

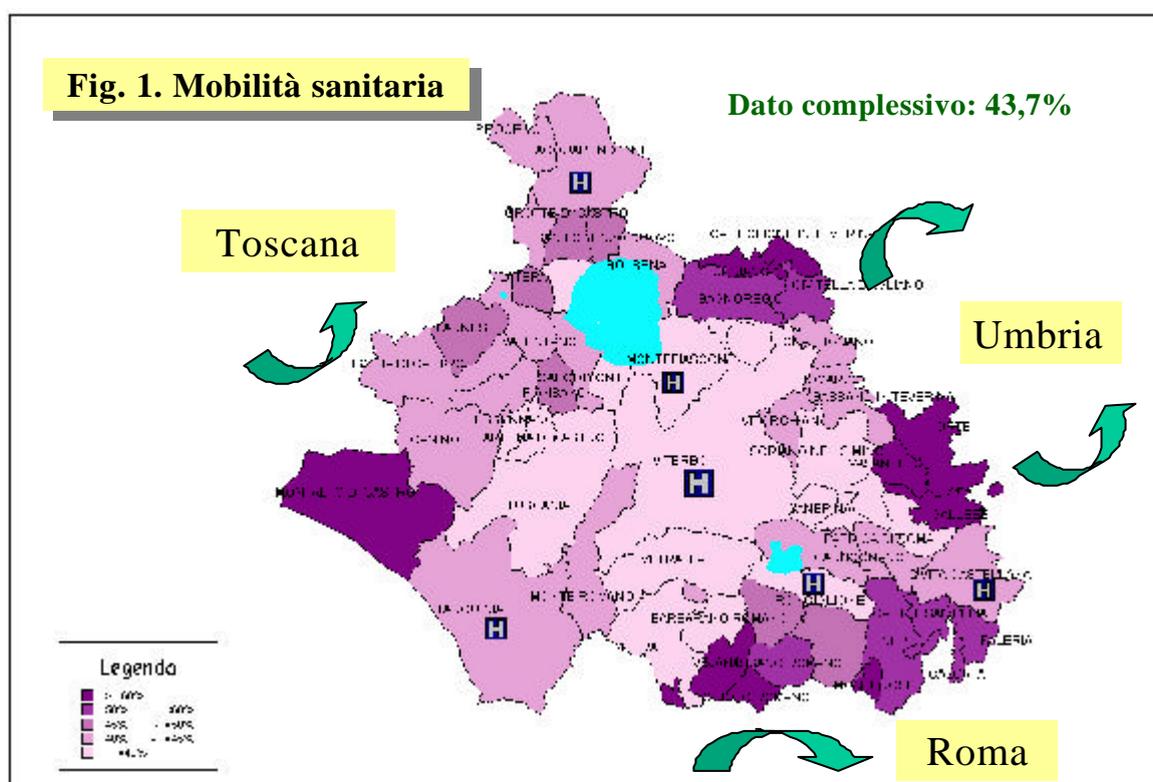
9. SANITA'

9.1 Mobilità Sanitaria (dati 2002)

I dati relativi ai ricoveri di nostri residenti nell'anno 2002 evidenziano per la prima volta una riduzione percentuale della mobilità passiva: i ricoveri presso strutture esterne all'azienda, sia del Lazio che di altre regioni, che rappresentavano nel 2001 il 44,9% del totale risultano nel 2002 pari al 43,7% (-1,2%). Percentualmente la riduzione si evidenzia rispetto a numerose linee di produzione, in particolare per quanto riguarda l'oculistica chirurgica con un recupero in valore assoluto di 300 interventi in mobilità (+7%), tumori medica con -123 ricoveri (-4,3%), traumatismi ortopedici -67 ricoveri (-5%), ecc...

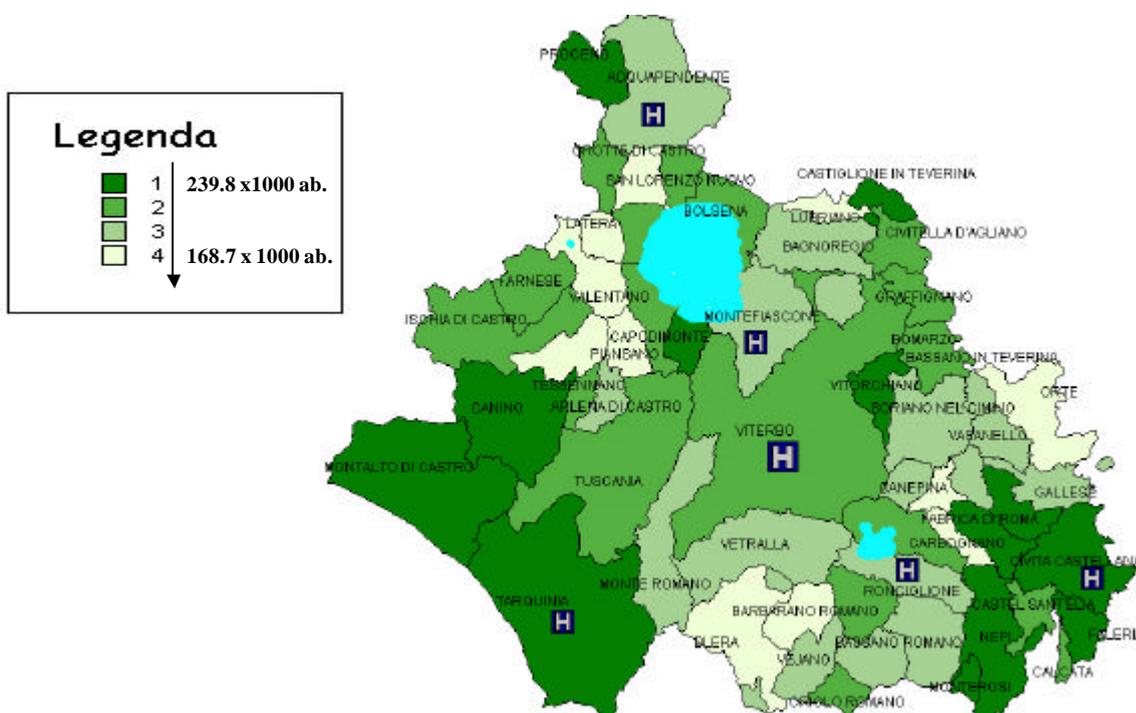
Si evidenzia con chiarezza la componente geografica di tale fenomeno: i comuni periferici confinanti a sud con la provincia di Roma, a est con l'Umbria e a nord nord-ovest con la Toscana risultano essere quelli dove maggiore è il ricorso a strutture ospedaliere extra aziendali.

La mobilità sanitaria, nonostante l'inversione del trend (in crescita dal 1997), permane un fenomeno consistente che rappresenta, soprattutto nella sua componente extra regionale, un cospicuo mancato conferimento di risorse all'azienda.



Si ritiene pertanto necessario impostare piani di recupero della mobilità passiva che attraverso una analisi delle caratteristiche e dell'entità del fenomeno individuino strategie mirate, aziendali e dipartimentali, sui singoli DRG a maggior fuga.

Figura 3 Ricoveri Residenti 2002: tasso di ospedalizzazione su popolazione pesata per 1000 ab.



I dati relativi ai ricoveri dei residenti evidenziano nel 2002 un tasso di ospedalizzazione ancora molto al di sopra dell'obiettivo nazionale posto a 160 ricoveri per 100 abitanti (nell'azienda tale parametro risulta nel 2002 pari a 203,9x1000 ab.).

Si riporta in figura 3 il tasso di ospedalizzazione per comune di residenza su popolazione pesata (utilizzando il sistema di "pesi" predisposti dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitolata del Fondo Sanitario Nazionale). La mappa evidenzia una marcata disomogeneità territoriale di tale indice, i comuni appartenenti alle prime due fasce di colore (maggiore ospedalizzazione) rappresentano in totale il 60.6% della popolazione ed evidenziano un tasso di ospedalizzazione superiore ai 200 ricoveri per 1000 abitanti; in particolare nella prima fascia, relativa a 14 comuni per un totale di 75.049 abitanti pari al 25,2% del totale, si riscontra un valore da 239.8 a 215.0 ricoveri per 1000 ab. con valore totale pari a 224,8x1000. In particolare appartengono a tale gruppo i comuni di Civita Castellana e Tarquinia entrambi sede di struttura ospedaliera aziendale e con popolazione intorno ai 15.000 abitanti.

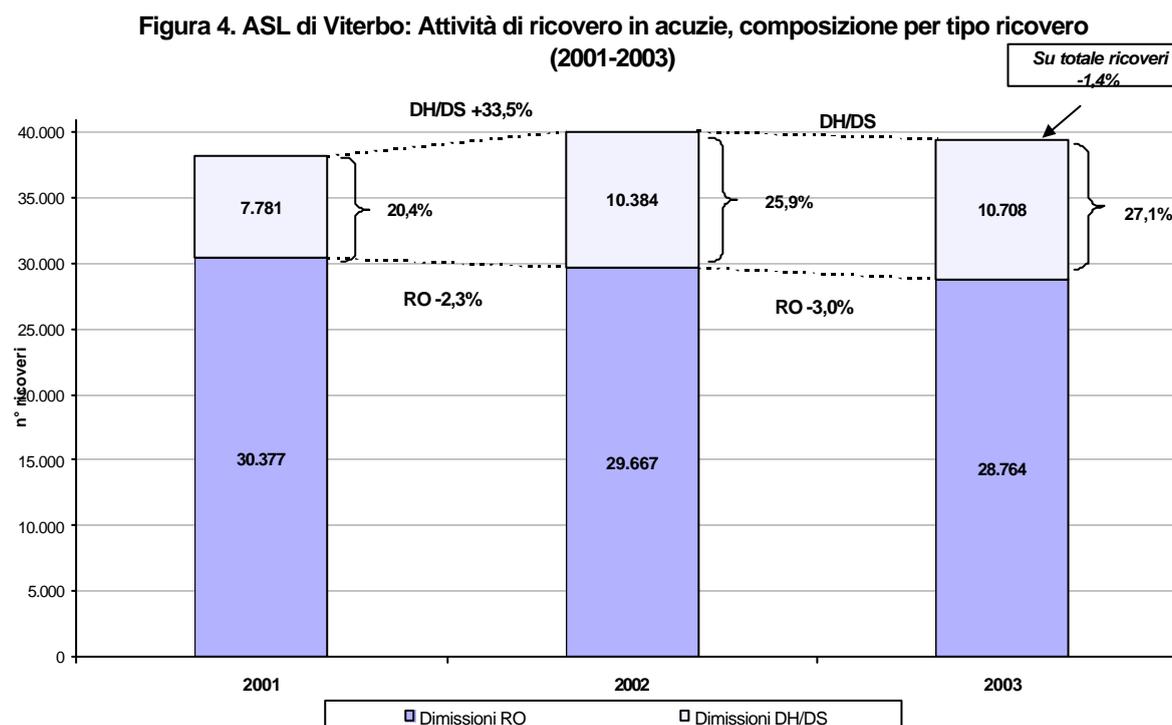
9.2 Attività di ricovero (2003)

Complessivamente l'attività di ricovero in acuzie in strutture ospedaliere aziendali evidenzia una lieve contrazione pari all'1,4% rispetto al dato 2002 (tabella 1 – figura 4); in particolare si rileva un decremento consistente dei ricoveri ordinari (-3,0%; 903 ricoveri in meno) contro un incremento dei ricoveri di giorno (+3,2%; 324 ricoveri aggiuntivi). Rispetto a quest'ultimo indicatore si osserva un marcato rallentamento dell'indice di crescita totale, infatti nel 2002 si riscontrava un incremento pari al 33,5%. Come riportato nel seguito della relazione tale diverso andamento è imputabile ad una contrazione dei ricoveri in Day-Hospital mentre si mantiene una corretta e consistente crescita nel ricorso alla Day-Surgery per interventi a bassa complessità.

Tabella 1. ASL di Viterbo: attività di ricovero in acuzie (2001-2003)

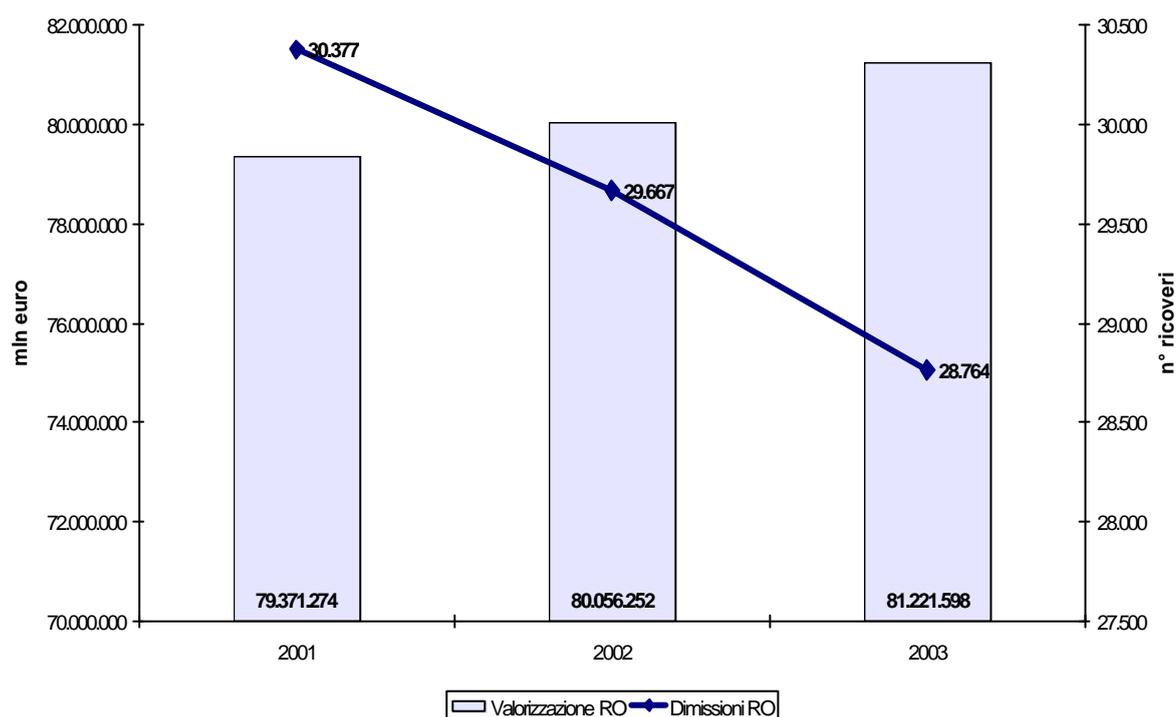
Indicatore	Totale ASL VT			D (2002-2001)		D (2003-2002)	
	2001	2002	2003	ass.	%	ass.	%
Dimissioni RO	30.377	29.667	28.764	- 710	-2,3%	- 903	-3,0%
Dimissioni DH/DS	7.781	10.384	10.708	2.603	33,5%	324	3,1%
Totale	38.158	40.051	39.472	1.893	5,0%	579	-1,4%

L'attività di ricovero di giorno pari nel 2001 al 20,4% dei ricoveri totali rappresenta nel 2003 il 27,1% del totale.



L'attività totale di ricovero in strutture aziendali evidenzia per il 2003 il consolidamento di trend virtuosi già osservati negli anni precedenti. In particolare si rileva un decremento consistente di ricoveri ordinari a fronte di una valorizzazione stabile degli stessi ed un incremento del peso medio DRG di oltre il 2%, segno di una maggiore complessità dei ricoveri ordinari effettuati (figura 4).

**Figura 4. ASL di Viterbo: Attività di ricovero ordinario
valorizzazione a tariffa piena e numero ricoveri (2001-2003)**



Conseguenza diretta di tale comportamento è la netta riduzione di ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza, secondo le soglie individuate dalla Regione Lazio (DGR 864), tali ricoveri passano infatti da 934 nel 2002 a 402 nel 2003 (-56,9%). Si deve inoltre segnalare l'incremento netto del tasso di occupazione dei posti letto (al netto delle culle), infatti si passa dal 78,3% del 2002 all'82,1% del 2003.

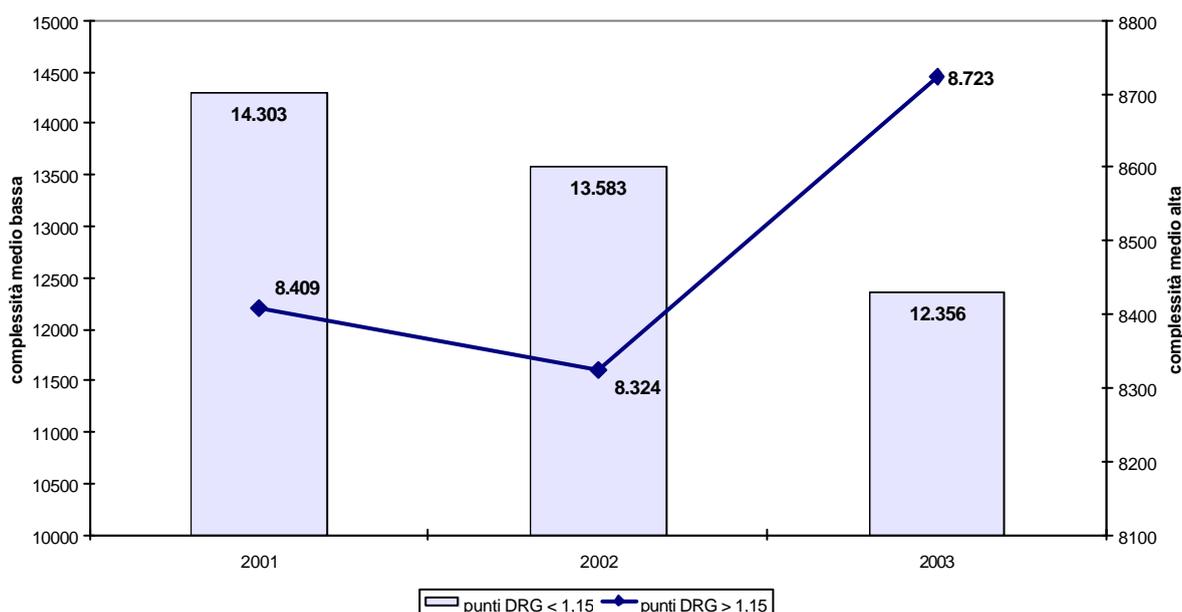
Nel corso del triennio si è proceduto ad una razionalizzazione dell'offerta assistenziale attraverso una rimodulazione della dotazione dei posti letto in acuzie, così come previsto dalla normativa regionale e nazionale (tabella 2).

Tabella 2. ASL di Viterbo: dotazione posti letto in acuzie (per il 2003 si intendono i letti funzionalmente attivi al 31.12.2003)

	2001		2002		2003	
	RO	DH	RO	DH	RO	DH
Acquapendente	83	10	74	4	68	4
Civita Castellana	115	13	115	13	90	20
Montefiascone	89	18	78	16	72	18
Ronciglione	32	3	22	11	16	12
Tarquinia	114	12	110	12	102	14
Belcolle	403	37	413	42	398	45
Totale ASL	836	93	812	98	746	113

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari di area medica (figura 5) si evidenzia un netto decremento rispetto alla bassa complessità, da 13.583 a 12.245 (-9,9%) per contro si incrementano i ricoveri medici a medio-alta complessità, da 8.324 a 8.677 (+4,2%).

Figura 5. ASL di Viterbo: ricoveri medici composizione per complessità (2001 - 2003)

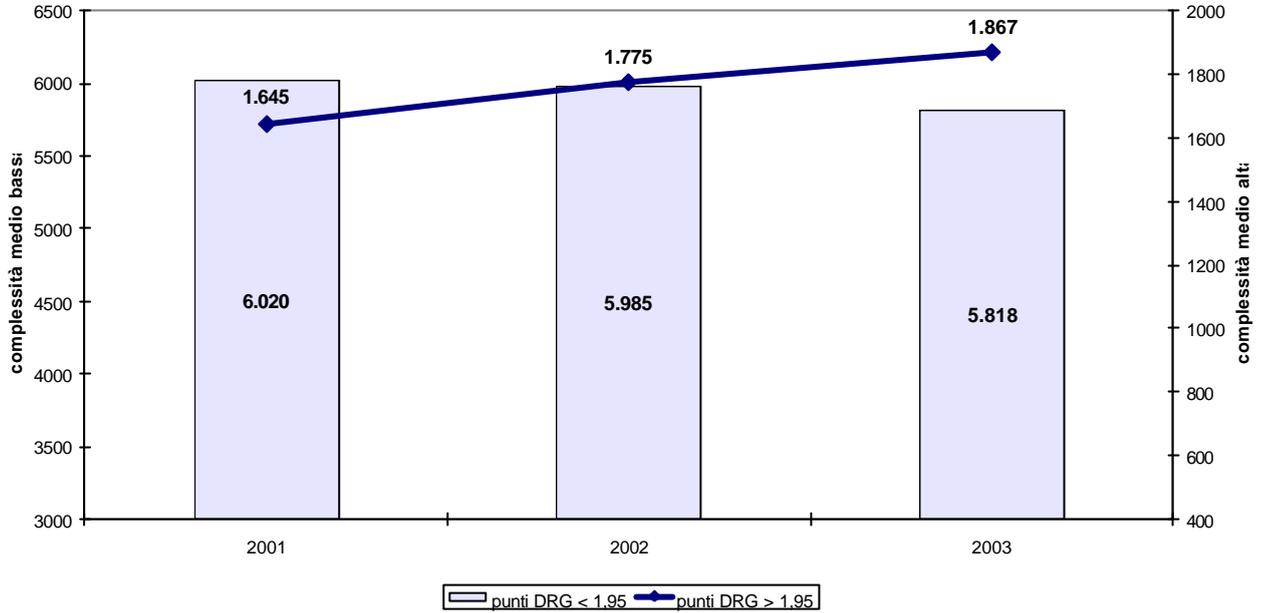


Lo stesso trend, se pure meno marcato, si rileva anche nei ricoveri di tipo chirurgico: la bassa complessità si riduce del 5,4% da 5.985 ricoveri nel 2002 a 5.663 nel 2003, mentre si incrementa la medio-alta complessità del 3,1% (da 1.775 a 1.830 ricoveri) (figura 6).

La quota di ricoveri di giorno sul totale dell'attività rappresenta il 27,1% contro il 25,9% del 2002 ed il 20,4% del 2001; si rileva un marcato incremento della Day-

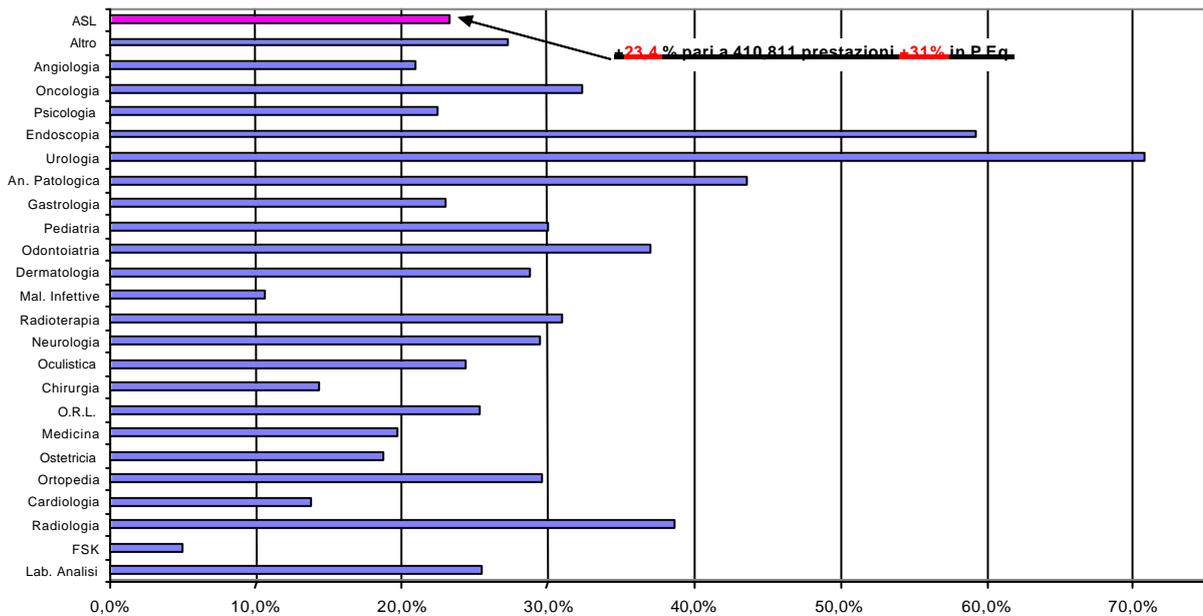
Surgery (+14% rispetto al 2002) mentre si riducono i Day-Hospital medici (-9,3% sul

Figura 6. ASL di Viterbo: ricoveri chirurgici composizione per complessità (2001 - 2003)



2002).

Figura 8. ASL di Viterbo: Specialistica ambulatoriale per esterni variazioni percentuali 2003 vs 2002 per specialistica



Nel prossimo biennio l'impatto dei lavori di edilizia sanitaria ex art. 20 inciderà significativamente sull'offerta assistenziale dell'azienda. Pertanto si rende ancor più necessaria ed urgente una forte razionalizzazione delle attività per far fronte alle problematiche gestionali, tecniche ed organizzative che si verificheranno.

Relativamente alla specialistica ambulatoriale per esterni si rileva un ulteriore e significativo incremento di attività. Complessivamente si registra un incremento delle prestazioni del 23,4% (in prestazioni equivalenti tale incremento risulta pari al 31%). Ciò significa un incremento di attività non solo quantitativo ma anche qualitativo: più prestazioni a maggiore complessità (figura 8).

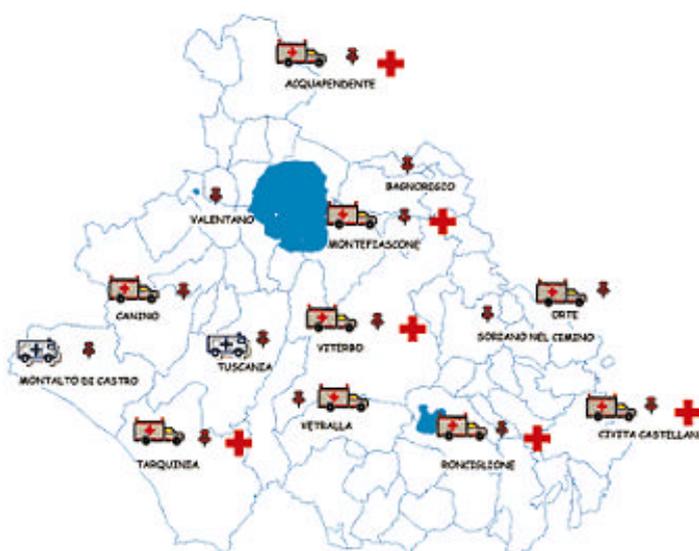
9.3 Specialistica ambulatoriale

L'analisi complessiva sui tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale evidenzia un marcato miglioramento nel corso dell'anno, con un allineamento tendenziale alle soglie regionali previste per le prestazioni critiche (DGR 1725).

9.4 Servizio di emergenza sanitaria (S.E.S.) ed attività di Pronto Soccorso

Il S.E.S. 118 di Viterbo è attivo in H24 dal 5 febbraio 1995. ha competenza provinciale su un territorio di Km² 3614 (densità abitativa di 80 abitanti per km²) con circa 300.000 residenti distribuiti in 60 comuni.

Il SES è formato da una fase di allarme costituita dalla Centrale operativa di Viterbo e da due fasi di risposta, quella territoriale costituita da 10 postazioni di autoambulanza e da 3 postazioni di automedica, e quella ospedaliera , costituita dalla rete dei PS e dal DEA di I livello.



Postazioni di Pronto Soccorso/ postazioni di Primo Soccorso Acquapendente - ospedale Civita Castellana - ospedale Montefiascone - ospedale Ronciglione - ospedale Tarquinia - ospedale Viterbo - ospedale Centro Salute Orte Centro Salute Vetralla	Postazione delle ambulanze attivabili con il 118 <i>Servizio su 24 ore</i> Acquapendente, Civita castellana, Montefiascone, Orte, Ronciglione, Tarquinia, Vetralla, Viterbo <i>Servizio dalle ore 8.00 alle ore 20.00</i> Tuscania, Montalto di Castro	Postazioni di guardia medica •Acquapendente •Bagnoregio •Canino •Civita Castellana •Montalto di Castro •Montefiascone •Orte via Gramsci, centro disalute (ex ospedale) •Ronciglione presso ospedale •Soriano nel Cimino •Tarquinia presso ospedale •Tuscania •Valentano •Vetralla •Viterbo
--	---	---

 Postazioni ambulanza 118 12h (8-12)
 Guardia medica
 Pronto soccorso

Nella tabella di seguito riportata si evidenzia l'attività svolta nel triennio 2001-2003 dal SES 118 aziendale:

Soccorsi

	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
Soccorsi	9.601	10.251	11289
Traumatici	1.711	1.801	2048
Traumatici (incidenti stradali)	1.704	1.661	1647
Non traumatici	6.186	6.789	7594

	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
Soccorsi medicalizzati *	30%	26%	31%
Tempo medio di soccorso**	11'	11'	11'

* riferito a codici gialli e rossi

**Per tempo medio di soccorso si tende il rapporto tra tempo urbano previsto (8') e tempo extra urbano (20')

Trasporti secondari ordinari

	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
Polo Ospedaliero Centrale	5.786	6.537	4.421
Presi ospedalieri periferici	3.601	1.448	1.446
TOTALE	9.387	7.985	5.867

Trasporti secondari urgenti

	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
Eliambulanza e Centro Mobile Rianimazione	134	234	435

La tabella seguente evidenzia i trasporti con *Eliambulanza* e un dettaglio relativo ai trasporti in urgenza presso le strutture ospedaliere romane di pazienti con patologia cardiaca e neurologica non trattabili nei Presidi aziendali (anno 2003).

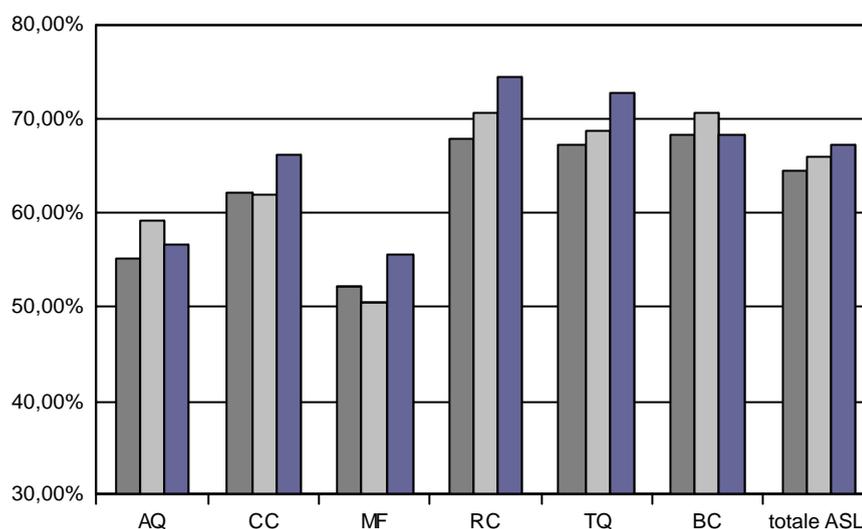
	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
Soccorsi primari	117	144	163
Trasporti secondari urgenti	116	204	209
TOTALE	233	348	372

Strutture extra aziendali	Patologia cardiaca	Patologia neurologica
San Camillo	22	25
Gemelli	7	19
altri	11	6
TOTALE		

9.5 Sistema Informativo Emergenza Sanitaria

Dall'analisi dei dati relativi al triennio 2001-2003, si evidenzia (vedi grafico successivo) la capacità di filtro dei PS aziendali rispetto al totale degli accessi in PS con effettuazione del triage (rinvii a domicilio/accessi)

Globalmente si evidenzia una maggiore capacità di filtro dei P.S. aziendali, i rinvii a domicilio passano dal 64,59% del 2001 al 67,13%.



	AQ	CC	MF	RC	TQ	BC	totale ASL
■ anno 2001	55,19%	62,16%	52,06%	67,79%	67,11%	68,32%	64,59%
□ anno 2002	59,26%	61,99%	50,47%	70,63%	68,67%	70,67%	66,09%
■ anno 2003	56,69%	66,19%	55,49%	74,41%	72,89%	68,25%	67,13%

9.6 Progetto T.U.S.C.I.A. (Trattamento Urgente Sindrome Coronaria In Acuto)

Pianificazione del percorso e della gestione assistenziale del paziente con sospetto clinico di sindrome Coronaria Acuta (SCA).

Step fondamentali:

- Introduzione del centro di ascolto presso il reparto di UTIC/emodinamica del P.O. di Belcolle;
- esecuzione dei test biochimici rapidi per la determinazione degli enzimi cardiaci come indice precoce di necrosi miocardica, nei PS degli ospedali;
- invio al centro di ascolto dell'ECG tramite fax dai vari PS aziendali e tramite GSM dalle autoambulanze del 118;

- individuazione della patologia ed inserimento del paziente nel protocollo/percorso relativo con inizio, nei casi dovuti, della terapia trombolitica precoce anche direttamente sul posto del soccorso;
- arruolamento dei pazienti in un programma di follow-up e di prevenzione dei fattori di rischio;
- individuazione ed attivazione di posti letto nella ASL dedicati alla riabilitazione cardiologia con conseguente incremento della recettività dei pazienti in fase acuta e della attività interventistica ed ottimizzazione (costi/benefici) del sistema.

Valenza positiva del progetto è riuscire a coinvolgere, in modo armonico, non solo il DEA, il Servizio 118, il Presidio Ospedaliero Centrale, gli ospedali afferenti con i Pronto soccorso e le U.O. di medicina, ma anche e soprattutto i medici di famiglia e quelli di guardia medica per una capillarizzazione delle informazioni e delle procedure .

Obiettivo fondamentale: offrire ai pazienti della provincia di Viterbo livelli omogenei di assistenza per una patologia ad alta incidenza e ridurre il tasso di mortalità per IMA. Il progetto sarà operativo a partire dal secondo semestre 2004.

9.7 Programmazione strategica aziendale per l'area ospedaliera per il triennio 2004-2006.

Ipotesi di base per la definizione degli obiettivi di ricovero ordinario

ASL di Viterbo IPOTESI GENERALI

- Per il calcolo dei punti totali DRG si ipotizza costante il mix interno per presidio rispetto a ciascuna classe di ricovero considerata (medica medio/alta e bassa complessità; chirurgica medio/alta e bassa complessità; ricoveri 0-1 giorno)
- Per il calcolo del peso medio DRG per ricoveri ordinari con degenza superiore ad un giorno, si ipotizza costante il mix interno per presidio rispetto a ciascuna classe di ricovero considerata (medica medio/alta e bassa complessità; chirurgica medio/alta e bassa complessità), ad eccezione del Presidio Ospedaliero di Belcolle, dove la stabilizzazione e la prevista attivazione di specialità chirurgiche come la Chirurgia Vascolare e la Neurochirurgia comportano una casistica a maggior complessità.

ASL di Viterbo CONDIZIONI GENERALI

Affinché gli obiettivi sotto definiti possano essere raggiunti, si ritiene indispensabile il verificarsi delle seguenti condizioni:

- La possibilità di disporre di strumenti di negoziazione e controllo verso i medici di medicina generale della ASL (Budget per i MMG), al fine di concordare linee guida e percorsi clinico/terapeutici in grado di garantire appropriatezza delle prestazioni, efficienza e la continuità diagnostica terapeutica

- La garanzia del rispetto della tempistica prevista, sia per la realizzazione del Blocco A3 e B nonché del collegamento Blocco A1 e A2 per Belcolle (compresa la necessaria dotazione organica e tecnologica), che dei lavori di ordinaria e straordinaria manutenzione e ristrutturazione che interesseranno nel triennio in esame le altre strutture ospedaliere aziendali.

ASL di Viterbo Obiettivi 2004-2006

- Si prevede un abbattimento progressivo dei ricoveri ordinari superiori a 2 giorni di degenza, relativi ai DRG ricompresi nella Lista LEA come da DGR 864 del 28.6.2002, fino al totale rispetto delle soglie regionali previste sia per quanto riguarda l'area medica che chirurgica
- Si prevede un progressivo abbattimento dei ricoveri in Day-Hospital medico, attraverso una revisione dei criteri di accesso per un uso appropriato di tale regime assistenziale. Si intende una netta riduzione dei Day-Hospital ad accesso singolo, sostanzialmente diagnostici, e l'avvio sperimentale a partire già dal 2004 di pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) da definire in forma di Day-Service. Si prevede la istituzione di Day-Service, collocati all'interno dei Day-Hospital medici, in più discipline (neurologia, ostetricia e ginecologia, oncologia, ematologia, gastroenterologia, ecc..) ed in tutti i presidi aziendali
- Si prevedono incrementi controllati della specialistica ambulatoriale per esterni. Tali incrementi saranno in buona parte determinati dalla tariffazione in flusso SIAS di prestazioni altrimenti erogate in regime di Day-Hospital, ed incrementi calibrati verso quelle prestazioni che presentano tempi di attesa critici.

Impatto sull'offerta assistenziale dei lavori di ristrutturazione edilizia ex art. 20 legge 67/88

I lavori di ristrutturazione edilizia (ex art. 20 legge 67/88), interesseranno nel triennio in esame tutti e tre i presidi periferici (Acquapendente, Civita Castellana, Tarquinia) nonché i due presidi ospedalieri secondari del polo centrale (Montefiascone e Ronciglione). Seppure l'impatto sulle degenze e sui servizi ospedalieri risulta differenziato nei diversi cantieri che si apriranno sono previste contrazioni sull'offerta assistenziale, soprattutto per quanto riguarda la dotazione di posti letto per acuti. Si prevede una riduzione del 50% delle degenze a Tarquinia nell'intero triennio a partire dalla seconda metà del 2004, si prevedono inoltre contrazioni limitate delle dotazioni per Civita Castellana e Montefiascone, mentre per quanto riguarda Ronciglione si prevede una sospensione totale dell'attività all'interno del presidio, ad eccezione della postazione di Primo Soccorso, posta in un corpo indipendente e non interessato dai lavori.

Le maggiori criticità si prevedono relativamente ai ricoveri urgenti in medicina generale, dove i tassi di occupazione risultano estremamente elevati ed i margini di miglioramento in termini di appropriatezza ed efficienza maggiormente ridotti rispetto all'area chirurgica.

Si sta pertanto approntando un piano dettagliato di intervento in grado di assicurare la continuità dell'assistenza in base alla domanda sanitaria della

popolazione della provincia che pianifichi e dettagli nei tempi e nei modi i seguenti provvedimenti:

- Potenziamento delle unità di Pronto Soccorso dei presidi coinvolti dai cantieri attraverso la ricollocazione presso tali servizi di parte del personale (dirigenza e comparto) reso disponibile dalla compattazione delle degenze
- Potenziamento del servizio 118 da adibire al trasporto urgente dai PP.SS. verso i presidi ospedalieri
- Miglioramento degli indici di efficienza interni per i reparti di area medica (indice di turn over, tasso di occupazione, degenza media). Si intende perseguire tale obiettivo anche attraverso un migliore e più efficiente utilizzo dell'offerta assistenziale post acuzie (lungodegenze, riabilitazione, RSA, ADI) attraverso il coinvolgimento diretto ed integrato tra i reparti di degenza, le strutture post acuzie, i servizi territoriali.
- Definizione di accordi con le strutture per acuti private accreditate per la definizione di corridoi preferenziali tra PP.SS. aziendali e quelle strutture che possano garantire il ricovero urgente.
- Reperimento di locali adatti, in accordo con gli EE.LL., che permettano la permanenza sul territorio originario dei servizi assistenziali oggi garantiti (posti letto di lungodegenza, specialistica ambulatoriale per esterni, diagnostica).

Per quanto riguarda l'area chirurgica si ritiene sufficiente la dotazione aziendale al netto della compattazione delle degenze per i lavori di ristrutturazione, in quanto esistono margini ampi di miglioramento della performance dei reparti di chirurgia generale e delle chirurgie specialistiche attive nell'azienda.

Si ritiene infatti possibile, oltre a garantire gli attuali volumi di attività chirurgica, la definizione di un piano di potenziamento atto al recupero di ricoveri chirurgici oggi effettuati in mobilità sanitaria sia regionale che extra regionale. Il progressivo completamento dell'Ospedale di Belcolle con il conseguente incremento della dotazione di posti letto nonché l'attivazione di nuove specialistiche previste, si ritiene possa permettere già a partire dal 2006 un sostanziale riequilibrio dell'attività aziendale a gestione diretta.

Dettaglio Previsioni di attività

Ricovero Ordinario 2004

- Si prevede un lieve incremento dei casi 0-1 giorno determinato sostanzialmente dalla messa a regime delle brevi osservazioni negli ospedali periferici e dal trend evidenziatosi sul presidio di Belcolle.
- Si prevede una sostanziale stabilità dei ricoveri medici a medio alta complessità (+0,4%) contro un marcato decremento dei ricoveri medici a medio bassa complessità (-7%) dovuto all'allineamento previsto alle soglie regionali DRG lista LEA. Relativamente ai ricoveri di tipo medico si prevede la possibilità di un primo impatto dovuto all'avvio del cantiere sul presidio di Tarquinia (ultimo quarto dell'anno), la stabilità del dato è dovuta ad ipotesi di assorbimento pressoché

totale dell'attività da parte degli altri presidi aziendali (Belcolle, Acquapendente, Montefiascone). Per quanto riguarda i ricoveri di tipo chirurgico si prevede la conferma del trend per i ricoveri a medio alta complessità (+5,1%) ed un lieve incremento dei ricoveri chirurgici a medio bassa complessità (+1%). Relativamente a tale tipo di ricoveri si ritiene possibile un generalizzato miglioramento degli indici di performance interni alla chirurgia generali (soprattutto periferiche) e quindi un possibile recupero di DRG chirurgici attualmente in mobilità sanitaria intra ed extra regionale.

2005

- Nel triennio in esame risulta l'anno a maggiori criticità: saranno infatti presumibilmente aperti tutti i cantieri previsti, con un impatto significativo sull'offerta assistenziale. Si prevede il contenimento della domanda attraverso accordi diretti con strutture private accreditate per acuti, con la definizione di corridoi preferenziali dai PP.SS. aziendali verso le stesse, in modo da assicurare internamente al territorio la continuità assistenza. Si prevede un decremento dell'11% dei ricoveri medici a medio alta complessità ed una riduzione del 10% dei ricoveri medici a medio bassa complessità. Per quanto riguarda l'area chirurgica si prevede comunque un mantenimento dell'attività aziendale a fronte di un miglioramento dei parametri di efficienza e di performance interna.

2006

- Nonostante il perdurare dei cantieri nelle strutture ospedaliere periferiche, il completamento di Belcolle previsto ad inizio anno permette un recupero sensibile di attività. Si prevede un incremento sull'anno precedente di casi medici a medio alta complessità pari al 3,9% e un recupero sulla medio bassa complessità medica del 3%. Per quanto riguarda i ricoveri di tipo chirurgico viene previsto un incremento del 6,5% sulle dimissioni a medio alta complessità ed un incremento del 4,5% della medio bassa complessità chirurgica.

Day-Hospital Day-Surgery

2004

- Per quanto riguarda i Day-Hospital medici si ritiene opportuno un intervento significativo rispetto all'appropriatezza ed al buon uso di tale forma assistenziale. L'azienda si pone l'obiettivo dell'abbattimento dei DH ad accesso singolo e dei DH sostanzialmente diagnostici, attraverso lo spostamento verso la specialistica ambulatoriale per esterni delle prestazioni altrimenti erogate. L'analisi approfondita rispetto alle specialistiche coinvolte e alle tipologie di pazienti trattati attualmente in DH ha evidenziato l'opportunità dell'introduzione di forme assistenziali come il Day-Service, che garantiscono la presa in carico per patologia specifica con l'erogazione di pacchetti di prestazioni complesse (PAC). Per tale motivo si presuppone un decremento, già a partire dal 2004, dei DH medici (-7,5%). Si ipotizza invece un ulteriore impulso all'attività di Day-Surgery

2005

- Si presuppone un ulteriore decremento dei Day-Hospital medici del 9,7%. Si ipotizza un incremento della Day-Surgery del 10,9%.

2006

- Decremento dei DH medici dell'8,6%, incremento della Day-Surgery del 7,6%.

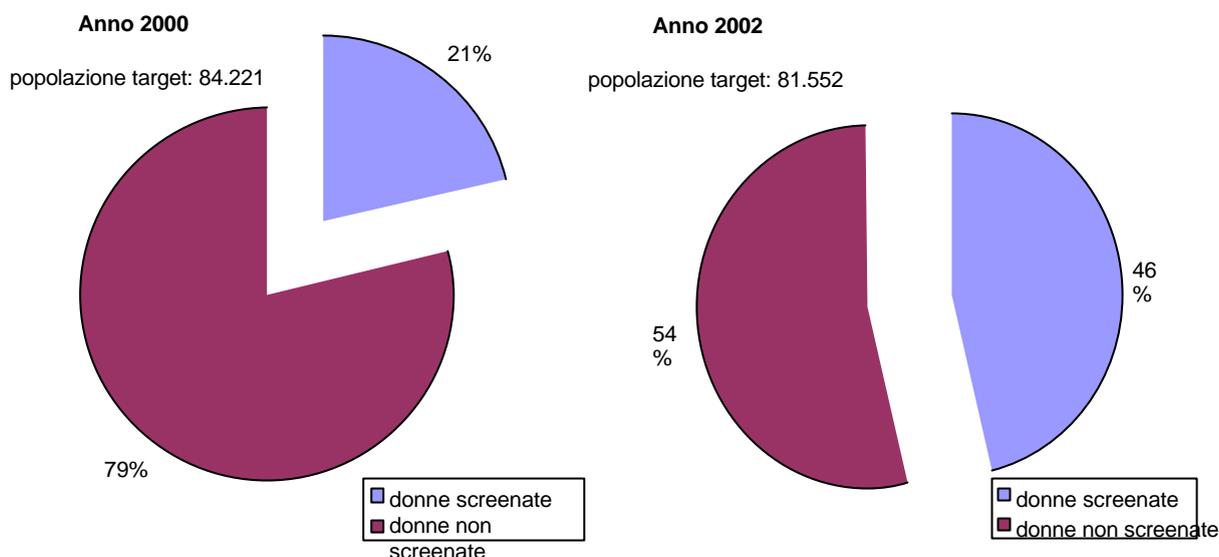
*Specialistica ambulatoriale per esterni***2004-2005-2006**

Nel triennio 2001-2003 si è evidenziato un notevole incremento (+23,3%) delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni (SIAS) ad erogazione diretta. Tale incremento è dovuto in parte ad una migliore e più completa registrazione delle prestazioni, in parte ad un notevole sforzo produttivo finalizzato sostanzialmente alla riduzione delle liste di attesa. La capacità produttiva complessiva, al di là delle nuove specialità o del potenziamento di alcune in corso di definizione, risulta essere sostanzialmente vicina alla saturazione. Per tali motivi si ritiene indispensabile agire su questa linea di attività da più fronti. Primario diventa l'obiettivo del "controllo della domanda" finalizzato ad una continua ricerca di appropriatezza prescrittiva, come d'altro canto è necessario attuare un controllo incisivo sull'offerta, tramite strumenti tesi sostanzialmente ad una razionalizzazione più che ad un potenziamento. L'implementazione della RMN aziendale (adesso servizio mobile 3 die/settimana) rende ipotizzabile un incremento nel triennio del 170% delle prestazioni erogate - si intende anche la messa a regime del secondo artroscan attivo sul presidio di Tarquinia-. Il raddoppio della dotazione tecnologica della radioterapia (il secondo acceleratore lineare sarà attivo da maggio 2004) rappresenta la possibilità del raddoppio delle prestazioni. Si ipotizza un incremento sostanziale di prestazioni di neurochirurgia (subordinate all'avvio della specialistica su Belcolle, + 81,5% a fine 2006 vs 2003). Si prevedono incrementi compresi tra il 40% ed il 16% rispetto a numerose altre branche specialistiche.

9.8 Attività di Prevenzione

Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 contiene, in materia di prevenzione, un forte richiamo ad implementare strategie che introducano e favoriscano la realizzazione di interventi basati su prove di efficacia e su bisogni di salute. Richiama, inoltre, i dipartimenti a stabilire sinergie programmatiche ed operative in modo che l'attività di prevenzione sia svolta in maniera trasversale ed interdisciplinare con le altre strutture aziendali interessate oltre che con gli altri attori esterni (Istituto Zooprofilattico Sperimentale; ARPA; etc.).

Rispetto ai Programmi di Screening l'Azienda continua a promuovere le attività tenendo conto dei risultati raggiunti e delle potenzialità dei servizi.

Donne screenate rispetto alla popolazione target

L'ASL di Viterbo intende mantenere l'impegno già dimostrato con l'obiettivo di incrementare la percentuale di donne raggiunte dall'attività di screening e di allargare tale impegno ad altri programmi.

Tra gli obiettivi della Direzione Aziendale vi è stata, infatti, per l'anno 2003, l'attivazione dello SCREENING DELLA MAMMELLA.

Come da Piano Operativo è iniziata la chiamata attiva delle donne residenti nei Comuni di Orte, Bassano in Teverina e Vasanello nel mese di ottobre 2003.

È stato attivato, inoltre, il Progetto Regionale di Screening e Sorveglianza dei TUMORI DEL COLON-RETTO, coordinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP). La Provincia di Viterbo costituisce, dal punto di vista epidemiologico, un punto di riferimento regionale in quanto presenta il maggior tasso di prevalenza di malattia nel Lazio e tra i più alti su tutto il territorio nazionale. Anche il numero di interventi chirurgici (e i conseguenti profili di trattamento oncologico) figura al primo posto, a livello regionale, subito dopo i presidi ospedalieri romani.

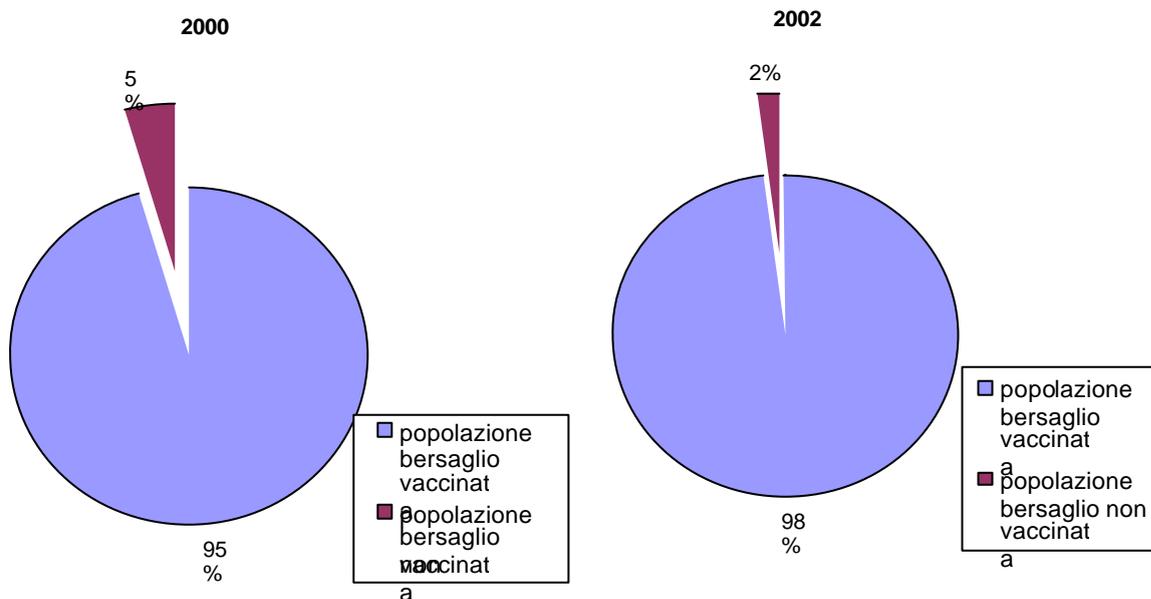
Nella Provincia di Viterbo, è comunque stata avviata, dal Gennaio 2002 una campagna di sensibilizzazione nei confronti dei MMG, dei presidi ospedalieri e della popolazione afferente ai centri ospedalieri di Medicina, Chirurgia, e Gastroenterologia, per invitare i soggetti a "rischio generico" (tutta la popolazione asintomatica >50aa di età) e a rischio aumentato (casi familiari, condizioni precancerose etc.) a un programma di sorveglianza clinico ed endoscopico. Al mese di settembre 2003 n. 223 soggetti a rischio generico e 107 casi familiari sono stati inseriti nel programma di sorveglianza gestito dalla UO di Gastroenterologia, in cooperazione con la UO di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Belcolle.

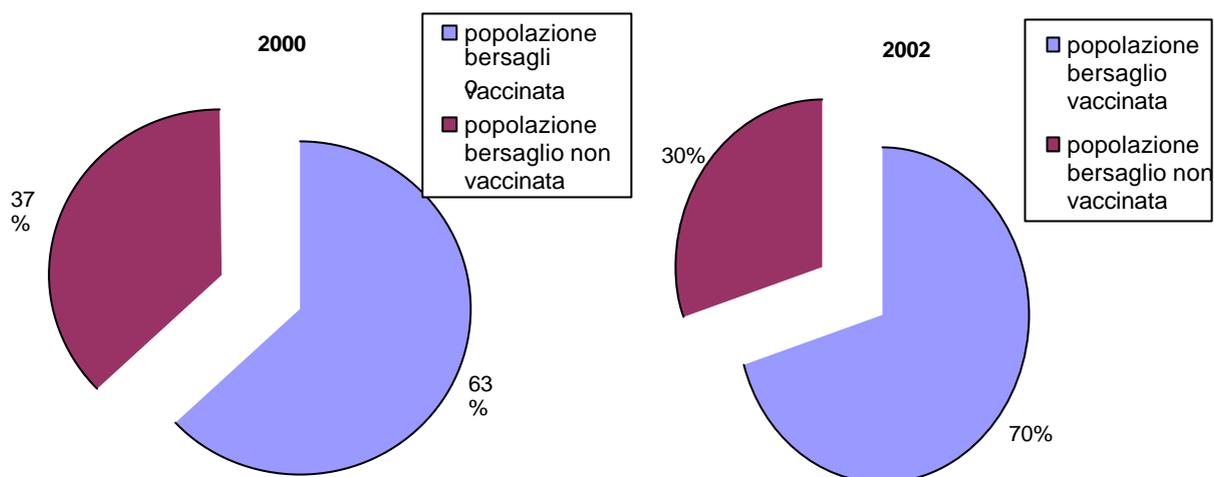
Profilassi delle malattie infettive diffuse

La constatazione dell'abbattimento dell'incidenza di alcune patologie attraverso la vaccinazione, il verificarsi di epidemie recenti in Paesi vicini all'Italia, la diffusione e la gravità delle complicanze, sono tutti fattori che spingono la programmazione di ogni azienda sanitaria a giustificare vaccinazioni di massa.

L'ASL di Viterbo, nell'ultimo triennio, ha incrementato la copertura vaccinale della popolazione di età inferiore ai 24 mesi, anche immigrata, per morbillo, rosolia, parotite, pertosse, haemophilus influenzae (obiettivo tendenziale copertura vaccinale per almeno il 95% della popolazione bersaglio) e quella antinfluenzale della popolazione con più di 64 anni. (obiettivo tendenziale copertura vaccinale per almeno il 60% della popolazione bersaglio).

Copertura vaccinale della popolazione di età inferiore ai 24 mesi, anche immigrata, per morbillo, rosolia, parotite, pertosse, haemophilus influenzae.



Copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione con più di 64 anni.**Tutela dei rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro**

Secondo le statistiche INAIL gli infortuni denunciati risultano in aumento. Nell'anno 2000 risultavano, infatti, n. 2.823 mentre nell'anno 2002 essi divenivano n. 3.090 (Fonte dati statistiche INAIL).

Il trend in crescita va comunque letto alla luce di un progressivo cambiamento delle regole che stanno alla base del sistema di riconoscimento degli eventi denunciati e del tessuto produttivo locale. Ne consegue che il riconoscimento di tale tipologia di infortunio ha incrementato gli indici di incidenza soprattutto nei grandi gruppi INAIL.

L'Azienda continuerà a perseguire obiettivi di incremento delle azioni di prevenzione e vigilanza nonché di coordinamento con gli altri soggetti interessati perchè nel lungo termine si possano ridurre gli infortuni sul lavoro.

A lato delle azioni sopra evidenziate il servizio P.I.S.L.L. ha realizzato corsi di formazione/informazione sugli aspetti normativi e comportamentali relativi alla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, in particolare nei cantieri.

Corsi di informazione/formazione sugli aspetti normativi e comportamentali relativi alla sicurezza nei luoghi di lavoro, in particolare nel settore delle costruzioni, realizzati dal Servizio PISLL

	2000	2001	2002
N° corsi	6	10	17
N° sogg. Raggiunti	123	367	326

Infortuni sul lavoro denunciati nella Provincia di Viterbo per settore di attività economica. Dati INAIL

SETTORE ECONOMICO	2000	2001	2002
agricoltura	496	548	522
pesca	7	6	6
estrazione minerali	13	19	11
elett. Gas Acqua	14	26	15
costruzioni	384	332	291
alberg. e ristor.	82	77	67
Trasporti	152	195	184
Intermediazioni Finanziarie	16	12	15
Att. Immobiliari	132	134	135
Pubblica Amministrazione	163	146	222
Istruzione	8	11	8
Sanita'	50	51	51
Serv. Pubblici	41	55	66
Non determinato	414	521	848
Ind. Alimentare	58	53	60
Ind. Tessile	5	8	4
Ind. Conciaria	0	2	3
Ind. Legno	51	37	46
Ind. Carta	7	15	12
Ind. Chimica	3	1	6
Ind. Gomma	9	14	18
Ind. Trasformaz.	145	173	140
Ind. Metalli	58	47	66
Ind. Meccanica	28	23	20
Ind. Elettrica	34	11	8
Ind. Mezzi di Trasporto	7	8	2
Altre insudstrie	16	16	9
Comm. Rip. Auto	58	75	63
Comm. Ingrosso	52	57	57
Comm. Dettaglio	136	150	135
TOTALE	2639	2823	3090

Prevenzione sugli stili di vita

Nell'aprile 2003 e' stato attivato il centro Antifumo per lo studio e il trattamento dell'abitudine al fumo negli ambienti di vita e di lavoro.

Per determinare la diffusione dell'abitudine al fumo fra i dipendenti dei cinque ospedali della provincia di Viterbo e per valutare la sensibilità del personale nei confronti del problema del fumo sul luogo di lavoro e' stata condotta un'indagine attraverso un questionario autosomministrato.

Il corso per la disassuefazione dal fumo e' articolato in n. 8 incontri. Durante il primo incontro viene effettuata la visita medica e una serie di esami oltre al counselling antifumo. Nelle successive n. 7 visite di controllo viene effettuato il counselling antifumo e la misurazione del monossido di carbonio nell'aria espirata.

Visite effettuate durante il corso per la disassuefazione dal fumo

	Num. visite effettuate
1	73
2	54
3	48
4	41
5	24
6	16
7	5
totale	261

L'attività futura del Centro consisterà, quindi, nell'incrementare i corsi coinvolgendo un maggior numero di persone e di verificare l'efficacia delle attività svolte attraverso indicatori di esito.

Sanità pubblica veterinaria

Oltre alle attività di routine negli ultimi anni molto e' stato realizzato in termini di "conoscenza del territorio", per esempio con la realizzazione di banche dati. Tra queste quella di maggiore attenzione, anche per gli eventi che hanno caratterizzato gli ultimi anni, e' l'Anagrafe bovina (con un incremento dei capi registrati 2002/2000 del 6,6%).

Un incremento delle attività "d'iniziativa" e' stata poi svolta con particolare riferimento ai controlli rintracciabilità delle carni con l'effettuazione di n. 596 ispezioni su un totale di n. 974 spacci censiti (58%).

Tutela igienico sanitaria degli alimenti

Al fine di ridurre le malattie causate da e con alimenti i controlli di qualità igienico sanitaria dei prodotti alimentari somministrati in ambito di ristorazione pubblica e collettiva sono stati intensificati negli ultimi anni, rispondendo alle notifiche effettuate.

E' stata inoltre redatta l'anagrafe complessiva di tutti i discount presenti sul territorio viterbese, è stata stilata una check list al fine di assicurare l'accuratezza del sopralluogo, uniformare gli interventi ed effettuare interventi mirati a valutare le criticità presenti in questa tipologia di attività, in particolar modo riguardo alla catena del freddo. Sono stati effettuati controlli nei n. 23 discount presenti sul territorio.

Pur avendo rilevato, a distanza di sette anni dalla normativa, che le attività produttive ancora non hanno un approccio sistematico e garante della qualità igienico-sanitaria, è possibile però affermare che perlomeno i piani rappresentano corrette prassi igieniche. Si rileva che solo con idonea formazione e responsabilizzazione degli operatori del settore sarà realmente possibile concentrare le risorse nelle fasi critiche del processo produttivo con conseguente diminuzione delle esigenze di controlli finali.

9.9 Assistenza Territoriale e Semiresidenziale

Il Piano Sanitario 2002-2004 ha messo in evidenza come lo sviluppo della rete di assistenza territoriale sia complementare alla riorganizzazione e al ridimensionamento dell'offerta ospedaliera puntando.

Per questo motivo l'ASL di Viterbo ha inteso affrontare la riorganizzazione delle attività in modo complessivo e cioè dapprima adeguando l'organizzazione (con l'elaborazione dell'Atto Aziendale), in seguito prevedendo un adeguamento dei "livelli conoscitivi" del Territorio rispetto all'Ospedale (intervenedo sui sistemi informativi) e, attraverso azioni parallele su Ospedale (per la rimodulazione dei posti letto e la riduzione del tasso di ospedalizzazione provinciale) e Territorio (progettando azioni a forte integrazione Ospedale/Territorio e di adeguamento delle attività territoriali stesse) ridisegnando nella sostanza i servizi offerti.

Assistenza domiciliare integrata

Proprio con particolare riferimento all'ADI gli ultimi anni si sono caratterizzati per un incremento del 26,5% (anno 2002 su 2000) del numero di dimissioni protette con presa in carico ADI: anno 2000 = 713 e anno 2002 = 902.

Così pure per quel che riguarda il numero degli utenti autorizzati per ingresso in RSA/LD (+1,2%: n°488 nell'anno 2000 rispetto a quelli del 2002: n° 494) e il numero dei piani di intervento/verifiche RSA/ LD (+110,7%: n°456 nel 2000 e n° 961 nel 2002).

Nel 2002 e' stato definito un flusso informativo certo e monitorabile dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Nel 2003, presso il Distretto 3, e' stato sperimentato il funzionamento di tale flusso. Nel 2004 verra' implementato in tutti i Distretti provinciali.

Tale procedura permette, tra le altre cose:

- una gestione differenziata dei pazienti (prestazione ADI, Hospice, RSA, etc);
- la registrazione quali/quantitativa delle prestazioni erogate;
- di monitorare il percorso assistenziale dell'utente.

Al fine di garantire *programmi personalizzati di cure palliative dei malati oncologici in fase terminale* nel 2000 e' stata avviata una sperimentazione relativa alla sola città di Viterbo per presa in carico in assistenza domiciliare di pazienti. I pazienti presi in carico nello stesso anno sono stati n. 31. Nel 2002 risultano attive 2 strutture di Hospice convenzionate (Villa Rosa nel comune di Viterbo e il C.R.A. nel comune di Nepi) con una assistenza globale in assistenza domiciliare oncologica o residenzialmente nelle strutture per n. 213 pazienti oncologici presso Villa Rosa (95 in regime residenziale e 118 in regime domiciliare) e n. 611 presso la struttura del CRA di Nepi per un totale di 21.948 giornate di assistenza (7.628 in regime residenziale e 14.320 in regime domiciliare).

In relazione all'offerta, inoltre, di *programmi di dimissione precoce e di supporto domiciliare alle donne che hanno un parto fisiologico* è prassi ormai consolidata dal settembre 1999 la dimissione precoce della puerpera e del neonato.

In relazione alla dimissione protetta sono stati elaborati i protocolli diagnostico-terapeutici e sono stati effettuati nel corso del 2002 i corsi di formazione per i Pediatri di libera scelta, per le Ostetriche e per le vigilatrici d'infanzia.

L'ultimo triennio ha visto un decremento dei *disagiati mentali assistiti a domicilio per situazioni non collaborative* (nel 2000 n. 439 disagiati mentali assistiti a domicilio vs. n. 356 assistiti nel 2002).

Una lieve diminuzione si riscontra anche negli *inserimenti lavorativi di soggetti con disagio psichico* (2002/2000 = -6.0%)

9.10 Assistenza Residenziale

La Regione Lazio ha compiuto da tempo la scelta di un modello di rete di servizi e semiresidenzialità coerenti con l'obiettivo di valorizzare le prestazioni di cura e di tutela dei soggetti deboli, mantenendoli nel proprio ambiente di vita, anche in situazioni di non totale autonomia, nel rispetto della loro dignità.

L'Azienda ha dato seguito a questa indicazione aumentando di fatto le verifiche dei piani di intervento delle persone ospiti delle RSA realizzando un incremento nell'anno 2002 del 130,46% rispetto all'anno 2000 (nel 2000 n. 417 verifiche; nel 2002 n. 961). Il Piano di trattamento viene sottoposto a verifiche periodiche.

L'ASL di Viterbo, inoltre, ha da tempo avviato con le strutture private accreditate per la tipologia di RSA ubicate nel territorio di propria competenza, una sperimentazione gestionale inerente l'acquisto di un pacchetto di prestazioni sanitarie da erogarsi agli ospiti direttamente da parte delle strutture e a carico delle stesse contenente: presenza continuativa di un medico nelle 24 ore; specialistica diagnostico-strumentale; cardiologia; patologia clinica (laboratorio analisi); nonché la

fornitura da parte delle strutture interne dei medicinali prescritti dai medici di medicina generale e la fornitura degli ausili per incontinenza. Tale sperimentazione ha dato esiti positivi.

L'Azienda ha operato anche sul piano delle verifiche attraverso l'istituzione di commissioni di controllo sulle strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate

Risultano inoltre interessanti le prime analisi sui dati economici relativi a questa voce di spesa e alla distribuzione territoriale degli "inserimenti" effettuati. Il Distretto di Viterbo spicca come maggiore costo procapite (a fronte di una spesa procapite aziendale di 28,06 euro, nel Distretto 3 risulta raddoppiata). In futuro è opportuno iniziare un'opera di verifica condivisa delle procedure d'accesso alle strutture tra Servizi aziendali interessati e di analisi dei bisogni della popolazione dei vari bacini di riferimento.

9.11 Attività Consultoriale

I Consulteri familiari, sin dal momento dell'avvenuta "aziendalizzazione", portano con loro alcuni fenomeni che oggi ne mettono fortemente in crisi le modalità di funzionamento: la programmazione è stata intesa, come molte altre realtà territoriali, come mera enumerazione delle attività. Il problema dell'efficacia e dell'appropriatezza, di conseguenza, non viene affrontato; in mancanza di obiettivi di sanità pubblica e con un approccio a "servire" chi si presentava spontaneamente, si sviluppava, particolarmente nel passato ma ancora oggi non completamente superata, una deriva verso la settorializzazione e la frammentazione fino all'estrema conseguenza che ogni figura professionale rivendicava a sé la competenza a trattare il singolo caso; l'"adeguatezza" delle risorse: pochi e settoriali sono stati i casi di verifica tra risorse dedicate e attività svolte/da svolgere.

È sul piano della progettazione che avverrà la sfida in ambito consultoriale: occorreranno sistemi e indicatori di valutazione, identificare la popolazione bersaglio, individuare modalità di offerta attiva, caratterizzare le modalità di esecuzione di attività efficaci nella pratica e descrivere risultati attesi associati alle attività previste. Proprio nella sfida dell'offerta attiva, che passa attraverso modelli di empowerment, si comprende come la multidisciplinarietà diventa essenziale. È necessario sviluppare capacità negoziali per vincere le resistenze ad assumere responsabilità nel processo decisionale e nella integrazione dei servizi come è necessario sviluppare capacità negoziale per coinvolgere la comunità nelle istanze istituzionali e non.

9.12 Attività dei Servizi per la Tossicodipendenza

Nel 2003 il Servizio per le Tossicodipendenze ha trattato n. 1550 utenti, assistendone n. 116 attraverso Comunità Terapeutiche. Per il 2004 si intende procedere ad un'approfondita analisi degli invii effettuati sotto diversi aspetti tra cui quello degli inserimenti ripetuti e comunque complessivamente indirizzati a monitorare gli esiti degli inserimenti stessi.

All'aspetto della valutazione/verifica dei percorsi verrà affiancato un processo teso ad assicurare la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze stupefacenti nei territori dei cinque distretti aziendali.

Per il triennio 1999-2001 è stato rilevato¹ un aumento dell'approvazione dell'uso delle sostanze ed una diminuzione della percezione di rischio. Per supportare adeguatamente anche questo aspetto programmatico, l'Azienda sanitaria sollecita, attraverso varie iniziative, l'analisi del proprio territorio finalizzata alla ridefinizione delle strategie di intervento per la prevenzione primaria e secondaria.

¹ Studio ESPAD, condotto contemporaneamente in circa 30 Paesi Europei.

C.R.A. Nepi			40		40		40	20	20		80								25	75	100	260	30	170	
Villa Margherita								80			80	45	15	120	55	18	60	313				180			
Villa Rosa						48	40	20	20		80								10	30	40	168	33	180	
A.I.R.R.I.														130				145	26						
Villa Buon Respiro												80	17	100	15	18			230				95	35	275
Istituto San Pio X												8			72				80				80		100
Giovanni XXIII							40	20			60												60		
Comune di Acquapendente											60														
Comune di Bagnoregio											20														
Comune di Orte											40														
Myosotis							20	20			40														
Residenza Cimina											68														
Villa Serena											80														
Totale	40	20	124		197	48	200	200	80	348	480	133	42	397	166	66	328	1123	35	105	140	1314	98	725	

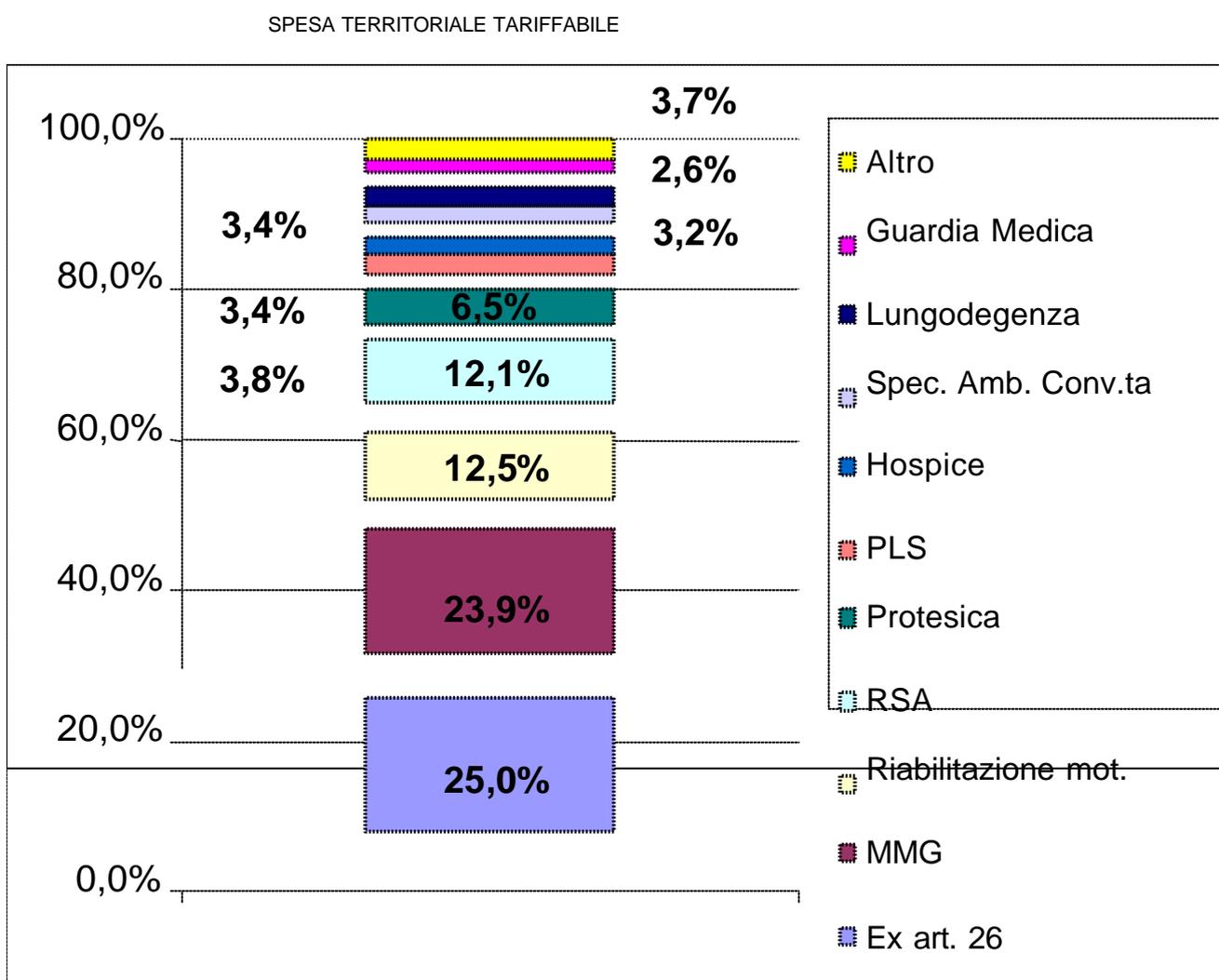
Situazione Posti R.S.A.

	Numero	Denominazione	alta	media	bassa	Non definita	totale	Totale generale
<i>Provvisoriamente accreditate</i>	1	Giovanni XXIII	40	20			60	480
	2	L'Assunta	20	20	20		60	
	3	Myosotis	20	20			40	
	4	Padre Luigi Monti		60			80	
	5	S.Rita (Nepi)	40	20	20		80	
	6	Sorrentino (Faleria)	20				20	
	7	Villa Immacolata	20	20	20		60	
	8	Villa Rosa	40	20	20		80	
<i>inviate in Regione richieste di accreditamento</i>	1	Residenza Cimina	52	16			68	68
<i>in fase di perfezionamento domande di accreditamento</i>	1	Villa Immacolata	20				20	160
	3	Villa Serena	40	20	20		80	
<i>inviate in Regione richieste di autorizzazione</i>	1	Sorrentino (Faleria)	50				50	50

<i>in corso di realizzazione (ex art.20 L.67/88)</i>	1	Orte				40	40	120
	2	Acquapendente				60	60	
	3	Bagnoregio				20	20	
<i>in fase di perfezionamento domande di autorizzazione</i>							0	0
<i>Presentata domanda di autorizzazione</i>	1	Giovanni XXIII	20	20			40	40
	2	Padre Luigi Monti				40	40	
	3	Società Iob S.R.l.				35	35	
<i>Fabbisogno posti RSA triennio 2001-2003</i>								646
<i>Fabbisogno stimato posti RSA triennio 2004-2007</i>								688

9.13 Il governo della spesa capitaria riferita alle prestazioni sanitarie di livello distrettuale

Al fine di individuare la quota di spesa capitaria riferita alle prestazioni sanitarie di livello distrettuale per cittadino residente e con l'obiettivo di "ricondurla alla quota capitaria di finanziamento destinata al livello di assistenza distrettuale nell'ambito del f.s.r..." come il PSR 2002-04 richiede, la ASL di Viterbo ha proceduto ad un'analisi delle componenti della spesa tariffabile riconducibile al territorio e ne ha tentato una prima semplificazione attraverso il grafico sotto riportato.



Voce di Spesa	valore (Euro)	valore (%)
Ex art. 26	17.328.250,0	25,0%
MMG	16.547.918,0	23,9%
Riabilitazione mot.	8.625.493,6	12,5%
RSA	8.404.108,0	12,1%
Protesica	4.465.669,2	6,5%
PLS	2.614.006,3	3,8%
Hospice	2.351.145,2	3,4%
Spec. Amb. Convenzionata	2.344.293,5	3,4%
Lungodegenza	2.200.513,3	3,2%
Guardia Medica	1.769.341,5	2,6%
Altro	2.583.308,0	3,7%
Neuropsichiatria	984.974,6	1,4%
Riab. Speciale	796.476,3	1,2%
Terme	606.949,3	0,9%
Med. Servizi	194.907,7	0,3%
	69.234.046,7	100,0 %

(Fonte: AVPS. Anno 2002)

Questa analisi rappresenta la definizione di riferimento per future riflessioni che l'Azienda intende potenziare con i contributi che arriveranno dai lavori della Sperimentazione in corso.

9.14 Prestazioni socio-sanitarie d livello territoriale

Nell'ambito del sistema salute una delle dimensioni elettive dell'integrazione istituzionale e' quella tra politiche sanitarie e politiche sociali, di particolare rilievo soprattutto per quello che riguarda gli investimenti destinati ai soggetti "fragili" che da un lato rinvia alla definizione di strumenti di raccordo tra le competenze del sistema sanitario e quelle proprie degli Enti Locali, mentre, dall'altro, richiama ai temi della sussidiarietà orizzontale con la sempre più marcata e organizzata presenza di Associazioni no-profit e del volontariato.

L'Azienda sanitaria di Viterbo ha iniziato la ricognizione e la successiva quantificazione in termini di risorse e di utenti coinvolti, degli impegni assunti con gli EE.LL. in relazione alle attività riconducibili ai LEA e siglati attraverso i Piani di Zona.

Da una prima analisi rispetto agli anni 2002 e 2003 è possibile rilevare una crescente destinazione dei fondi per le attività di integrazione socio-sanitaria.

In relazione alle diverse Aree di Assistenza, quelle in cui attualmente si concentrano i finanziamenti sono quelle relative agli anziani e persone non autosufficienti con patologia cronica (Area 3), quelle sui disabili (Area 2) e l'Area 1 relativa alla famiglia e ai minori. Residuali risultano i progetti/fondi previsti per patologie psichiatriche (Area 5) e praticamente assenti, negli anni di riferimento, per le Aree 4 (Dipendenze da droga alcool e farmaci), 6 (Patologie da HIV) e 7 (Pazienti terminali).

In futuro sarà utile approfondire queste analisi soprattutto con riferimento:

- alla popolazione residente nei bacini di afferenza delle azioni previste dai Piani di Zona;
- al miglioramento della progettazione, in particolare prevedendo l'inserimento di indicatori di processo concordati e quanto più possibile oggettivi;
- alla effettiva valutazione degli esiti attraverso fasi di elaborazione dei risultati (anche con strumenti che riescano a "misurare" la reale soddisfazione degli utenti).

9.15 Il contributo economico della ASL di viterbo per la realizzazione degli interventi socio-sanitari in collaborazione con gli EE.LL.

Pur essendo i Piani di Zona esperienze recenti, quelli siglati da Distretti ed Enti locali del territorio della Provincia di Viterbo, oltre ad una dettagliata organizzazione degli interventi realizzano già un primo tentativo di valorizzazione economica degli stessi.

La descrizione delle componenti di costo che determinano la spesa complessiva prevista sono ancora imperfette (e sottostimate, almeno per quanto riguarda l'ASL) ma e' possibile evidenziare che in quasi tutti i progetti la partecipazione della Asl si esplicita o in termini di apporto di risorse umane oppure in termini di strutture messe a disposizione. In alcuni casi vi e' anche allocazione di risorse finanziarie.

Fondi messi a disposizione da Stato Regioni EE.LL.e ASL* - anno 2003

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5
Totale fondo in Euro	1.190.660,2	1.280.273,3	3.085.417,5	895.937,98	1.239.976,0

**la valorizzazione economica del contributo dell'Azienda e' sottostimato per la non quantificazione, nella maggior parte dei casi, delle risorse umane messe a disposizione.*

L'impegno della Azienda sanitaria di Viterbo sara' quello, nel triennio di riferimento, di valorizzare, da un lato, i propri apporti in termini di fondi, risorse umane, strutture e strumentazioni e, dall'altro, di sollecitare la maggiore trasparenza e completezza nella determinazione dei fondi a disposizione per le iniziative.

9.16 Programmazione strategica aziendale per il territorio per il triennio 2004 – 2006

	Obiettivo (sintetico)	Descrizione Obiettivo	2004	2005	2006
Area territoriale – Distretto	Programmazione attività distrettuale (PAT) in linea con la programmazione aziendale e Piani di Zona con EE.LL.	<ul style="list-style-type: none"> Analisi dei contributi economici aziendali per la Sigla dei Piani di Zona; Conferenze dei Servizi annuali 	X		
			X	X	X
	STRUMENTO Potenziamento della informatizzazione (con S.I.)	<ul style="list-style-type: none"> Verifica stato sistemi esistenti; Adeguamento sistemi e flussi secondo disponibilità aziendali; Regolamentazione sistemi di reporting e trasmissione dati su sistema direzionale 	X		
			X	X	X
			X	X	
			X	X	
	STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto	<ul style="list-style-type: none"> Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto Ipotesi di tariffazione su livelli di attività; Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) 	X		
			X	X	
			X	X	
			X		
	Governo MMG/PLS e SUMAI questo obj e quello seguente diventano Governo della domanda (da riformulare)	<ul style="list-style-type: none"> Budget MMG/PLS: individuazione di procedure con medici ospedalieri e territoriali (appropriatezza della prescrizione; prescrizione di farmaci; etc.); Campagne di sensibilizzazione; Elaborazione dei contenuti, in collaborazione con i reparti ospedalieri, degli accordi con i medici convenzionati (incentivazioni; incentivazioni per progetti; etc.) 	X		
			X	X	X
			X		
	Riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> Definizione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (ospedale/territorio/MMG PLS) per applicazione LG regionali e nazionali, modalità di prioritarizzazione della prestazioni secondo criteri valicati e condivisi, educazione rivolta al cittadino/utente per un "buon uso" del SSR (6 mesi) – applicazione e monitoraggio strategia condivisa; Governo dell'offerta: verifica delle potenzialità e degli strumenti per la razionalizzazione dell'offerta (tempi esame, agende, drop-out); Rispetto delle normative regionali e nazionali sulle liste d'attesa Liste di follow up; Liste separate per prestazioni legate all'invalidità civile 	X		
			X	X	X
			X		
			X		

	Obiettivo (sintetico)	Descrizione Obiettivo	2004	2005	2006
Area territoriale – SerT	<p>Garanzia di uniformità di trattamento nella presa in carico</p> <p>Ridefinizione rete e finalità strutture intermedie (anche quelle organizzate secondo un modello misto pubblico privato)</p> <p>Percorso qualità nelle Comunità Terapeutiche</p> <p>STRUMENTO Conoscere le caratteristiche e la prevalenza dei bisogni di prevenzione del territorio</p> <p>Definizione rete servizi per le alcool dipendenze</p> <p>Detenuti</p> <p>STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione modello presa in carico comune in tutti i Ser.T. (Accoglienza, Valutazione, Presa in carico, Percorso Terapeutico, Percorso qualità); • Presa in carico 100% secondo il modello individuato • Analisi degli invii in Comunità terapeutiche (num. Persone inviate/num. Persone in carico); • Individuazione Linee Guida procedurali a livello aziendale; • Applicazione Linee Guida e monitoraggio inserimenti in Comunità' (con particolare attenzione agli inserimenti ripetuti) • Modello unico di sistema informativo in rete tra i Ser.T. (con S.I.) • Ridefinizione strategie di interventi per la prevenzione primaria e secondaria mirata alle esigenze degli specifici (indicatori di disagio adolescenziali) territori; • Definizione di un modello di organizzazione e valutazione unico • Integrazione ospedale territorio: <ol style="list-style-type: none"> 1. accoglienza ambulatoriale, 2. rete di auto aiuto, 3. integrazione con Comunità terapeutiche del territorio, 4. etc. • Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti • Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto; • Ipotesi di tariffazione su livelli di attività'; • Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) 			

	Obiettivo (sintetico)	Descrizione Obiettivo	2004	2005	2006
Area territoriale – Coord. MMG	Integrazione Ospedale/Territorio Favorire l’elaborazione ed applicazione di Linee Guida e Protocolli condivisi	<ul style="list-style-type: none"> • • Promozione di forme di collaborazione con i MMG; • Studio dei flussi prescrittivi; • Analisi ipotesi di azioni specifiche su liste di attesa e prestazioni urgenti 			
Area territoriale – Coord. Disabile Adulto	Disabile adulto: adozione di procedure di presa in carico aziendali (mettere ad AVPS di accettare richiesta solo se con Piano di Trattamento) STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione del “profilo” aziendale di disabilita’ in eta’ adulta; • Elaborazione di un Protocollo aziendale, in collaborazione con i Distretti; • Trattamento delle prese in carico secondo Protocollo aziendale • Progettazione dell’intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti • Collaborazione all’avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell’intervento così come previsto nel documento di progetto; • Ipotesi di tariffazione su livelli di attivita’; Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT)			

	Obiettivo (sintetico)	Descrizione Obiettivo	2004	2005	2006
Dipartimento Salute Mentale		.			
Dipartimento Salute Mentale–Area Distret.le	<p>STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto</p> <p>Realizzazione di programmi di prevenzione al suicidio</p> <p>Favorire l’accesso per chi ha meno risorse</p> <p>STRUMENTO Conoscere le caratteristiche e la prevalenza dei disturbi psichiatrici in eta’ evolutiva</p> <p>Ottimizzare l’uso strutture residenziali</p> <p>Gestione dell’urgenza/emergenza</p> <p>Ridefinizione dell’offerta alla luce dei differenti profili di salute del territorio di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione dell’intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti • Collaborazione all’avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell’intervento così come previsto nel documento di progetto • Ipotesi di tariffazione su livelli di attività’; • Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) • Individuazione di soggetti a rischio nella popolazione non trattata dal DSM, in collaborazione con SerT; servizi sociali; MMG/PLS; • Individuazione di percorsi idonei di trattamento • Costituzione gruppo di lavoro integrato con i servizi per l’eta’ evolutiva, MMG, servizi per anziani e disabili, EE.LL. per la reciproca consulenza e per la realizzazione di una “rete” di comunicazione adeguata • S.I. per la tutela della salute mentale in eta’ evolutiva: rilevazione costante • Migliorare le conoscenze delle caratteristiche dei soggetti accolti in strutture residenziali e semiresidenziali (valutando esiti); • Individuare un programma di ottimizzazione dell’uso delle strutture • Garanzia di accesso diretto ed eventuali interventi di urgenza domiciliare, in integrazione col circuito dell’emergenza regionale (DEA, PS) • Analisi della domanda espressa e dei principali indicatori socio-economici del territorio di riferimento; • Individuazione delle caratteristiche prevalenti dei profili di salute del proprio territorio; • Individuazione di percorsi idonei di trattamento 			

	Obiettivo (sintetico)	Descrizione Obiettivo	2004	2005	2006
Dipartimento Integrazione Sociosanitaria e Tutela della Maternità e dell'Infanzia (area territoriale)	<p>Coordinamento funzionale transmurale osterico ginecologico territoriale e consultoriale</p> <p>Coordinamento funzionale pediatrico territoriale e consultoriale</p> <p>STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piano aziendale, concordato con i Distretti, finalizzato a garantire procedure uniformi su tutti i Distretti nell'erogazione dell'attività • Attuazione ed integrazione tra pediatria ospedaliera e territoriale con formulazione di protocolli congiunti per il trattamento della patologia pediatrica al fine di descrivere percorsi comuni di intervento e con possibilità di intervento operativo tra le due aree con possibilità di interscambio delle attività dipartimentali; • Rilancio della medicina preventiva attraverso le attività consultoriale e la medicina scolastica; • Piano aziendale, concordato con i Distretti, finalizzato all'aumento della capacità propositiva vaccinazioni facoltative; • Supporto ai Distretti per il Programma vaccinazione contro la rosolia per donne in età fertile non immuni (MMG) e a tutte le puerpere in dimissione (con Dip. ISTM e I) • Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti • Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto • Ipotesi di tariffazione su livelli di attività; • Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) 			
Dipartimento Integrazione Sociosanitaria e Tutela della Maternità e dell'Infanzia – Neuropsichiatria infantile	<p>Coinvolgimento dei PLS</p> <p>Razionalizzazione rete dei servizi</p> <p>STRUMENTO Conoscere le caratteristiche e la prevalenza dei disturbi psichiatrici in età evolutiva</p> <p>STRUMENTO Potenziamento della informatizzazione (con S.I.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione di un Protocollo con i PLS sia nella presa in carico che nell'accesso ai servizi aziendali di ricovero ed emergenza; • Attività di screening in età prescolare per l'individuazione precoce ritardo dello sviluppo • Analisi bisogni per bacino d'utenza e strutture esistenti; • Formulazione ipotesi di razionalizzazione • S.I. per la tutela della salute mentale in età evolutiva: analisi dei dati in collaborazione con DSM • Verifica stato sistemi esistenti; • Adeguamento sistemi secondo disponibilità aziendali; • Regolamentazione sistemi di reporting e trasmissione dati su sistema direzionale 			

	Obiettivo (sintetico)	Descrizione Obiettivo	2004	2005	2006
Dipartimento di prevenzione	Coordinamento Screening	• vedi Coordinamento Screening			
	Laboratorio Igiene Industriale	• vedi Laboratorio Igiene Industriale			
Dipartimento di prevenzione - SPISLL	Prevenzione infortuni sul lavoro	• Attivita' di formazione/aggiornamento (presso aziende o Ass. di categoria); • Aumento dei controlli (cantieri; aziende agricole; etc.)			
	Prevenzione infortuni domestici	• Attivita' di formazione/aggiornamento; • Aumento dei controlli			
	Prevenzione infortuni stradali	• Attivita' di formazione/aggiornamento; • Campagne di sensibilizzazione; • Aumento dei controlli			
	Prevenzione sugli stili di vita	• Attivita' di sensibilizzazione (fumo: campagne; coinvolgimento MMG); counseling per la cessazione; corsi nelle scuole per insegnanti e studenti; peer education nelle scuole ; etc.);			
	STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto	• Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti • Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto • Ipotesi di tariffazione su livelli di attivita'; • Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT)			
	STRUMENTO Definizione procedure SIMORA con S.I.				
Dipartimento di prevenzione - Coordinamento Screening	GISCI	• Mantenimento collaborazione GISCI			
	Screening del tumore cervice uterina	• Aumento della popolazione target (25-64); • Incremento attivita' su popolazione bersaglio (50-69 anni copertura totale)			
	Screening della mammella	• Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti • Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto			
	STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto				

		<ul style="list-style-type: none"> • Ipotesi di tariffazione su livelli di attività'; • Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) 			
Dipartimento di prevenzione - Laboratorio igiene industriale	STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto Sistemi informativi: procedure con S.I. Prevenzione rischio oncologico (con Ospedale) Mantenimento livelli produttivi	<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti • Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto; • Ipotesi di tariffazione su livelli di attività'; • Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) • Individuazione di procedure codificate per invio dati ai S.I. 			
Dipartimento di prevenzione - SISP	STRUMENTO Implementazione dei sistemi informativi STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto Mantenimento livelli produttivi	<ul style="list-style-type: none"> • In collaborazione con il CED, individuazione delle modalità organizzative e tecniche per l'implementazione dei sistemi informativi (SIMORA) • Avvio, gestione e completamento delle attività previste • Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti • Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto • Ipotesi di tariffazione su livelli di attività'; • Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) 			
Dipartimento di prevenzione - SIAN	Tutela della salute del consumatore mediante i controlli volti a garantire la sicurezza igienica e la salubrità dei prodotti alimentari Rafforzamento della prevenzione della patologie di origine nutrizionale	<ul style="list-style-type: none"> • Programmare e potenziare le attività di controllo ufficiale delle industrie alimentari con particolare riferimento alle problematiche connesse all'applicazione del D.lgs, n° 155/97 • Istituzione osservatorio sui consumi ed abitudini alimentari e stato nutrizionale per gruppi di popolazione • Organizzazione e gestione di una campagna di sensibilizzazione degli 			

	<p>Introduzione e consolidamento dei processi di programmazione, gestione e controllo</p> <p>STRUMENTO Implementazione dei sistemi informativi</p> <p>STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto</p>	<p>stili alimentari corretti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulenza dietetico nutrizionale in collaborazione con strutture specialistiche e MMG/MPLS • Individuazione set produttivo • Regolamentazione processo di gestione informativa interna interrelazione con la Direzione Aziendale • Introduzione ed applicazione • In collaborazione con il CED, individuazione delle modalità organizzative e tecniche per l'implementazione dei sistemi informativi (SIMORA) • Avvio, gestione e completamento delle attività previste • Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti • Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto • Ipotesi di tariffazione su livelli di attività'; • Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) 			
<p>Dipartimento di prevenzione - Servizio Veterinario A (Sanità Animale)</p>	<p>STRUMENTO Implementazione dei sistemi informativi</p> <p>STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto</p> <p>Certificazione: avvio processo</p> <p>Mantenimento verifiche e controlli di legge e su domanda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In collaborazione con il CED, individuazione delle modalità organizzative e tecniche per l'implementazione dei sistemi informativi (SIMORA) • Avvio, gestione e completamento delle attività previste • Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti • Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto; • Ipotesi di tariffazione su livelli di attività'; • Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) • Studio di fattibilità per la certificazione dell'Area (studio delle linee di attività secondo DPCM su LEA; elaborazione protocolli interni per attività su stessa "filiera"; studio delle procedure interne; etc.) • Ispezioni previste per legge; etc. • Aggiornamento (anche con la nuova previsione normativa sui cani "pericolosi" e analisi dei dati 			

	Mantenimento anagrafe canina				
Dipartimento di prevenzione - Servizio Veterinario B (Igiene Alimenti)	STRUMENTO Implementazione dei sistemi informativi	<ul style="list-style-type: none"> In collaborazione con il CED, individuazione delle modalità organizzative e tecniche per l'implementazione dei sistemi informativi (SIMORA) Avvio, gestione e completamento delle attività previste 			
	STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto	<ul style="list-style-type: none"> Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto; Ipotesi di tariffazione su livelli di attività'; Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) 			
	Certificazione: avvio processo	<ul style="list-style-type: none"> Studio di fattibilità per la certificazione dell'Area (studio delle linee di attività secondo DPCM su LEA; elaborazione protocolli interni per attività su stessa "filiera"; studio delle procedure interne; etc.) 			
Dipartimento di prevenzione - Servizio Veterinario C (Igiene Allevamenti)	Mantenimento verifiche e controlli di legge e su domanda	<ul style="list-style-type: none"> Ispezioni impianti di macellazione; farmaco-sorveglianza presso gli allevamenti e controllo degli integratori negli alimenti di origine animale; aggiornamento banche dati interne; etc. 			
	STRUMENTO Implementazione dei sistemi informativi	<ul style="list-style-type: none"> In collaborazione con il CED, individuazione delle modalità organizzative e tecniche per l'implementazione dei sistemi informativi (SIMORA) Avvio, gestione e completamento delle attività previste 			
	STRUMENTO Sperimentazione modello di budget di Distretto	<ul style="list-style-type: none"> Progettazione dell'intervento in collaborazione con gli altri attori coinvolti Collaborazione all'avvio, sviluppo e verifica degli esiti dell'intervento così come previsto nel documento di progetto; Ipotesi di tariffazione su livelli di attività'; Analisi multidimensionale (dati censimento ISTAT) 			
	Certificazione: avvio processo	<ul style="list-style-type: none"> Studio di fattibilità per la certificazione dell'Area (studio delle linee di attività secondo DPCM su LEA; elaborazione protocolli interni per attività su stessa "filiera"; studio delle procedure interne; etc.) 			
	Mantenimento verifiche e controlli di legge e su domanda	<ul style="list-style-type: none"> Ispezioni e controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie; aggiornamento banche dati su aziende; etc. 			