)	<p>Monitoraggio del PIC TAO (del.ne 368 /2018)</p>		
16 (Ob.3)	<p>Monitoraggio della rete disturbi cognitivi e le demenze (del.ne 1309 del 2/9/2019)</p>		
17 (Ob.3)	<p>Monitoraggio attività di screening del cancro colon retto</p>		<p>Triennale</p>

		<p>Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello sulla popolazione invitata Per il Controllo del percorso: responsabile UOSD Coord.to Screening e Incarico ad alta specializzazione: Coordinamento delle attività cliniche del PDTA del colon retto Convergenze: DPT Oncoematologico e dei Servizi, DPT prevenzione e distretti</p>	
<p>18 (Ob.3)</p>	<p>Revisione e monitoraggio dei centri di riferimento nel TSRMEE</p>	<p>→ Revisione del documento Centro Provinciale disturbi Spetto Autistico del.ne 1018 /2017 → Revisione del documento Centro di Riferimento per le Paralisi Cerebrali infantili del.ne 1081/2017 → Attivazione PAC DHD e follow up neonati pretermine con presa in carico dei neonati pretermine inviati dalla pediatra di Belcolle → Presentazione report trimestrali di attività: Per il Controllo del percorso: responsabile UOC TSRMEE e Disabile Adulto Convergenze: DPT Salute della Donna e del Bambino</p>	<p>Entro il 2021 Entro 2020 Triennale</p>
<p>19 (Ob.3)</p>	<p>Definizione del percorso diagnostico integrato sui disturbi specifici dell'apprendimento</p>	<p>→ Presentazione del documento → Presentazione report trimestrali di attività Per il Controllo del percorso: responsabile UOC TSRMEE e Disabile Adulto Convergenze: DPT Salute della Donna e del Bambino</p>	<p>Entro gennaio 2020 Triennale</p>
<p>20 (Ob.3)</p>	<p>Revisione del percorso autorizzativo assistenza protesica del.ne 390/2016</p>	<p>→ Revisione del documento → Presentazione report trimestrali di attività e di spesa Incarico ad alta specializzazione: "Valutazione appropriatezza ed economicità della Protesica Aziendale" Convergenze: Distretti</p>	<p>Entro dicembre 2020</p>
<p>21 (Ob.3)</p>	<p>Revisione delle procedure in ambito di medicina legale</p>	<p>→ Omogeneizzazione procedure per l'istruttoria delle richieste di rilascio, conferma, revisione della patente di guida e nautica → Revisione della procedura aziendale di medicina necroscopica aziendale Incarico ad alta specializzazione: "Responsabile Medicina Necroscopica territoriale" e "Attività di medicina legale distretto B" Convergenze: Direzione sanitaria polo</p>	<p>Entro dicembre 2020</p>
<p>22 (Ob.4)</p>	<p>Definizione delle reti professionali nei contesti di cura intermedii e domiciliari nella base della complessità assistenziale e sperimentazione del modello Microteam nelle UCP</p>	<p>→ Definizione delle reti professionali nei contesti di cura intermedii e domiciliari: - Rete dell'assistenza infermieristica - Rete riabilitativa → Presentazione report trimestrali di monitoraggio - Prestazioni ambulatoriali riabilitative/infermieristiche - Accessi ADI (prestazionali e PAI) → Definizione progetto per attivazione del microteam previo accordo con la con la medicina generale → Sperimentazione del modello Microteam su un gruppo di UCP selezionate e verifica dei risultati a 6/12 mesi → Eventuale ampliamento/rettifica del modello Per il controllo del percorso direttore UOC GoPS e Cure primarie Convergenze con il DPT neuroscienze e organi di senso, Distretti</p>	<p>Entro aprile 2020 Triennale Entro giugno 2020 Da settembre 2020 Entro 2022</p>
<p>23 (Ob.4)</p>	<p>Riorganizzazione del DH trasfusione e revisione della procedura per la trasfusione a domicilio DCA U00282/2017</p>	<p>→ Collaborare alla revisione della procedura e al monitoraggio trimestrale delle attività Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso: DPT oncoematologico di diagnosi e cura "Day hospital trasfusionale" e "Coordinamento delle attività trasfusionali domiciliari"</p>	<p>Entro giugno 2020 Triennale</p>

B. PIANI DI DIFFUSIONE: AZIONI PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLE COMUNITÀ E COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI

Obiettivi

→ **Promozione di azioni tese al miglioramento della performance dei professionisti**

Attraverso:

- Audit organizzativi e clinici
- Formazione tra pari o con esperti per promuovere l'EBP
- Addestramento
- Gruppi di lavoro per la stesura di procedure/percorsi
- Sviluppo di attività/servizi a supporto dell'autocura

→ **Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi**

Attraverso

- Promozione di azioni partecipate con il volontariato/associazionismo per l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi e per favorire l'offerta attiva
- Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi, implementazione di percorsi facilitanti
- Attuazioni di azioni volte all'autocura e alla promozione della salute

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Audit clinici e organizzativi periodici	<p>→ Audit clinici ed organizzativi, in particolare in merito all'appropriatezza diagnostica e prescrittiva (sia per gli interni che per i MMG) che portino alla stesura di un documento condiviso. Dovrà essere condotto almeno un audit/trimestre</p> <p>Secondo DM 12 marzo 2019</p> <p>Indicatore composto per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sensibili/traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza consumo (es. antibiotici, antidepressivi, statine, antipertensivi, inibitori di pompa)</p> <p>Indicatori proxy dell'appropriatezza nel consumo di prestazioni ambulatoriali (es. consumo procapite esami di laboratorio e RM osteoarticolari)</p> <p>Per il controllo del percorso Responsabile DPT in collaborazione con il Board scientifico</p> <p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS, Risk manager e servizio farmaceutico</p>	Entro il 2020
2 (Ob.1)	Aggiornamento sulle ultime EBP	<p>→ Gestione dei percorsi clinico assistenziali dei pazienti cronici</p> <p>→ Le reti di prossimità e le cure intermedie</p> <p>Per il controllo Direttore DPT</p> <p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS</p>	Entro il 2020
3 (Ob.1)	Istituzione del gruppo di lavoro per la redazione di percorsi/procedure con FSC	<p>→ Percorsi di formazione su campo per i gruppi di lavoro dedicati alla costruzione di PDTA e procedure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le procedure nei contesti assistenziali delle cure primarie: <ul style="list-style-type: none"> Procedura per la gestione delle agende e dei piani di lavoro in ambulatorio, Procedure operative delle centrali operative della cronicità, Procedura per la somministrazione di sostanze terapeutiche a domicilio - FSC la diagnosi ed il trattamento dei tumori della cute, delle malattie reumatiche e delle lesioni cutanee croniche <p>Per il controllo Direttore DPT</p> <p>Convergenze: UOSD Formazione, GoPS</p>	Entro 2020 in scaling up

4 (Ob.2)	Implementazione di azioni di autocura	<ul style="list-style-type: none"> → Progetto aderenza terapeutica: il diario di patologia per i pazienti cronici → Progetto aderenza terapeutica nel paziente iperteso → Progetto di educazione al caregiver del paziente encefalopatico → Attivazione di percorsi di auto cura per la prevenzione primaria e secondaria delle lesioni da pressione a domicilio (del.ne 2379/2018) → Attivazione percorsi di screening e autocura per la gestione del piede nel paziente diabetico <p>Per il controllo <i>Direttore DPT</i> Convergenze: UOSD Formazione, GoPS, Area comunicazione, URP</p>	Entro 2020 in scaling up
5 (Ob.2)	Implementazione attività del PICC team (del.ne 469/2019)	<ul style="list-style-type: none"> → Attivazione di percorsi di auto cura per la gestione domiciliare degli accessi venosi → Definizione della modalità di invio presso il centro della gestione degli accessi venosi dei pazienti in ADI o in strutture semiresidenziali/residenziali → Attivazione di percorsi di teleconsulenza/consulenza per la rete dell'assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare <p>Per il controllo del percorso <i>Terapia nutrizionale e NAD e coordinamento accessi venosi</i> Convergenza con DEA, DPT oncoematologico, GoPS, UOSD formazione, PGOA,</p>	Entro giugno 2020
6 (Ob.1/2)	Attuazione dei piani di diffusione deliberati (Del.ne 202 /2019)	<ul style="list-style-type: none"> → Tutte le proposte progettuali (reti/percorsi) i devono contenere il Piano di diffusione (100%) → Rispetto dei tempi e delle azioni previsti nei piani di diffusione deliberati almeno per l'80% di quanto previsto <p>Per il controllo UOSD Formazione e area della comunicazione con i referenti per i singoli piani di diffusione</p>	Triennale
7 (Ob.2)	Collaborazione con enti e partners	<ul style="list-style-type: none"> → Ampliamento delle convenzioni con enti e terzo settore → Stesura protocolli con associazionismo e volontariato → Rinnovo dell'accordo/protocollo con MMG/PLS <p>Per il controllo <i>Direttore DPT</i> Convergenze: UOSD Formazione, GoPS, Area comunicazione, URP</p>	Entro 2020
8 (Ob.2)	Collaborazione alla realizzazione delle azioni del PAP	<ul style="list-style-type: none"> → Partecipazione alla realizzazione dei progetti contenuti nel PAP per obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> - 1.1.3 - 1.1.4 - 1.1.5 - 1.1.6 - 1.1.7 - 1.1.8 - 1.2.9 - 1.2.10 - 1.3.4, 1.3.5, 1.3.6 <p>Per il controllo <i>Direttore DPT</i> Convergenze: DPT prevenzione</p>	Triennale
9 (Ob.2)	Collaborazione all'attuazione del nuovo sistema gestione segnalazioni e reclami	<ul style="list-style-type: none"> → Garantire la collaborazione nella condivisione del processo per la gestione delle segnalazioni e le successive azioni di miglioramento utili al fine della risoluzione delle criticità → Condivisione delle procedure <p>Responsabile del percorso: URP, Area della Comunicazione CONVERGENZE: tutti i DPT e PGOA</p>	Triennale Entro febbraio 2020

C. SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE E OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivi

1. Dimensionamento e riorganizzazione dell'offerta sulla base dei punti di erogazione e dell'intensità di cura (sui principi di prossimità, sicurezza e nell'ambito della rete hub/ spoke)
2. Potenziare le azioni di transitional care
3. Innovazione dei processi grazie al supporto dell'information technology
4. Monitoraggio degli esiti e delle politiche di governance

Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1) Dimensionamento dei servizi nell'ambito della Rete Aziendale in un'ottica di equilibrio domanda/offerta	→ Progettazione dell'articolazione e della localizzazione dei servizi sulla base dei principi di prossimità, sicurezza, volumi di attività, dotazione tecnologica e strumentale Per il controllo Direttore DPT Convergenza: Distretti	Entro marzo 2020
2 (Ob.1) Attivazione delle nuove strutture di cure intermedie	→ Casa della salute di Ronciglione Monitoraggio delle attività secondo cronoprogramma → Casa della salute di Orte Monitoraggio delle attività secondo cronoprogramma Per il controllo Direttore DPT	Entro 2020 Entro 2022
3 (Ob.1) Completamento del percorso di trasformazione da P.P.I. A P.A.T. A Montefiascone e Ronciglione (del.ne 122/2019)	→ Attivazione entro i tempi previsti → Monitoraggio delle attività Per il controllo Direttore DPT	Entro gennaio 2020
4 (Ob.1) Ridistribuzione/potenziamento della risposta ambulatoriale (anche target specifica) sulla base dei bisogni di salute PNGLA 2019-2021 e DCA 302/19	→ Ridefinire almeno il 90% delle agende ambulatoriali come da indirizzi normativi ed in seguito al dimensionamento di cui sopra <ul style="list-style-type: none"> - Prime visite al CUP - Controlli gestiti dallo specialista in agende esclusive - Slot dedicati alle derivate da PS/UUOO - Slot dedicate ai PDTA/PIC/PAC/PAS - Overbooking strutturata per almeno il 20% → Attivazione del servizio allergologia pediatrica → Implementare attività per target quali dipendenze da gioco d'azzardo, alcolismo, cocainismo Decreto 12 marzo 2019 Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità richiesta Stato attuale: Prestazioni critiche Elettrocardiogramma Elettrocardiogramma Dinamico (Holter) Elettrocardiogramma da sforzo Spirometria Fondo Oculare Dati SIRD primo semestre 2019: prestazioni 169.566 (soggetti 1256) di cui 153.460 per sostanze, 15.382 per alcool, 754 per gioco d'azzardo patologico, 186 per altre dipendenze Per il controllo Direttore DPT e IAS "Assistenza specialistica ambulatoriale rapporti con i MMG, PLS e medici di continuità assistenziale" Convergenze: PGOA, Distretti	Entro 2020

5 (Ob.2)	Attivazione dell'area socio sanitaria integrata con la sala accoglienza dei pazienti dimessi	<ul style="list-style-type: none"> → Collaborazione con la Direzione Sanitaria Polo alla progettazione dell'area socio sanitaria integrata H/T → Definizione procedura per la somministrazione di sostanze terapeutiche a domicilio per favorire la dimissione anticipata → Attuare la procedura per le dimissioni difficili con equipe valutativa integrata, monitorare le attività <p>Per il controllo del percorso Direzione sanitaria Polo</p> <p>Convergenza: tutti i DPT</p>	Entro gennaio 2020 Entro giugno 2020 Triennale
6 (Ob.3)	La telemedicina a supporto dei processi e delle reti	<ul style="list-style-type: none"> → Implementare le azioni di telemedicina <ul style="list-style-type: none"> - Attivare la cartella smart digital per la rete della demenza e per il percorso TAO e per la reumatologia - Ampliare l'offerta attiva della App e attivare ulteriori percorsi di automonitoraggio - Attivare percorsi di screening telefonico per pazienti non abili nell'uso della tecnologia - Definire nell'ambito della cartella la funzione del patto di cura e della titolazione terapeutica - Acquisizione di un sistema di tariffazione per le prestazioni in telemedicina - Attivare percorsi di telemedicina con device in ambito protetto e a domicilio <p>Per il controllo Direttore DPT e IAS Telemedicina e coordinamento casa della salute</p> <p>Convergenze: PGOA, DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati, DPT neuroscienze e degli organi di senso</p>	Entro 2020 in scaling up
7 (Ob.3)	Applicazione dell'IT ai processi assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> → Ricorso abituale alla prescrizione dematerializzata (SISMED) → Corretta alimentazione dei flussi regionali (SIAT/SIRD...) → Ricorso alla prenotazione su Recup per gli slot e le agende esclusive → Corretta e completa compilazione del Cardioplanet → Corretta e completa compilazione del Farmed <p><i>*i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</i></p>	Triennale
8 (Ob.4)	Riduzione dei tempi d'intervento nell'erogazione delle cure	<ul style="list-style-type: none"> → Rispetto dei valori soglia da PNGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021/ recepimento regionale con DCA U0030225/2019) → Incremento delle attività di day service (PAC/APA/PAS) in ambito territoriale → Rispetto dei tempi di attesa per ingresso in strutture residenziali/semiresidenziali e hospice → Rispetto dei tempi per presa in carico ADI → Rispetto dei tempi nella liquidazione delle fatture <p><i>*i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</i></p>	Triennale
9 (Ob.4)	Azioni di monitoraggio e controllo (volumi/peso/remunerazione e spesa) nell'ottica del rispetto delle direttive nazionali e regionali	<ul style="list-style-type: none"> → Controllo della spesa e monitoraggio del budget assegnato <ul style="list-style-type: none"> - Incremento delle attività ambulatoriali (volumi, peso e produttività) - Controllo delle attività domiciliari erogate nel rispetto del budget (volumi, peso e spesa) - Monitoraggio della protesica nel rispetto del budget (volumi e spesa) - Monitoraggio dei PAI e delle attività dei centri diurni nel rispetto del budget (volumi e spesa) - Controllo della spesa farmaceutica convenzionata/riparto quota capitaria e del consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 (DM 12 marzo 2019) <p><i>*i singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative</i></p>	Triennale

I DISTRETTI

DISTRETTO

Finalità

Il Distretto è sostanzialmente configurato come il sistema al quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza – valutare quali servizi per quali bisogni di salute), ma diventa anche luogo di programmazione delle attività in un'ottica di equità e ottimizzazione delle stesse, sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione e delle risorse disponibili. Da qui inizia la definizione delle priorità, delle attività e delle risorse necessarie per attuarle, e la scelta se utilizzare servizi interni all'Azienda o acquistarli all'esterno anche tenendo conto degli accordi presi con i Comuni interessati in merito ai servizi, che vengono definiti assieme al Distretto all'interno dei documenti dei Piani di Zona. Quindi il distretto è titolare dello stato di salute della popolazione e assicura un'efficace politica per gestire l'aumento della richiesta di servizi sanitari, affinché questo trovi una risposta in grado di soddisfare i bisogni di salute degli individui, e in generale della popolazione, nel miglior modo possibile con le risorse disponibili.

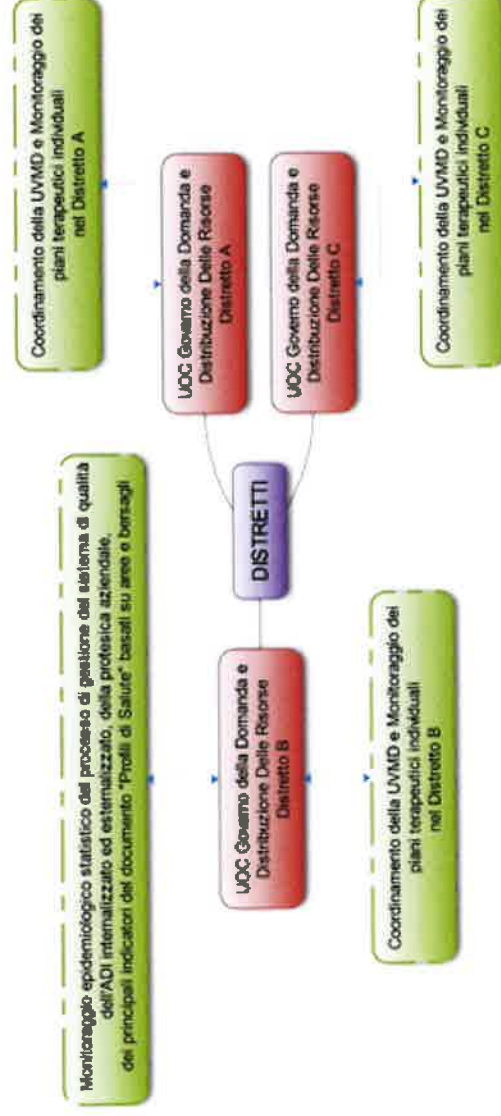
Razionale

Il governo della domanda consiste nell'identificare dove, come, perché e da chi origina la domanda di prestazioni sanitarie, e nel decidere come questa deve essere trattata, ridotta, modificata o accresciuta, in modo che si possa sviluppare un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo.

Il distretto analizza pertanto la domanda ed orienta la stessa garantendo continuità terapeutica, indipendentemente dai diversi luoghi di trattamento. È tenuto a svolgere una serie di funzioni che lo rendono centrale nella rete dei servizi sociosanitari:

- valutare il fabbisogno e la domanda di salute e monitorare buon uso delle risorse;
- condividere un'adeguata pianificazione strategica per garantire un'equa distribuzione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie anche di quelle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria delegate dai Comuni;
- definire un sistema di obiettivi e indicatori per valutare efficienza, qualità e sicurezza dell'assistenza;
- assicurare lo sviluppo di iniziative di promozione/educazione alla salute e prevenzione anche in accordo con il dipartimento di prevenzione;
- facilitare l'accesso e l'orientamento dei cittadini all'interno dei contesti/retif percorsi aziendali.

Il sistema di networking del dipartimento



A. EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO E AZIONI DI PREVENZIONE A GARANZIA DEL MANTENIMENTO DELLO STATO DI SALUTE

Obiettivi

Efficientare la rete dei servizi territoriale, contribuendo a riqualificare l'offerta assistenziale attraverso:

1. Valutazione del fabbisogno e della domanda di salute
2. Definizione di un sistema di indicatori per valutare efficienza, qualità e sicurezza dell'assistenza
3. Monitoraggio del buon uso delle risorse

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1	Sviluppo e monitoraggio dei profili di salute (Ob.1)	<p>→ Aggiornamento costante del documento con analisi per aree focalizzate anche in relazione alla stratificazione regionale e al sito www.opensalutelazio.it</p> <p>→ Indicazioni di intervento sui punti critici (vedi multicronicità)</p> <p>→ Relazione trimestrale sull'avanzamento delle azioni di interventi definite secondo indicatori condivisi</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <p>Fragilità nell'anziano (over 65 aa) come indicatore epidemiologico basato su una misura del livello di autonomia della persona nello svolgimento delle attività di vita: il valore informativo dell'indicatore è legato alle necessità assistenziali che si accompagnano alla perdita di autonomia della popolazione anziana che si accompagnano alla presenza di malattie croniche autoriferite</p> <p>Indice di cronicità basato sulla presenza di malattie croniche autoriferite</p> <p>Obiettivo stratificazione</p> <p>Sul totale della popolazione di 3.182.005 il 2,4% (74.945) è over 65 (indice di vecchiaia pari a 193,8 % sopra la media regionale e nazionale) con un indice di dipendenza pari a 36,6 % e di dipendenza strutturale pari a 55,5 %.</p> <p>In relazione alla stratificazione della popolazione (secondo Creg) il numero di pazienti che richiedono una gestione multiprofessionale a causa di multicronicità si attesta intorno al 13,8% pari a 41.268 pazienti di questi il 2,2% si attesta come ad alto rischio pari a 6725 (con un costo medio procapite che va dai 2500 al 10000 euro).</p> <p>Secondo la stratificazione effettuata nell'ambito del progetto CCM 2017</p> <p>Popolazione Alto rischio pari a 8.372 (3,44%)</p> <p>Popolazione rischio Molto Alto 4.742 (1,95%)</p> <p>Di questi quasi il 50% sono in Politerapia >=5 e quasi il 20% assumono farmaci potenzialmente inappropriati. Oltre il 60% hanno tre o più condizioni croniche, tra le più frequenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiovascolari 2. Gastrointestinali 3. Endocrine 4. Muscoloscheletriche 5. Psichiatriche 6. Respiratorie 7. Neurologiche <p>Stato attuale Secondo www.opensalutelazio.it</p> <p>Numero malati anno 2016 (condizioni più frequenti)</p> <p>Iperensione 64691 (300/1000 abitanti)</p> <p>Diabete 21293</p> <p>Ipotiroidismo 16900</p> <p>BPCO 13933</p> <p>Demenze 1819</p>	Triennale
		<p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso <i>Monitoraggio epidemiologico statistico del processo di gestione del sistema di qualità dell'ADI internalizzato ed externalizzato, della protesica aziendale, dei principali indicatori del documento "Profili di Salute" basati su aree e bersagli</i></p> <p>Convergenze DPT prevenzione e DPT cure primarie</p>	

2 (Ob.1 Ob.3)	Istituzione budget di salute e ridistribuzione/potenziamento della risposta domiciliare	<p>→ Definizione di un modello/sistema aziendale condiviso per la determinazione del budget di salute</p> <p>→ Revisione della procedura Modello di funzionamento PUA UVMD e PAI (del.ne 1313/2018) sulla base del modello sopraccitato e alla luce del DCA 303/2019 che prevede a gennaio l'inizio delle contrattazioni con i soggetti accreditati per l'erogazione di prestazioni ADI</p> <p>→ Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture (revisione processi di verifica conformità da parte del DEC)</p> <p>→ Monitoraggio di processo ed esito dei PAI, attenendone le popolazioni in età evolutiva</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di attività e di spesa (ADI/ADIAI, TSMREE e SERD)</p> <p>Secondo DM 12 marzo 2019 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare per intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3) in base alla popolazione totale, fornisce indicazioni sull'offerta del servizio</p> <p>Obiettivi DCA 2,5% della popolazione over 65 anni gestita in ADI (pari a 1874 soggetti) Con posti ADI I livello 168, II livello 127, III livello 139, ADIAI 32</p> <p>Stato attuale (primi 9 mesi 2019) Prestazioni distretto A 62.742, B 37.672, C 57.642 (Totale 158.056) Richieste distretto A 2.553, B 1.569, C 2.747 (Totale 6.869) Media prestazioni per utente 23</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso Monitoraggio epidemiologico statistico del processo di gestione del sistema di qualità dell'ADI internalizzato ed externalizzato, della protesica aziendale, dei principali indicatori del documento "Profili di Salute" basati su aree e bersagli</p> <p>Convergenza con DPT cure primarie: IAS Coordinamento attività ADI aziendale verifica degli standard di qualità, UOC TSMREE e disabile adulto, UOC dipendenze</p>	Entro marzo 2020 Entro giugno 2020 Triennale Triennale Triennale
3 (Ob.2)	Attuazione SGQ ADI e definizione indicatori di controllo sulla rete dei servizi distrettuali	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>→ % di persone di età ≥65 anni seguite in AD residenti nella ASL</p> <p>Obiettivi DCA 2,5% della popolazione over 65 anni gestita in AD (pari a 1874 soggetti) Con posti ADI I livello 168, II livello 127, III livello 139, ADIAI 32</p> <p>Stato attuale (primi 9 mesi 2019) Prestazioni distretto A 62.742, B 37.672, C 57.642 (Totale 158.056) Richieste distretto A 2.553, B 1.569, C 2.747 (Totale 6.869) Media prestazioni per utente 23</p> <p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso Monitoraggio epidemiologico statistico del processo di gestione del sistema di qualità dell'ADI internalizzato ed externalizzato, della protesica aziendale, dei principali indicatori del documento "Profili di Salute" basati su aree e bersagli</p> <p>Convergenze DPT cure primarie</p>	Triennale
4 (Ob.2 Ob.3)	Definizione Programmazione territoriale triennale DCR 1/19, Piano sociale regionale "Prendersi Cura, un Bene Comune"	<p>→ Definizione del documento di Programmazione territoriale triennale (aggiornata annualmente) integrata, attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) che dovranno contenere un identico capitolo, elaborato congiuntamente, sui LEA socio-sanitari.</p> <p>→ Attuazione e monitoraggio delle attività con relazione annuale a verifica degli esiti dei progetti attivati</p> <p>Obiettivi DCR</p>	Triennale

	<ul style="list-style-type: none"> - Costruzione di un sistema di indicatori e di strumenti di raccolta delle informazioni univoci per la verifica del conseguimento degli obiettivi di integrazione individuati nel documento di cui sopra - Creazione di un budget unico di distretto, che ricomponga le risorse economiche destinate dalla ASL e dai Comuni associati del Distretto sociosanitario in coerenza con gli obiettivi di programmazione definiti in maniera congiunta - Individuazione di indicatori standard di efficacia e di efficienza per misurare le prestazioni e la spesa <p>Per il controllo del percorso Direttori di distretto Convergenza DPT cure primarie</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Revisione della procedura alla luce dei nuovi indirizzi regionali → Calendarizzazione delle attività e successivi report di conformità → Monitoraggio delle attività (report) <p>Per il controllo del percorso responsabile Direttori di distretto Convergenza DPT prevenzione e PGOA</p>	<p>Entro giugno 2020 Annuale Triennali</p>
5 (Ob.2 Ob.3)	<p>Piano dei controlli sugli esternalizzati</p>	<p>Revisione della rete dei PUA DCR 1/19, Piano sociale regionale "Prendersi Cura, un Bene Comune"</p>	<p>Entro settembre 2020 Entro settembre 2020 Entro settembre 2020 Triennali</p>
6 (Ob.2)	<p>Revisione della rete dei PUA DCR 1/19, Piano sociale regionale "Prendersi Cura, un Bene Comune"</p>	<p>Definire un'efficiente ed efficace rete informativa coordinata tra i PUA di prossimità e il PUA principale.</p> <p>Definire il ruolo dei PUA nei percorsi facilitanti di presa in carico in relazione a reti e PDTA</p> <p>Valutare l'istituzione PUA nell'istituto penitenziario</p> <p>Report di monitoraggio delle attività</p> <p>Obiettivi di percorso</p> <p>Numero dei casi/segnalazioni</p> <p>Rispetto della tempistica tra il riconoscimento del diritto e l'attuazione del progetto personale (erogazione delle prestazioni)</p> <p>Per il controllo del percorso Direttore di distretto</p>	<p>Entro settembre 2020 Entro settembre 2020 Entro settembre 2020 Triennali</p>
7 (Ob.2 Ob. 3)	<p>Monitorare l'attività dei Punti di Assistenza Territoriale</p>	<p>Presentazione report semestrale sugli accessi con valutazione dei bisogni di salute</p> <p>Decreto Ministeriale 12 marzo 2019</p> <p>Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti o nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde come indicatore proxy di inappropriata nell'utilizzo del PS e di difficoltà di accesso ai servizi di continuità assistenziale e delle reti di presa in carico</p> <p>Stato attuale</p> <p>Accessi: P.A.T. Montefiascone 4.446, P.A.T. Ronciglione 4.072</p> <p>Di cui trasferiti PAT Montefiascone 251, PAT Ronciglione 175, 2 accessi codice giallo e rosso e 12 verdi</p> <p>Prestazioni ambufest:</p> <p>Adulti 3383 nei primi 9 mesi 2018</p> <p>Pediatrico 3363 nei primi 9 mesi del 2019</p> <p>Per il controllo del percorso Direttore di distretto Convergenze: DPT cure primarie</p>	<p>Entro giugno 2020</p>
8 (Ob.2 Ob.3)	<p>Definizione procedura per ingresso in hospice</p>	<p>Definizione e condivisione del documento</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <p>Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni</p> <p>Per il controllo del percorso Direttore di distretto Convergenze: PGOA, UOSD terapia del dolore e cure palliative, DPT oncematologico</p>	<p>Entro giugno 2020</p>
9 (Ob.3)	<p>Revisione del percorso autorizzativo assistenza protesica de.l.n. 390/2016</p>	<p>Revisione del documento</p> <p>Presentazione report trimestrali di attività e di spesa</p>	<p>Entro dicembre 2020</p>

	<p>Incarichi di alta specializzazione per il controllo del percorso <i>Monitoraggio epidemiologico statistico del processo di gestione del sistema di qualità dell'ADI internalizzato ed externalizzato, della protesica aziendale, dei principali indicatori del documento "Profili di Salute" basati su aree e bersagli</i></p> <p>Convergenze DPT cure primarie IAS: "Valutazione appropriatezza ed economicità della Protesica Aziendale"</p>
--	---

B. PIANI DI DIFFUSIONE: AZIONI PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLE COMUNITÀ E COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI

Obiettivi

1. Promozione di azioni tese al miglioramento della performance dei professionisti

Attraverso:

- Audit organizzativi e clinici
- Formazione tra pari o con esperti per promuovere l'EBP
- Addestramento
- Gruppi di lavoro per la stesura di procedure/percorsi
- Sviluppo di attività/servizi a supporto dell'autocura

2. Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi

Attraverso

- Promozione di azioni partecipate con il volontariato/associazionismo per l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi e per favorire l'offerta attiva
- Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi, implementazione di percorsi facilitanti
- Attuazioni di azioni volte all'autocura e alla promozione della salute

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1	Audit clinici e organizzativi periodici	<p>→ Audit volti al monitoraggio e verifica della spesa farmaceutica (target MMG/PLS)</p> <p>Dovrà essere condotto almeno un audit/trimestre</p> <p>Secondo DM 12 marzo 2019</p> <p>Indicatore composto per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza consumo (es. antibiotici, antidepressivi, statine, antipertensivi, inibitori di pompa)</p> <p>Indicatori proxy dell'appropriatezza nel consumo di prestazioni ambulatoriali (es. consumo procapite esami di laboratorio e RM osteoarticolari)</p> <p>Tasso di accessi in ps nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. residenti adulti e per 1.000 ab. minori 0-14 aa). L'indicatore segnala inappropriata nell'utilizzo del Pronto Soccorso tale inappropriata può essere considerata una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi della medicina generale e della pediatria di libera scelta</p> <p>Tasso di accessi in ps nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. residenti adulti e per 1.000 ab. minori 0-14 aa) L'indicatore</p>	Entro il 2020

		<p>segnala inappropriata nell'utilizzo del Pronto Soccorso tale inappropriata può essere considerata una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi di continuità assistenziale</p> <p>Per il controllo del percorso Direttori di distretto Convergenze: DPT Cure primarie e Servizio farmaceutico</p> <p>→ Audit con i tavoli del volontariato per definire i bisogni e la qualità percepita dai clienti</p> <p>→ Sviluppo di progetti di inclusione rivolti ai migranti</p> <p>→ Analisi di fattibilità di welfare generativo</p> <p>Per il controllo Direttori distretto Convergenze: UOSD Formazione, Area della comunicazione, URP</p> <p>→ Percorso di FSC per uniformare le procedure dei PUA alla luce della rivisitazione della rete</p> <p>→ Percorso FSC per implementazione del SGQ</p> <p>Per il controllo Direttori distretto Convergenze: UOSD Formazione, Area della comunicazione, URP</p> <p>→ Tutte le proposte progettuali (reti/percorsi) devono contenere il Piano di diffusione (100%)</p> <p>→ Rispetto dei tempi e delle azioni previsti nei piani di diffusione deliberati almeno per l'80% di quanto previsto</p> <p>Per il controllo UOSD Formazione e area della comunicazione con i referenti per i singoli piani di diffusione</p>	Entro il 2020
2 (Ob.1)	Audit laici e politiche di partecipazione		
3 (Ob.1)	Applicazione omogenea dei sistemi di qualità e di orientamento		Entro il 2020
4 (Ob.1/2)	Redazione e attuazione dei piani di diffusione deliberati (Del.ne 202 /2019)		Triennale
5 (Ob.2)	Collaborazione alla realizzazione delle azioni del PAP	<p>→ Partecipazione alla realizzazione dei progetti contenuti nel PAP per obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1.1, 1.1.8, 1.1.7 - 4.1, 4.5 <p>Per il controllo Direttore DPT Convergenze: DPT prevenzione</p>	Triennale
6 (Ob.2)	Collaborazione all'attuazione del nuovo sistema gestione segnalazioni e reclami	<p>→ Garantire la collaborazione nella condivisione del processo per la gestione delle segnalazioni e le successive azioni di miglioramento utili al fine della risoluzione delle criticità</p> <p>→ Condivisione delle procedure</p> <p>Responsabile del percorso: URP, Area della Comunicazione</p> <p>CONVERGENZE: tutti i DPT e PGDA</p>	Triennale Entro febbraio 2020

C. SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE E OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivi

1. Dimensionamento e riorganizzazione dell'offerta sulla base dei punti di erogazione e dell'intensità di cura (sui principi di prossimità, sicurezza e nell'ambito della rete hub/ spoke)
2. Monitoraggio degli esiti e delle politiche di governance

Indicatori		Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Dimensionamento dei servizi nell'ambito della Rete Aziendale in un'ottica di equilibrio domanda/offerta	<p>→ Progettazione dell'articolazione e della localizzazione dei servizi sulla base dei principi di prossimità, sicurezza, volumi di attività, dotazione tecnologica e strumentale</p> <p>Convergenza: Distretti e Cure Primarie</p>	Entro marzo 2020

2 (Ob.1)	<p>Analisi della domanda dell'offerta ambulatoriale e mappatura dei flussi DCA 73/2018 DCA 302/2019 PNGLA 2019-2021</p>	<p>→ Monitoraggio costante della domanda e dell'offerta della rete ambulatoriale (PNGLA)</p> <p>→ Monitoraggio della corretta gestione delle agende ambulatoriali come da indirizzi normativi</p> <p>→ Indicazioni di intervento sui punti critici e ridistribuzione della risposta ambulatoriale</p> <p>→ Relazione trimestrale su flussi, punti critici, azioni di miglioramento correlate e risultati</p> <p>Obiettivo Ridurre la fuga che secondo DCA si attesta nella nostra ASL intorno al 19% (escluso prestazioni di laboratorio)</p> <p><i>Cronicità più frequenti</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiovascolari 2. Gastrointestinali 3. Endocrine 4. Muscoloscheletriche 5. Psichiatriche 6. Respiratorie 7. Neurologiche <p>Decreto 12 marzo 2019 Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità richiesta</p> <p>Stato attuale: Prestazioni critiche Elettrocardiogramma Elettrocardiogramma Dinamico (Holter) Elettrocardiogramma da sforzo Spirometria Fondo Oculare</p>	Triennale
3 (Ob.2)	<p>Applicazione dell'IT ai processi assistenziali</p>	<p>→ Ricorso abituale alla prescrizione dematerializzata</p> <p>→ Corretta alimentazione dei flussi regionali</p>	Triennale
4 (Ob.2)	<p>Riduzione dei tempi d'intervento nell'erogazione delle cure</p>	<p>→ Rispetto dei valori soglia da PNGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021/ recepimento regionale con DCA U00302/2019)</p> <p>→ Percentuale di ricoveri di riabilitazione post acuti inappropriati dal punto di vista clinico indicatore che misura la quota di ricoveri in riabilitazione che non soddisfano i criteri di correlazione clinica con gli eventuali eventi acuti che li precedono oppure non rispondenti a criteri di "congruenza diagnostica" (DM 12 marzo 2019)</p> <p>→ Buona salute percepita rappresenta un indicatore affidabile dello stato di salute, contribuisce a stimare il burden of disease e i bisogni di salute della popolazione (DM 12 marzo 2019)</p> <p>→ Fragilità nell'anziano (over 65 aa) come indicatore epidemiologico basato su una misura del livello di autonomia della persona nello svolgimento delle attività di vita: il valore informativo dell'indicatore è legato alle necessità assistenziali che si accompagnano alla perdita di autonomia della popolazione anziana (DM 12 marzo 2019)</p> <p>→ Indice di cronicità basato sulla presenza di malattie croniche autoriferite (DM 12 marzo 2019)</p>	Triennale

		<p>→ Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio sanitario residenziale /semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensita' di cura) indicatori che forniscono informazioni sull'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale (DM 12 marzo 2019)</p> <p>→ Rispetto dei tempi di attesa per ingresso in strutture residenziali/semiresidenziali e hospice</p> <p>→ Rispetto dei tempi per presa in carico ADI</p> <p>→ Rispetto dei tempi nella liquidazione delle fatture</p>	
5 (Ob.2)	Azioni di monitoraggio e controllo (volumi/peso/remunerazione e spesa) nell'ottica del rispetto delle direttive nazionali e regionali	<p>→ Controllo della spesa e monitoraggio del budget assegnato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento dei volumi delle attività (prestazioni ambulatoriali/pratiche PUA e utenti in ADI) - Controllo delle attività domiciliari erogate nel rispetto del budget (volumi, peso e spesa) - Monitoraggio della protesica nel rispetto del budget (volumi e spesa) - Monitoraggio dei PAI e delle attività dei centri diurni nel rispetto del budget (volumi e spesa) - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti (antibiotici, antidepressivi, inibitori di pompa, antipertensivi, statine) e delle prestazioni erogate (laboratorio e RM osteoarticolare nel paziente over 65 anni) come indicatore composito per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza (DM 12 marzo 2019) - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità (B, C, D) in rapporto al totale di prestazioni della stessa classe come indicatore che monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità, permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa (DM 12 marzo 2019) - Tasso di accessi in ps nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. residenti adulti e per 1.000 ab. minori 0-14 aa). L'indicatore segnala inappropriata nell'utilizzo del Pronto Soccorso tale inappropriata può essere considerata una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi della medicina generale e della pediatria di libera scelta (DM 12 marzo 2019) - Tasso di accessi in ps nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. residenti adulti e per 1.000 ab. minori 0-14 aa) L'indicatore segnala inappropriata nell'utilizzo del Pronto Soccorso tale inappropriata può essere considerata una proxy delle difficoltà di accesso ai servizi di continuità assistenziale (DM 12 marzo 2019) <p>* i singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative</p>	Triennale

D. COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI A GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA

Il Patto con i Professionisti a garanzia degli obiettivi definiti nella progettualità triennale

Obiettivi

1. Rispetto degli impegni di programma

	RESPONSABILE	TIPOLOGIA INCARICO	OBIETTIVI
UOC	Governo della domanda Distretto A	Castaldo Tuccillo Carla	rispetto degli obiettivi di contratto

	Governo della domanda Distretto B	Bifulco Franco		rispetto degli obiettivi di contratto
	Governo della domanda Distretto C	Schiava Maria Teresa		rispetto degli obiettivi di contratto
I.A.S.	Coordinamento della UVMD e Monitoraggio dei Progetti terapeutici Individuali nel Distretto B		PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento della UVMD e Monitoraggio dei Progetti terapeutici Individuali nel Distretto C	Biancalana Giovanni	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento della UVMD e monitoraggio dei progetti terapeutici individuali nel distretto A	Oliviero Manuela	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Monitoraggio epidemiologico statistico del processo di gestione del sistema di qualità dell'ADI internalizzato ed esternalizzato, della protesica aziendale, dei principali indicatori del documento "Profili di Salute" basati su aree e bersagli	Centini Enrico Claudio	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE MENTALE

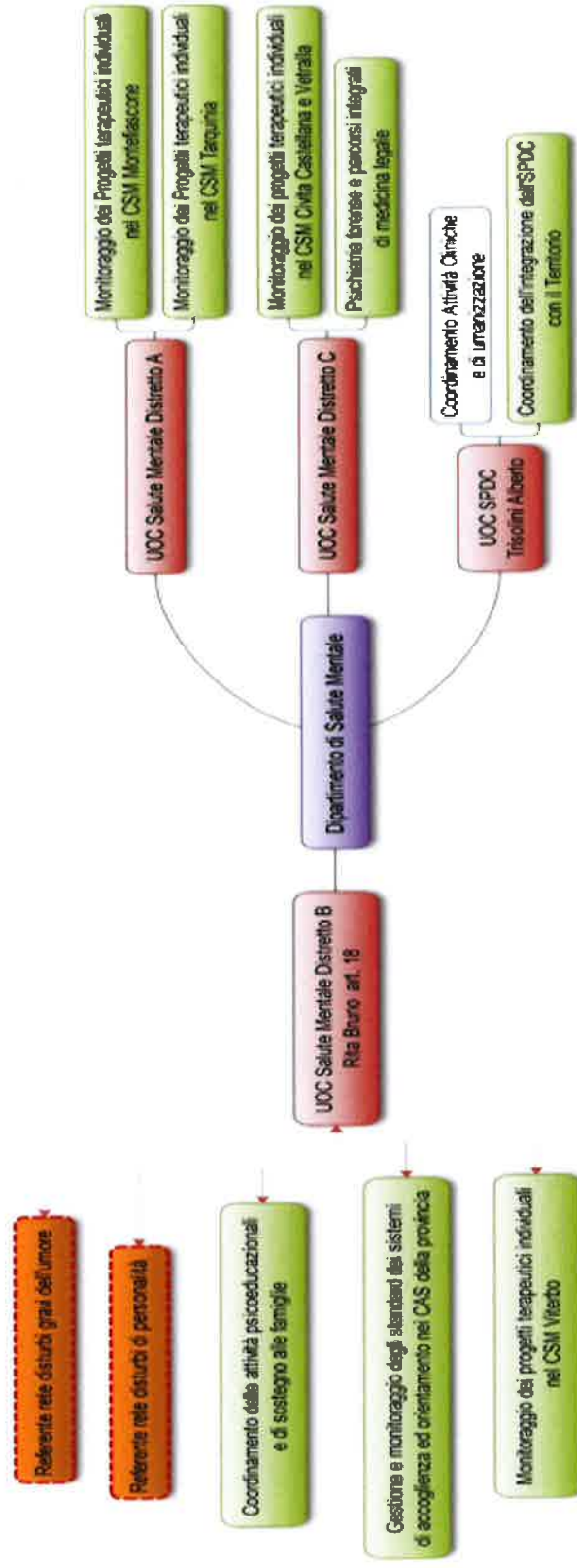
Dipartimento salute mentale

Il Dipartimento di salute mentale è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'adulto, per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei disturbi psichiatrici. Obiettivo del dipartimento è quello di privilegiare gli interventi personalizzati, secondo una logica comunitaria centrata sul territorio, potenziando e/o mantenendo le capacità residue del soggetto per evitare le istituzionalizzazioni e promuovere i diritti di cittadinanza. L'integrazione delle linee di attività (di ricovero, diurno e ordinario, e ambulatoriale) favoriscono la continuità assistenziale e l'integrazione con altre strutture presenti sul territorio consentendo la presa in carico globale dei pazienti con doppie diagnosi.

Razionale

Il Dipartimento garantisce che i servizi e i presidi per la salute mentale costituiscano un complesso organizzativo unico e coerente, avendo attenzione di evitare qualsiasi frammentarietà e carenza di azioni, assicurando lo stretto coordinamento tra i servizi stessi e gli altri servizi dell'Azienda sanitaria, con particolare riguardo ai servizi delle Cure primarie e al raccordo con la comunità e le sue istituzioni. La presa in carico si basa sullo sviluppo di attività terapeutico riabilitative personalizzate in considerazione anche del budget di salute e dell'integrazione socio sanitaria e interdipartimentale. Si rende necessaria l'integrazione anche con le strutture private accreditate.

Il sistema di networking del dipartimento



A. EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO E AZIONI DI PREVENZIONE A GARANZIA DEL MANTENIMENTO DELLO STATO DI SALUTE

Obiettivi

Efficientare le attività proprie del dipartimento, consolidando e riqualificando l'offerta assistenziale attraverso:

1. il consolidamento della rete della salute mentale integrata con la rete dei servizi ospedalieri e territoriali
2. implementazione, monitoraggio e revisione delle reti cliniche e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali
3. l'ottimizzazione dei tempi di gestione dei pazienti nei diversi contatti di cura e il potenziamento delle azioni di transitional care

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Definizione ed attuazione del PDTA Disturbi schizofrenici DCA 94/2017	<ul style="list-style-type: none"> → Definizione del documento e presentazione alla Direzione Strategica → Presentazione report trimestrali di monitoraggio <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Referente rete per i disturbi di personalità" e "Referente rete gravi disturbi dell'umore" e "Coordinamento delle attività psicoeducazionali e di sostegno alle famiglie"</p>	Entro giugno 2020 Triennale
2 (Ob.1)	Definizione ed attuazione del PDTA Disturbi bipolari DCA 94/2017	<ul style="list-style-type: none"> → Definizione del documento e presentazione alla Direzione Strategica → Presentazione report trimestrali di monitoraggio <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Referente rete per i disturbi di personalità" e "Referente rete gravi disturbi dell'umore" e "Coordinamento delle attività psicoeducazionali e di sostegno alle famiglie"</p>	Entro giugno 2020 Triennale
3 (Ob.1)	Definizione ed attuazione del PDTA Disturbi depressivi DCA 94/2017	<ul style="list-style-type: none"> → Definizione del documento e presentazione alla Direzione Strategica → Presentazione report trimestrali di monitoraggio <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Referente rete per i disturbi di personalità" e "Referente rete gravi disturbi dell'umore" e "Coordinamento delle attività psicoeducazionali e di sostegno alle famiglie"</p>	Entro giugno 2020 Triennale
4 (Ob.1)	Definizione ed attuazione del PDTA Disturbi gravi di personalità DCA 94/2017	<ul style="list-style-type: none"> → Definizione del documento e presentazione alla Direzione Strategica → Presentazione report trimestrali di monitoraggio <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Referente rete per i disturbi di personalità" e "Referente rete gravi disturbi dell'umore" e "Coordinamento delle attività psicoeducazionali e di sostegno alle famiglie"</p>	Entro giugno 2020 Triennale
5 (Ob.1)	Definizione ed attuazione del percorso per i disturbi alimentari	<ul style="list-style-type: none"> → Definizione del documento e presentazione alla Direzione Strategica → Integrazione con ambulatorio per la nutrizione clinica → Presentazione report trimestrali di monitoraggio <p>Per il controllo del percorso Direttore DPT e IAS "Coordinamento delle attività psicoeducazionali e di sostegno alle famiglie"</p> <p>CONVERGENZE: DPT oncoematologico di diagnosi e cura, DPT cure primarie, DPT DEA</p>	Entro settembre 2020 Entro settembre 2020 Triennale
6 (Ob.2)	Attuazione e monitoraggio percorso tutela salute mentale adulto in ambito penitenziario - istituzione tavolo tecnico del n. 371 /2018	<ul style="list-style-type: none"> → Relazione sullo stato dei lavori e monitoraggio trimestrale delle attività <p>Per il controllo del percorso Direttore DPT;</p> <p>CONVERGENZE: DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati; Dipartimento Cure Primarie</p>	Triennale
7 (Ob.2)	Monitoraggio PDTA RISCHIO SUICIDIO IN CARCERE (del.n. 1385/2018)	<ul style="list-style-type: none"> → Monitoraggio trimestrale delle attività <p>Per il Controllo del Percorso: Direttore DPT e IAS Psichiatria forense e percorsi integrati di medicina legale</p> <p>Convergenza: DS e Risk manager e DPT medico chirurgico e dei percorsi integrati</p>	Triennale

	<p>→ Monitoraggio trimestrale delle attività</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - % di re-ricoveri tra 8 e 30 gg in psichiatria come indicatore proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche - Numero di TSO a residenti maggiormente in rapporto alla popolazione residente come indicatore proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche - Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti come indicatore proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne come indicatore proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso "Coordinamento dell'integrazione SPDC e territorio" e "Gestione e monitoraggio degli standard dei sistemi di accoglienza ed orientamento nei CSM della provincia"</p>	Triennale
<p>14 (Ob.3)</p>	<p>→ Implementazione dell'attività del supporto all'abitare:</p> <p>→ Definizione di una proposta progettuale</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Stato attuale</p> <p>Supporto abitare: n. 35 (Distretto A 12, B 10, C 13)</p> <p>Ricoveri in strutture residenziali: n. 61 (Distretto A 19, B 24, C 18), di questi sono potenzialmente arruolabili nel percorso 15 (Distretto A 6, B 7, C 2)</p> <p>Incarico di alta specializzazione per il controllo del percorso: Monitoraggio dei Progetti Terapeutici Individuali dei CSM di Tarquinia, Civita Castellana e Vetralla, Montefiascone e Viterbo</p> <p>Convergenza: Distretti</p>	Entro il 2020 Triennale

B. PIANI DI DIFFUSIONE: AZIONI PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLE COMUNITÀ E COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI

Obiettivi

1. Promozione di azioni tese al miglioramento della performance dei professionisti

Attraverso:

- Audit organizzativi e clinici
- Formazione tra pari o con esperti per promuovere l'EBP
- Addestramento
- Gruppi di lavoro per la stesura di procedure/percorsi
- Sviluppo di attività/servizi a supporto dell'autocura

Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi

- Attraverso
- Promozione di azioni partecipate con il volontariato/associazionismo per l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi e per favorire l'offerta attiva
 - Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi, implementazione di percorsi facilitanti
 - Attuazioni di azioni volte all'autocura e alla promozione della salute

	Obiettivi	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Percorsi formativi volti al miglioramento della performance e alla realizzazione della rete della salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> → Istituzione del gruppo di lavoro per la redazione di percorsi/procedure con FSC → Audit clinici ed organizzativi per definire le azioni correttive → Aggiornamento sulle ultime EBM Per il controllo del percorso Responsabile DPT Convergenze: UOSD Formazione, GoPS, Risk manager	Entro il 2020
2 (Ob.1/2)	Redazione e attuazione dei piani di diffusione deliberati (Del.ne 202./2019)	<ul style="list-style-type: none"> → Tutte le proposte progettuali (reti/percorsi) devono contenere il Piano di diffusione (100%) → Rispetto dei tempi e delle azioni previsti nei piani di diffusione deliberati almeno per l'80% di quanto previsto Per il controllo del percorso UOSD Formazione e area della comunicazione con i referenti per i singoli piani di diffusione	Triennale
3 (Ob.2)	Collaborazione alla realizzazione delle azioni del PAP	<ul style="list-style-type: none"> → Presentare relazione sulle azioni integrate al PAP attuate nell'anno per gli obiettivi al punto: 1.1.3, 1.1.4, 1.2.9, 1.4.1, con particolare attenzione a: Alimentazione e salute mentale Per il controllo Direttore DPT Convergenze DPT prevenzione	Triennale
4 (Ob.2)	Creazione forme consolidate di partnership	<ul style="list-style-type: none"> → Definire i rapporti con enti e stakeholders tramite convenzioni, protocolli e patti d'intesa → In particolare formulare una proposta per l'attivazione di una Banca del tempo e dei gruppi di auto mutuo aiuto con dei facilitatori formati Per il controllo Direttore DPT Convergenze: Area comunicazione, URP	Entro 2020
5 (Ob.2)	Collaborazione all'attuazione del nuovo sistema gestione segnalazioni e reclami	<ul style="list-style-type: none"> → Garantire la collaborazione nella condivisione del processo per la gestione delle segnalazioni e le successive azioni di miglioramento utili al fine della risoluzione delle criticità → Condivisione delle procedure Responsabile del percorso: URP, Area della Comunicazione CONVERGENZE: tutti i DPT e PGOA	Triennale Entro febbraio 2020

C. SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE E OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivi

1. Dimensionamento e riorganizzazione dell'offerta sulla base dei punti di erogazione e dell'intensità di cura (sui principi di prossimità, sicurezza e nell'ambito della rete hub/ spoke)
2. Innovazione dei processi grazie al supporto dell'information technology
3. Monitoraggio degli esiti e delle politiche di governance



	Obiettivi	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Dimensionamento dei servizi nell'ambito della Rete Aziendale in un'ottica di equilibrio domanda/offerta	<p>→ Progettazione dell'articolazione e della localizzazione dei servizi sulla base dei principi di prossimità, sicurezza, volumi di attività, dotazione tecnologica e strumentale</p> <p>Per il controllo del percorso Direttore DPT</p> <p>Convergenze: DPT cure primarie e distretti</p>	Entro marzo 2020
2 (Ob.1)	Ridimensionamento della rete della salute mentale	<p>→ Definizione della rete della salute mentale aziendale</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Stato attuale</p> <p>Utenti presi in carico 3957 (Distretto A 1162, B 1104, C 1691)</p> <p>PAJ 91 (Distretto A 36, B 24, C 31)</p> <p>Supporto abitare 35 (Distretto A 12, B 10, C 13)</p> <p>Ricoveri in strutture residenziali 61 (Distretto A 19, B 24, C 18)</p> <p>Per il controllo del percorso Direttore DPT</p> <p>Convergenze: DPT cure primarie e distretti</p>	Entro giugno 2020 Triennale
4 (ob.3)	Applicazione dell'IT ai processi assistenziali	<p>→ Revisione del sistema informatico a sostegno delle attività</p> <p>Per il controllo: Direttore DPT e IAS "Gestione e monitoraggio degli standard dei sistemi di accoglienza ed orientamento nei CSM della provincia"</p> <p>Convergenze: Sviluppo dei sistemi informatici</p>	Entro marzo 2020
5 (Ob.2)	Azioni di monitoraggio e controllo (volumi e qualità) nell'ottica del rispetto delle direttive nazionali e regionali	<p>→ Corretta codifica delle prestazioni e chiusura/invio delle cartelle cliniche nei tempi previsti dalla normativa regionale: 100%</p> <p>→ Miglioramento indice di case mix >1</p> <p>→ Degenza media come da obiettivi regionali e appropriata scelta del setting assistenziale</p> <p>→ Stato attuale: 10.2 gg</p> <p>→ DRG valorizzati a zero per ritardo nella chiusura o per DRG non erogabili <1</p> <p>→ i singoli Obiettivi verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p>	Entro il 2020
6 (Ob.3)	Azioni di ottimizzazione della spesa	<p>→ Controllo della spesa e monitoraggio del budget assegnato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento delle attività ambulatoriali (volumi, peso e produttività) - Controllo della spesa farmaceutica in particolare del consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 (antidepressivi) (DM 12 marzo 2019) <p>→ i singoli indicatori verranno declinati nelle schede di budget delle singole unità operative</p>	Triennale

D. COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI A GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA

Obiettivi

1. Rispetto degli impegni di programma attraverso il sistema di networking e delle responsabilità dei professionisti come di seguito rappresentato:

	RESPONSABILE	TIPOLOGIA INCARICO	OBIETTIVI
UOC			
	Salute Mentale Distretto A		rispetto degli obiettivi di contratto
	Salute Mentale Distretto B		rispetto degli obiettivi di contratto
	Salute Mentale Distretto C		rispetto degli obiettivi di contratto
	SPDC		rispetto degli obiettivi di contratto
I.A.S.	referente rete disturbi di personalità	RETE	rispetto degli obiettivi di contratto
	gestione e monitoraggio degli standard dei sistemi di accoglienza ed orientamento nei CAS della provincia	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento dell'integrazione dell'SPDC con il Territorio (CSM, SERD, Servizi Sociali, UOC Psicologia e TSMREE)	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	coordinamento delle attività psicoeducazionali e di sostegno alle famiglie	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	referente rete disturbi gravi dell'umore	RETE	rispetto degli obiettivi di contratto
	Coordinamento Attività Cliniche e di umanizzazione	CLINICO	rispetto degli obiettivi di contratto
	monitoraggio dei progetti terapeutici individuali nel CSM Civita Castellana e Vetralla	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	psichiatria forense e percorsi integrati di medicina legale	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	monitoraggio dei Progetti terapeutici individuali nel CSM Montefiascone	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	monitoraggio dei progetti terapeutici individuali nel CSM Tarquinia	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto
	monitoraggio dei progetti terapeutici individuali nel CSM Viterbo	PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

Finalità

Il Dipartimento di Prevenzione è il nodo strategico di una più forte e valida collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'Azienda Sanitaria, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini.

È preposto alla promozione della tutela collettiva in ambiente di vita, di lavoro e alla tutela del patrimonio zootecnico, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità della vita, del benessere animale e della sicurezza alimentare.

Ha il compito di fornire alla nostra comunità un sistema coordinato di azioni di prevenzione e di promozione alla salute che accompagni le persone in tutte le fasi e i contesti della vita, perché possano restare sane, attive e indipendenti anche nelle età più avanzate, con l'impegno a ridurre quanto più possibile le disuguaglianze in salute, anche attraverso interventi che spesso escono dai confini del settore sanitario e vanno a coinvolgere l'intera società civile.

Le azioni messe in atto dai servizi del Dipartimento riguardano quindi non solo le aree tradizionali della prevenzione ma anche, e in misura sempre maggiore, la promozione della salute attraverso il coinvolgimento attivo dei singoli e delle comunità.

Il Dipartimento di Prevenzione attua i propri interventi attraverso una nuova cultura centrata sulla promozione e sulla tutela della salute delle comunità e degli individui negli ambienti di vita e di lavoro, da perseguire attraverso una opportuna strategia di prevenzione basata sull'individuazione degli obiettivi prioritari e delle criticità, il raccordo con il contesto di riferimento e la politica sanitaria e la formazione continua del personale.

Razionale

Le evidenze scientifiche dimostrano con chiarezza le positive incidenze di serie politiche di prevenzione sul futuro della vita di milioni di cittadini, ne consegue l'importanza strategica del settore della prevenzione.

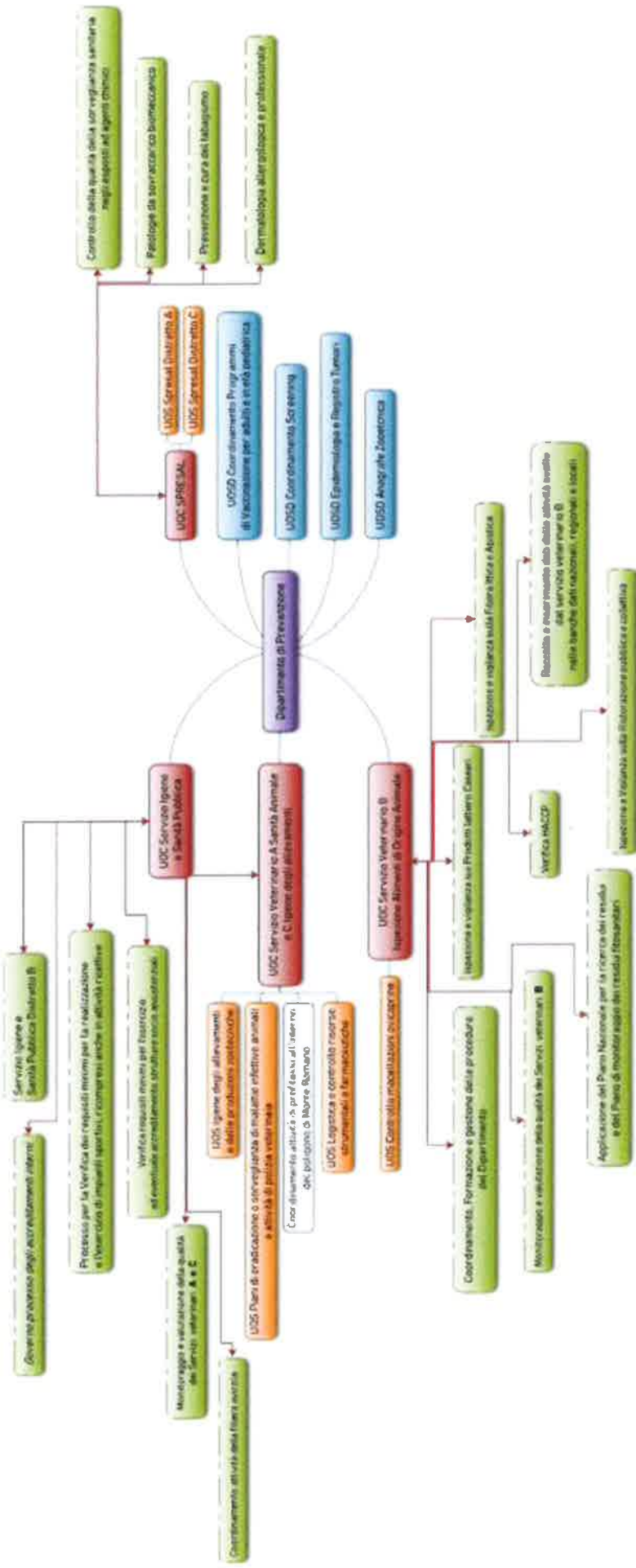
L'impegno dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione, in aggiunta al tradizionale ruolo di controllo, si sta qualificando per una serie complessa ed articolata di interventi, in virtù delle specifiche competenze, nell'ambito dell'assistenza collettiva: la sorveglianza epidemiologica come guida agli interventi di cura e di vigilanza, l'informazione all'utenza, l'assistenza alle imprese, la formazione degli operatori, l'educazione sanitaria della popolazione, l'informazione e la comunicazione del rischio per la salute.

Il nuovo Piano della prevenzione aziendale così come il nuovo assetto dei dipartimenti, che assemblano strutture affini e complementari anche nell'ottica dell'integrazione, favorisce l'introduzione e l'attuazione di politiche di governo del sistema della prevenzione e della sanità pubblica quale approccio innovativo e trasversale nella gestione dei bisogni di salute.

Nell'ottica di garantire rapporti permanenti con le strutture di cura, enti locali, settore della scuola e dell'associazionismo, il Dipartimento deve perseguire i seguenti obiettivi:

- Consolidare i processi trasversali alle attività di diagnosi e cura, in un'ottica di proattività con l'obiettivo di limitare l'insorgere delle patologie correlate a errati stili di vita, fattori ambientali e cause di lavoro e garantire il mantenimento/recupero delle condizioni fisiche
- Garantire le attività di vigilanza e controllo nei vari ambiti di attività: sanità animale, igiene degli alimenti di origine animale e dei loro derivati (della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto), igiene degli alimenti e della nutrizione, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
- Assicurare la copertura massima degli screening e delle vaccinazioni
- Contribuire alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Il sistema di networking del dipartimento



A. EVOLUZIONE DEL SISTEMA CLINICO ASSISTENZIALE RIABILITATIVO E AZIONI DI PREVENZIONE A GARANZIA DEL MANTENIMENTO DELLO STATO DI SALUTE

Obiettivi

Efficientare le attività proprie del dipartimento, consolidando e riqualificando l'offerta assistenziale attraverso:

1. Consolidare il modello integrato con le unità di diagnosi e cura nell'ottica della assistenziale di Sanità d'Iniziativa e secondo il principio di proattività
2. Garantire la trasversalità degli interventi di prevenzione e di promozione della salute su tutte le linee strategiche dell'azienda
3. Il monitoraggio e la revisione dei programmi di screening e delle reti a tutela della sicurezza (ambientale e degli alimenti) e del benessere animale

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Attuazione del piano aziendale della prevenzione (del.ne 784/2019)	<p>→ Relazione trimestrale sull'avanzamento delle azioni come da cronoprogramma nell'ambito dei quattro setting individuati</p> <p>Obiettivo Come riferimento si terranno in considerazione gli indicatori espressi nel PAP e definiti per ciascun progetto, nonché quelli previsti nelle griglie LEA e nelle direttive nazionali e regionali</p> <p>In particolare come da DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buona salute percepita rappresenta un indicatore affidabile dello stato di salute, contribuisce a stimare il burden of disease e i bisogni di salute della popolazione - Sovrappeso e obesità nei bambini associato ad un rischio maggiore di morte prematura e disabilità in età adulta, oltre ad una maggiore probabilità di sviluppare patologie croniche non trasmissibili - Fragilità nell'anziano (over 65 aa) come indicatore epidemiologico basato su una misura del livello di autonomia della persona nello svolgimento delle attività di vita - Indice di cronicità <p>Per il controllo del percorso direttore DPT Convergenze tutti i DPT</p>	Triennale
2 (Ob.2)	Consulenza nella stesura dei PDTA/reti di patologia e collaborazione nel monitoraggio delle attività	<p>→ Relazione annuale sulle azioni di convergenza definite all'interno dei percorsi (vedi PAP)</p> <p>→ Trasmissioni dei dati epidemiologici utili al fine del dimensionamento e del monitoraggio delle attività</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <p>Indicatore composito sugli stili di vita volto a monitorare i cambiamenti, nel tempo, della frequenza di fattori di rischio comportamentali o stili di vita associati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili</p> <p>Per il controllo del percorso UOSD Epidemiologia e registro tumori Convergenze tutti i DPT</p>	Triennale
3 (Ob.2)	Attuazione e monitoraggio percorso giovani	<p>→ Definizione documento progettuale del percorso "Spazio Giovani"</p> <p>→ Presentazione relazione sulle attività di prevenzione/promozione realizzate nell'ambito dello spazio giovani</p> <p>Per il controllo del percorso UOSD Epidemiologia e registro tumori Convergenze DPT cure primarie e DPT salute della donna e del bambino</p>	Entro giugno 2020 Entro gennaio 2020 Triennale
4 (Ob.2)	Collaborazione nel monitoraggio delle attività e nella realizzazione di attività volte all'autocura ed alla tutela della sicurezza nel paziente cronico	<p>→ Instituire un flusso dati in entrata/uscita con le COC</p> <p>→ Instituire un flusso dati in entrata/uscita con i CDCD</p> <p>→ Attuare azioni formative/informative rivolte a caregiver/pazienti/associazioni e professionisti in collaborazione con i referenti dei percorsi</p> <p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p>	Entro il 2020 Triennale

		<p>Indicatore composito sugli stili di vita volto a monitorare i cambiamenti, nel tempo, della frequenza di fattori di rischio comportamentali o stili di vita associati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili</p> <p>Per il controllo del percorso UOSD Epidemiologia e registro tumori</p> <p>Convergenze DPT cure primarie e distretti</p>	
5 (Ob.3)	Monitoraggio dello screening colon retto	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <p>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, per cervice uterina, mammella, colon retto (indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata)</p> <p>Obiettivi DCA</p> <p>Numero test di screening per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni) nel programma di screening organizzato, calcolati nel periodo di riferimento x100</p> <p>Stato attuale:</p> <p>Per il controllo del percorso: UOSD Coordinamento Screening</p> <p>Convergenza DPT Oncoematologico di diagnosi e cura, DPT cure primarie</p>	Triennale
6 (Ob.3)	Monitoraggio dello screening mammografico DCA 151/2019	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <p>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, per cervice uterina, mammella, colon retto (indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata)</p> <p>Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza (indicatore per la misura delle capacità dei programmi di screening di identificare i tumori precocemente al fine di ottimizzare le capacità di intervento)</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni) nel programma di screening organizzato, calcolate nel periodo di riferimento x100: valore atteso >60% • Riduzione delle mammografie erogate in esenzione sulla popolazione target al di fuori del programma di screening • Implementazione percorso per le donne a rischio per tumore della mammella eredo familiare o in follow up per pregresso trattamento della patologia mammaria integrati nei programmi di screening con lo sviluppo di un piano integrativo aziendale <p>Stato attuale: Anno 2018 63,4%</p> <p>Per il controllo del percorso: UOSD Coordinamento Screening</p> <p>Convergenza DPT Oncoematologico di diagnosi e cura, DPT salute della donna e del bambino</p>	Triennale entro 2020
7 (Ob.3)	Monitoraggio dello screening della cervice	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p>	Triennale

		<p>Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, per cervicite uterina, mammella, colon retto (indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata)</p> <p>Obiettivi DCA</p> <p>Numero test di screening (pap-test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni) nel programma di screening organizzato, calcolati nel periodo di riferimento x100: valore atteso >50%</p> <p>n. test erogati presso il Consultori Familiare/totale test erogati nella ASL</p> <p>utilizzo test HPV DNA come test di screening per il Cervicocarcinoma nelle donne in fascia 50-64 anni secondo il piano regionale adeguamento ai tempi e modalità 8 in collaborazione con Laboratorio genetica medica)</p> <p>Stato attuale: anno 2018 36,50%</p> <p>Per il controllo del percorso: UOSD Coordinamento Screening</p> <p>Convergenza DPT Oncematologico di diagnosi e cura, DPT cure primarie</p>	
<p>8 (Ob.3)</p>	<p>Monitoraggio delle attività vaccinali</p>	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <p>Indicatori per il monitoraggio dei livelli di copertura delle attività di prevenzione delle malattie infettive, con riferimento alle vaccinazioni effettuate nell'età pediatrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio difterite, tetano, epatite b, pertosse, Hib) - copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - copertura vaccinale anti-pneumococcica - copertura vaccinale antimeningococcica c - copertura vaccinale anti HPV <p>Indicatore per il monitoraggio della copertura della vaccinazione antinfluenzale, misura finalizzata a prevenire la morbosità per influenze e le sue complicanze nella popolazione anziana, nonché l'eccesso di mortalità: copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano</p> <p>Obiettivi DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 aa) - n. soggetti di età >=65 aa vaccinati e residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna - Corretta compilazione e mantenimento di un database informatizzato sui vaccini somministrati incluse le somministrazioni per la medicina del viaggiatore - Monitoraggio percorso salute psico-fisica bambino 0-1 anno con i seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"> * n. dosi somministrate a bambini 0-1 anno delle diverse tipologie di vaccino/ n. residenti 0-1 anno nell'unità di tempo; * n. dosi somministrate a utenti STP, ENI e ROM/ n. utenti STP, ENI e ROM presenti nella ASL (valore stimato) - trasmissione annuale al SIA e al CDG del flusso dati regionale/ministeriale per il monitoraggio dell'attività - N. nuovi nati invitati attivamente entro il 3° mese di vita 	<p>Triennale</p>

	Per il controllo: Responsabile UOSD Coord.to Programmi di vaccinazione Convergenze: DPT salute della donna e del bambino, DPT cure primarie, distretti
--	---

B. PIANI DI DIFFUSIONE: AZIONI PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DELLE COMUNITÀ E COSTRUZIONE DEI PATTI INDIVIDUALI DI CURA CON I CITTADINI

Obiettivi

→ **Promozione di azioni tese al miglioramento della performance dei professionisti**

Attraverso:

- Audit organizzativi e clinici
- Formazione tra pari o con esperti per promuovere l'EBP
- Addestramento
- Gruppi di lavoro per la stesura di procedure/percorsi
- Sviluppo di attività/servizi a supporto dell'autocura

→ **Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi**

Attraverso

- Promozione di azioni partecipate con il volontariato/associazionismo per l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi e per favorire l'offerta attiva
- Promozione di azioni tese a migliorare l'accesso e l'orientamento ai servizi, implementazione di percorsi facilitanti
- Attuazioni di azioni volte all'autocura e alla promozione della salute

	Indicatori	Risultato atteso	Tempi
1 (Ob.1)	Percorsi formativi volti alla realizzazione della rete della prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> → Istituzione del gruppo di lavoro per la redazione di percorsi/procedure con FSC → Audit clinici ed organizzativi per definire le azioni correttive → Aggiornamento sulle ultime direttive europee/nazionali/regionali → Aggiornamento sulle ultime EBM <p>Per il controllo del percorso Direttore DPT Convergenze: UOSD Formazione, GoPS, Risk manager</p>	Entro il 2020
2 (Ob.2)	Definizione di un tavolo permanente per la realizzazione di azioni condivise di sensibilizzazione ed educazione sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> → Individuare il gruppo che sia rappresentativo degli ambiti di azione e delle professioni coinvolte → Condivisione delle linee di azione e dei contesti operativi → Riconoscimento e formazione di un gruppo di facilitatori per la realizzazione delle attività → Attuare azioni formative/informative rivolte a caregiver/pazienti/associazioni e professionisti in collaborazione con i referenti dei percorsi <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019 Indicatore composito sugli stili di vita volto a monitorare i cambiamenti, nel tempo, della frequenza di fattori di rischio comportamentali o stili di vita associati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili</p> <p>Per il controllo del percorso UOSD Epidemiologia e registro tumori Convergenze DPT cure primarie e distretti</p>	Entro giugno 2020 Entro settembre 2020 Entro 2020
3 (Ob.2)	Creazione di forme consolidate di partnership	<ul style="list-style-type: none"> → Definire i rapporti con enti e stakeholders tramite convenzioni, protocolli e patti d'intesa 	Entro 2020

		Per il controllo Direttore DPT Convergenze: Area comunicazione, URP	
4 (Ob.2)	Collaborazione all'attuazione del nuovo sistema gestione segnalazioni e reclami	<p>→ Garantire la collaborazione nella condivisione del processo per la gestione delle segnalazioni e le successive azioni di miglioramento utili al fine della risoluzione delle criticità</p> <p>→ Condivisione delle procedure</p> <p>Responsabile del percorso: URP, Area della Comunicazione</p> <p>CONVERGENZE: tutti i DPT e PGOA</p>	Triennale Entro febbraio 2020

C. SVILUPPO DEL SISTEMA DI INNOVAZIONE GESTIONALE E OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivi

1. Dimensionamento e riorganizzazione dell'offerta sulla base dei punti di erogazione (sui principi di prossimità, sicurezza e nell'ambito della rete hub/ spoke)
2. Monitoraggio degli esiti e delle politiche di governance anche grazie al supporto dell'IT

Indicatori	Risultato atteso	Tempi	
1 (Ob.1)	Dimensionamento dei servizi nell'ambito della Rete Aziendale in un'ottica di equilibrio domanda/offerta	→ Progettazione dell'articolazione e della localizzazione dei servizi sulla base dei principi di prossimità, sicurezza, volumi di attività, dotazione tecnologica e strumentale Per il controllo del percorso Direttore DPT	Entro marzo 2020
2 (Ob.1)	Ridimensionamento della rete della prevenzione e revisione delle procedure nei vari ambiti di attività	→ Definire un documento con il cronoprogramma delle azioni e della documentazione da produrre anche nell'ottica dell'accreditamento → Prevedere all'interno della rete la figura del TPALL con competenze trasversali → Presentare relazione trimestrale sullo stato dei lavori Per il controllo del percorso Direttore DPT	Entro giugno 2020 Triennale
3 (Ob.2)	Analisi sulla rispondenza delle strutture aziendali ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, propedeutica al percorso di autorizzazione e accreditamento istituzionale	→ Relazione sullo stato dei processi per l'attivazione della Casa della salute Ronciglione e del Centro salute di Orte Per il controllo del percorso incarico di alta specializzazione: Verifico requisiti minimi per l'esercizio ed eventuale occreditamento strutture socio assistenziali e Governo processo degli accreditamenti interni	Entro giugno 2020
4 (Ob.2)	Monitoraggio attività di igiene e sanità pubblica	→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio Vigilanza sulle condizioni igienico-sanitarie delle strutture ad uso collettivo, in particolare la verifica del corretto svolgimento delle attività sanitarie e socio sanitarie e sulle condizioni di igiene e sicurezza delle strutture destinate allo svolgimento delle stesse, anche in collaborazione con altri enti ed istituzioni. Per il controllo del percorso: Responsabile UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica * i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative	Triennale
5 (Ob.2)	Monitoraggio attività di igiene degli alimenti e della nutrizione	→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio Obiettivi DM 12 marzo 2019 - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale come	Triennale

		<p>indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti come indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a verificare le garanzie di sicurezza alimentare per i cittadini, con particolare riguardo ai rischi biologici, fisici, chimici e alle informazioni per il consumatore <p>Per il controllo del percorso: Responsabile UOC Servizio Veterinario B Ispezione Alimenti di Origine Animale</p> <p>* i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p>	
6 (Ob.2)	<p>Monitoraggio attività di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro</p>	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <p>Denunce d'infortuno sul lavoro come indicatore per il monitoraggio delle attività (ispezioni, controlli, sorveglianza sanitaria) finalizzate alla prevenzione degli infortuni sul lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> * i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative <p>Responsabile per il percorso: Responsabile UOC SPRESAL</p>	Triennale
7 (Ob.2)	<p>Monitoraggio attività benessere animale e igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche</p>	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica come indicatore composito per il monitoraggio delle attività finalizzate a prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che possano influenzare la salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino come indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino attraverso:- la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento; - il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario; - il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali - Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti come indicatore composito per il monitoraggio delle attività volte a verificare il rispetto delle norme di benessere animale negli allevamenti e all'atto della macellazione, per l'impatto che queste prescrizioni hanno sulla salute degli animali produttori di alimenti, riducendo il ricorso a trattamenti terapeutici. Inoltre il rispetto delle norme di benessere animale contribuisce a ridurre la diffusione di patogeni zoonotici nella filiera produttiva - Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica come indicatore composito per il monitoraggio delle attività finalizzate a prevenire, eliminare o ridurre 	Triennale

		<p>alcune malattie infettive degli animali che possano influenzare la salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico</p> <p>* i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p> <p>Responsabile per il percorso UOC Servizio Veterinario A Sanità Animale e C Igiene degli allevamenti e UOC Servizio Veterinario B Ispezione Alimenti di Origine Animale e UOCD Anagrafe Zootechnica</p>	
8 (Ob.2)	Monitoraggio attività igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati	<p>→ Presentazione report trimestrali di monitoraggio</p> <p>Obiettivi DM 12 marzo 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicurezza dei prodotti chimici controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione come indicatore per il monitoraggio delle garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente - Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti come indicatore composito per il monitoraggio delle attività volte a verificare il rispetto delle norme di benessere animale negli allevamenti e all'atto della macellazione, per l'impatto che queste prescrizioni hanno sulla salute degli animali produttori di alimenti, riducendo il ricorso a trattamenti terapeutici. Inoltre il rispetto delle norme di benessere animale contribuisce a ridurre la diffusione di patogeni zoonotici nella filiera produttiva <p>* i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p> <p>Responsabile per il percorso UOC Servizio Veterinario A Sanità Animale e C Igiene degli allevamenti e UOC Servizio Veterinario B Ispezione Alimenti di Origine Animale</p>	Triennale
9 (Ob.2)	Monitoraggio attività Registro tumori	<p>→ Raccolta e registrazione di tutti i dati relativi ai tumori incidenti in un determinato territorio</p> <p>→ Presentazione del report delle attività</p> <p>Per il controllo del percorso UOCD Epidemiologia e registro tumori</p> <p>Convergenze tutti i DPT e i distretti</p>	Triennale
10 (ob.2)	Applicazione dell'IT ai processi assistenziali	<p>→ Raccolta e inserimento dati delle attività svolte dal servizio nelle banche dati nazionali, regionali e locali</p> <p>Per il controllo: Direttore DPT con IAS <i>Monitoraggio e valutazione della qualità dei Servizi veterinari e Raccolta e inserimento dati delle attività svolte dal servizio veterinario</i></p> <p>Convergenze: Sviluppo dei sistemi informatici</p>	Entro marzo 2020
11 (Ob.2)	Azioni di ottimizzazione della spesa	<p>→ rispetto del budget economico negoziato (v. scheda economica);</p> <p>* i singoli indicatori verranno declinati sulle schede di budget delle singole unità operative</p>	Entro il 2020

D. COSTRUZIONE DI UN PATTO TRA PROFESSIONISTI A GARANZIA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI IMPEGNI E DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA

Obiettivi

1. Rispetto degli impegni di programma attraverso il sistema di networking aziendale e delle responsabilità dei professionisti come di seguito rappresentato:

	RESPONSABILE	TIPOLOGIA INCARICO	OBIETTIVI
UOC	Migliorati Daniela Quercia Augusto		rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
	Carai Angelo Chiatti Giovanni Tosi Maurizio		rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
UOSD	Aquilani Silvia Anselmi Angeli Riccardo Brustolin Angelita		rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
	Cesetti Giuseppe Ferrari Nicola Ricci Cesare		rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
UOS	Tosi Maurizio		rispetto degli obiettivi di contratto
	Leonori Rita Delogu Nicola Nicolaj Giancarlo Della Porta Claudio Ferra Girolamo Capoccecca Sandro Presciutti Vincenzo Buzzo Roberto	PROCESSO CLINICO PROCESSO PROCESSO PROCESSO PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto
I.A.S.	Martini Enrica Palazzetti Massimo Serra Salvatore Pezzato Renzo Migliorati Daniela	PROCESSO PROCESSO PROCESSO PROCESSO PROCESSO	rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto rispetto degli obiettivi di contratto

1007 19 MAG 2020

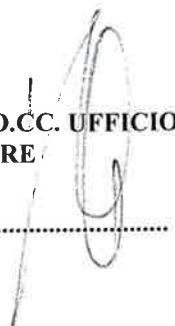
DELIBERAZIONE N° del
composta di n. ... 6 pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. ... 45.6 allegati

19 MAG 2020

Publicato all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il :
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li 19 MAG 2020

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



19 MAG 2020

Trasmessa al Collegio Sindacale il :

Viterbo, li 19 MAG 2020

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE

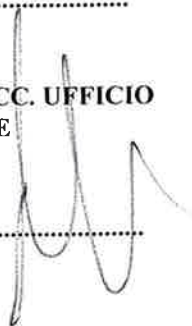


19 MAG 2020

La presente deliberazione diventerà ESECUTIVA il :

Viterbo, li 19 MAG 2020

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



19 MAG 2020

Viterbo, li

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI
GENERALI

