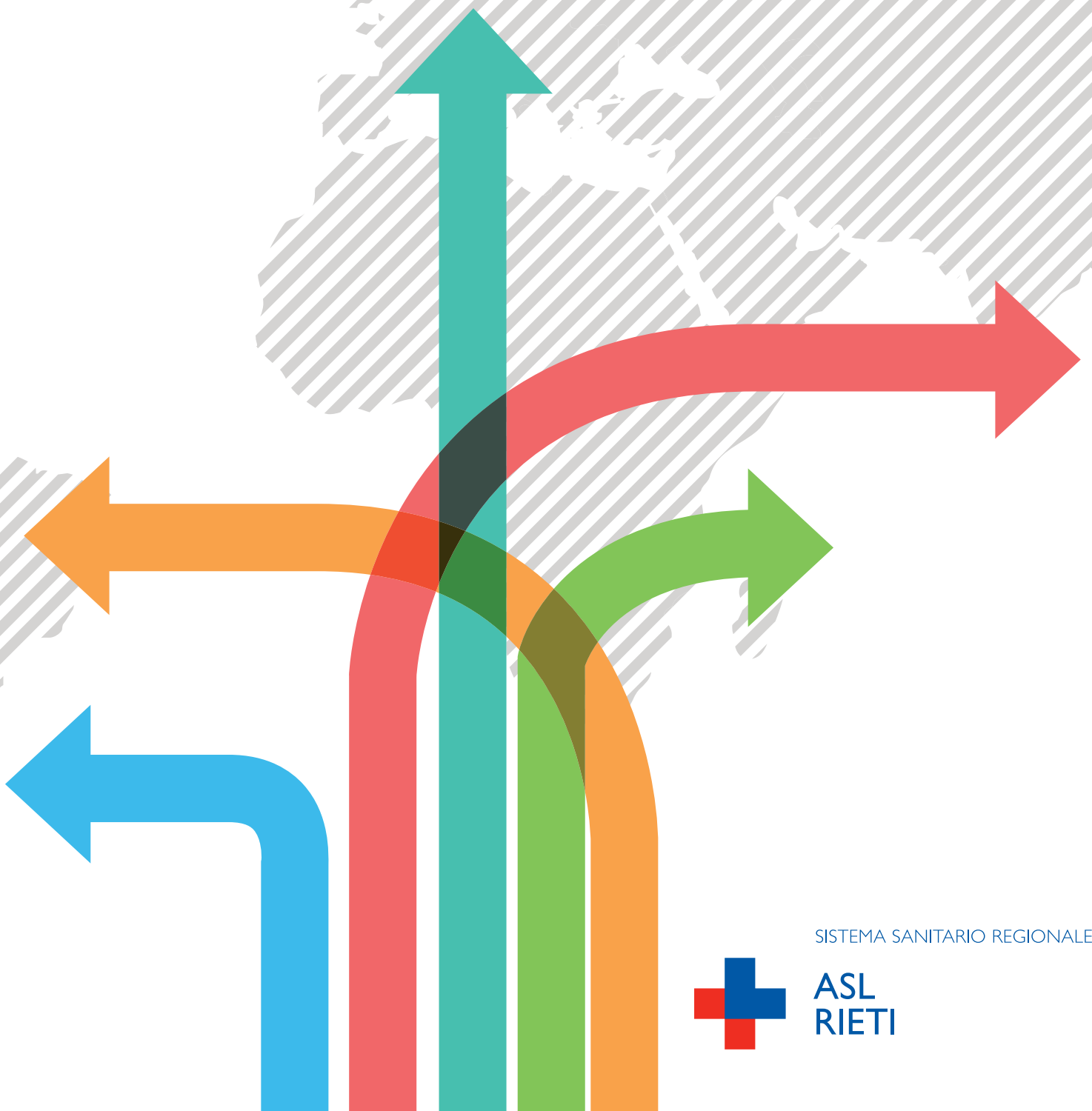


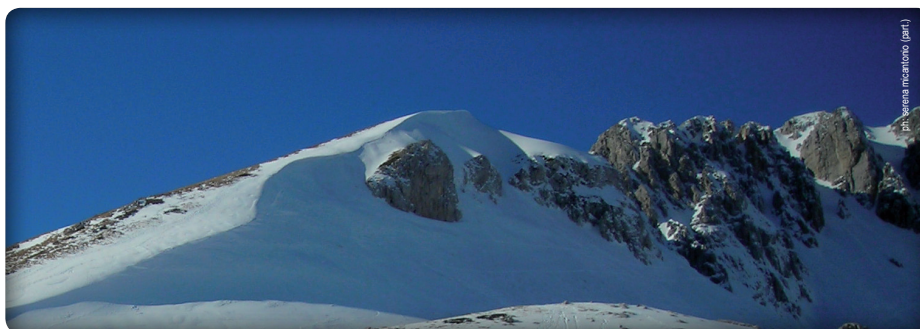


2014-2016
Piano Strategico



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ASL
RIETI**



I N D I C E

Lettera del Direttore Generale	3
Introduzione	4
Parte I	5
IL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO ED EPIDEMIOLOGICO	
Il Profilo Territoriale	6
Il Profilo Demografico	10
Il profilo Socio-Economico	15
Il profilo epidemiologico	17
Parte II	25
L'EREDITA'	
Premessa	26
L'offerta	27
Il Patrimonio	61
I Conti	67
Parte III	76
LE LINEE STRATEGICHE E LE PREVISIONI ECONOMICHE	
L'approccio strategico adottato	77
La Mission	80
Gli interventi strategici	82
Gli ulteriori interventi	105
Il Piano della Performance	113
La Sostenibilità Economica	115

Lettera del Direttore Generale

Nel presentare il Piano Strategico triennale 2014-2016 della Azienda USL di Rieti corre l'obbligo, innanzitutto, sottolineare che si tratta di uno dei documenti programmatici fondamentali di questa Azienda.

E' quindi molto forte il senso di responsabilità nei confronti dei cittadini e degli operatori aziendali a cui si ispira questo lavoro progettuale, in una situazione di eccezionale complessità sotto il profilo economico, organizzativo e della qualità dell'azione sanitaria sul territorio.

Sono vari i fattori a cui ascrivere l'eccezionalità dichiarata:

- il perdurare di un contesto economico recessivo, con vincoli stringenti sulla dotazione organica, che hanno già determinato una significativa riduzione del personale, il protrarsi del ricorso a forme di contratto interinale e un progressivo depauperamento del patrimonio di professionalità, competenze e motivazione a disposizione dell'azienda;
- una rete di servizi (pubblici e privati) storicamente deficitaria in alcune aree dell'offerta specialistica, nella capacità di presa in carico complessiva dell'utente, ancora troppo centrata sull'ospedale, in un territorio a elevata dispersione demografica, a cui si accompagnano estesi fenomeni di mobilità passiva e una sostanziale perdita di fiducia della popolazione;
- la mancanza di significativi interventi di prevenzione, primi fra tutti gli screening, che, invece, dovrebbero rappresentare una linea d'azione prioritaria per una azienda sanitaria territoriale che voglia esercitare con effettività il proprio ruolo di garante nella tutela e promozione della salute.

Il primo piano strategico di questa Direzione Generale si propone di cogliere la sfida della ricerca della massima compatibilità tra i bisogni espressi dalla comunità di riferimento, quelli tecnico-professionali ed organizzativi della medicina moderna e quelli imposti dalla situazione regionale di Piano di Rientro, creando un ponte tra passato, presente e futuro.

L'avvio del nuovo corso strategico dell'Azienda affonda quindi le proprie radici nella ricognizione del «patrimonio» materiale e immateriale ricevuto in eredità dalle passate gestioni, nella convinzione che nessun processo di cambiamento possa realizzarsi in modo efficace e duraturo senza una piena consapevolezza della realtà su cui si è chiamati a intervenire e quindi nella costruzione di un terreno progettuale nuovo, recettivo e stimolante, di valorizzazione delle potenzialità e di superamento delle criticità presenti.

Un contributo speciale, di idee e di soluzioni, è atteso in particolare da tutti i professionisti che operano nell'Azienda e a cui vanno i più sinceri ringraziamenti per l'importante lavoro fin qui svolto, a partire dall'assunzione di un impegno duraturo verso la nuova mission, la vision e i valori aziendali che tracciano le linee di sviluppo per il futuro, sia sul piano economico sia su quello ben più importante della reingegnerizzazione dei processi clinici e assistenziali.

Novembre 2014

Il Direttore Generale



INTRODUZIONE

Il Piano Strategico 2014-2016 definisce le linee di sviluppo dell'Azienda per il triennio, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione regionale.

Il documento parte da una disamina degli elementi di specificità e di contingenza che condizionano i margini di intervento e le potenzialità evolutive dell'Azienda per arrivare poi a ragionare sugli scenari futuri e nel merito di quanto necessario per il miglioramento costante e duraturo della rete di offerta di servizi sul territorio.

Insieme al quadro epidemiologico e socio-economico, la ricognizione del sistema di offerta ereditato e quanto realizzato dall'Azienda nel triennio 2011-2013, rappresentano la base progettuale di riferimento per la declinazione della nuova identità organizzativa e dei correlati progetti di intervento. Seguendo questa articolazione del percorso progettuale, il Piano Strategico è stato strutturato in tre Parti, ciascuna articolata in diverse sezioni.

La Parte I è dedicata allo studio della popolazione e del territorio di afferenza dell'Azienda e si propone di fornire indicazioni utili a contestualizzare le analisi e le linee progettuali presentate nelle successive parti del Piano. In particolare, in questa parte si forniscono indicazioni sul contesto socio-economico ed epidemiologico, sul profilo territoriale, la viabilità, la densità abitativa, l'urbanizzazione, il profilo demografico, le caratteristiche della popolazione, la situazione occupazionale e la distribuzione dei redditi.

La Parte II descrive l'«eredità» acquisita dall'Azienda dalle passate gestioni ed esamina i dati relativi all'offerta di servizi, al patrimonio e ai conti. Il cambiamento strategico e organizzativo, per essere compiuto, presuppone scelte sul piano delle priorità, che dovranno maturare nell'Azienda a partire da alcune premesse, che sono quindi discusse in questa parte centrale del Piano Strategico.

Nella Parte III vengono presentate le linee strategiche di intervento per agevolare il miglioramento nella Rete dei servizi, recuperare fiducia dell'utenza e garantire il governo dei processi aziendali, sia per gli aspetti tecnici e amministrativi sia per quelli strettamente sanitari. E' qui utile sottolineare come nel percorso progettuale vi sia stata un'inversione dell'approccio classico dove la variabile economica è criterio e contenuto cardine degli interventi di natura strategica. Viceversa, nell'approccio proposto, la sostenibilità economica è interpretata quale variabile dipendente, ovvero quale risultante di tutte le azioni poste in essere a monte, in primis la declinazione di una nuova identità organizzativa e di un nuovo assetto di governance.

Tutto questo anche per rispondere all'esigenza crescente di responsabilizzare su obiettivi specifici tutti gli operatori affinché forniscano un contributo, non solo di tipo professionale, ma anche di coinvolgimento attivo nei processi di innovazione e cambiamento di ordine strategico, gestionale ed operativo. Nel Piano delle performance la valorizzazione delle professionalità presenti in Azienda rappresenta un punto fondamentale sia per la costruzione della nuova identità aziendale che per il processo di crescita e modernizzazione che si intende intraprendere.

Quattro sono le direttrici principali lungo cui si muovono le linee di intervento:

- un'attenzione crescente alla dimensione strategica delle scelte e al più ampio utilizzo di meccanismi operativi a sostegno della governance;
- un impulso forte allo sviluppo di logiche e strumenti che sappiano superare la frammentazione organizzativa in una prospettiva di governo della qualità dei processi assistenziali e dei rischi;
- l'adozione di nuovi setting assistenziali, quale risposta alle esigenze di una sanità più "vicina all'utente", economicamente sostenibile e appropriata;
- la promozione di forme attive di partecipazione dei cittadini e il più ampio coinvolgimento del volontariato.

Parte I

IL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO ED EPIDEMIOLOGICO



>Il Profilo Territoriale

Il Territorio | La Viabilità | La Densità Abitativa e l'Urbanizzazione

>Il Profilo Demografico

La Popolazione | La Popolazione Straniera

>Il Profilo Socio-Economico

La Situazione Occupazionale | La Distribuzione dei Redditi

>Il Profilo Epidemiologico

Gli Stili di Vita e la Mortalità



1- Il Profilo Territoriale

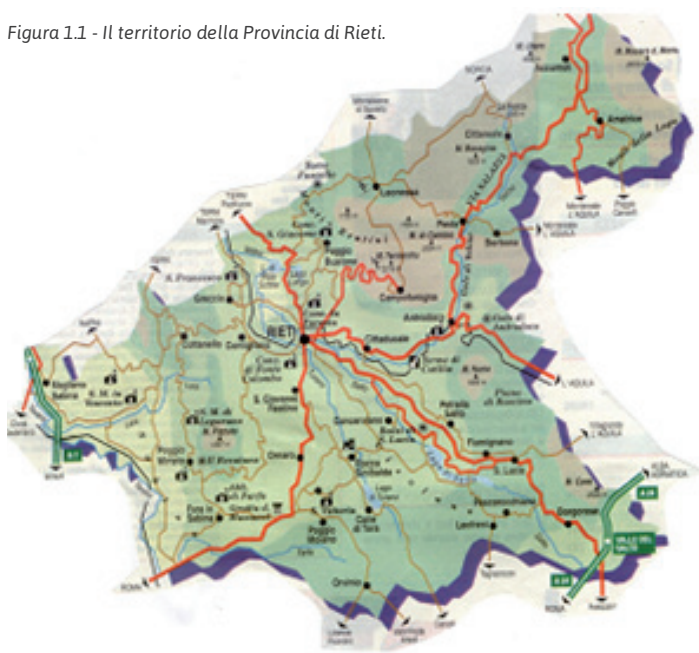
1.1 - Il Territorio

Il territorio della Asl di Rieti coincide con quello della Provincia: si estende su una superficie di 2.749 Km² e comprende 73 comuni, 297 frazioni e 600 case sparse.

Il territorio provinciale è prevalentemente montuoso (79% circa del territorio), con un'altitudine media di 576 slm. È caratterizzato dai Monti della Duchessa e Monti del Cicolano a sud (gruppo del Monte Nuria e di Monte Giano), dai Monti Reatini con il Monte Terminillo (2.217 metri s.l.m.) a nord, dai Monti della Laga (2.458 metri s.l.m.) ad est al confine con l'Abruzzo e dai Monti Sabini che dividono la Valle Reatina e la Sabina. Il centro del capoluogo sorge su una piccola collina al margine di un'ampia conca denominata Piana Reatina, che si estende per circa 90 Km². L'ampia conca è solcata dai fiumi Turano, Salto e Velino che costituiscono un reticolo fluviale connesso al sistema dei laghi Lungo, Ripasottile e Ventina. Il reticolo idrico è completato dal bacino del fiume Tronto. La Piana Reatina anticamente era occupata dalle acque del Lacus Velinus che fu bonificato in età romana con l'apertura della Cascata delle Marmore. Notevole è dunque la presenza idrica nella provincia: oltre alle sorgenti del Peschiera, si registra la presenza di 11 laghi di cui particolarmente importanti i due laghi artificiali del Salto e del Turano.

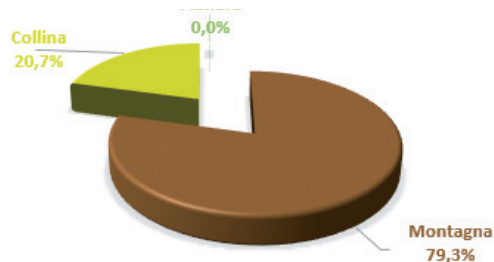
Sono numerose le aree protette nel territorio provinciale (Parco Naturale dei Monti Lucretili, Riserva Montagne della Duchessa, Riserva Naturale Monte Navegna e Monte Cervia, Parco Nazionale del Gran Sasso e Monti della Laga, Riserva Naturale dei Laghi Lungo e Ripasottile, parte della Riserva Tevere - Farfa).

2749 km² - 73 comuni
5 gruppi montuosi
11 laghi - 6 parchi e riserve



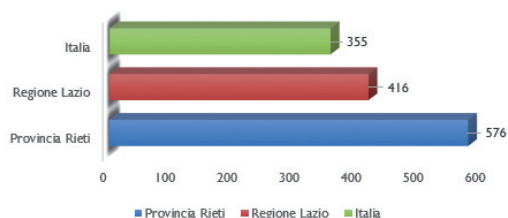
Fonte: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Figura 1.2 - Conformazione orografica del territorio della Provincia di Rieti.



Fonte: Comuni.it – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Figura 1.3 - Altitudine media (metri sml) Italia, Regione Lazio, Provincia di Rieti.



Fonte: Comuni.it – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

1.2 - La Viabilità

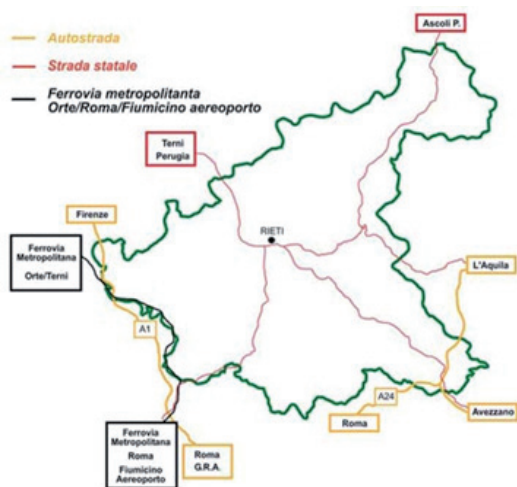
A causa della sua particolare conformazione orografica, prevalentemente montuosa, e della sua posizione geografica, la provincia di Rieti, con l'85% di strade di montagna, sconta diversi problemi di viabilità legati ai diversi tipi di infrastrutture di trasporto presenti sul territorio (ferrovie, aeroporti, rete stradale).

La viabilità ferroviaria è particolarmente penalizzata: esiste un collegamento minimo con le città di Terni e L'Aquila, ormai poco utilizzato, ed un collegamento Fara Sabina – Roma, che negli ultimi anni è stato potenziato. Gli aeroporti più vicini (Roma Ciampino e Roma Fiumicino) distano circa 100 Km dal capoluogo. Del tutto irrilevante ai fini della viabilità è l'aeroporto di Rieti (il Ciuffelli), utilizzato prevalentemente a fini sportivi. Anche i porti più vicini (Ancona e Civitavecchia) distano circa 150 – 200 Km dal capoluogo di provincia. Le autostrade di riferimento, raggiungibili percorrendo ampi tratti di strade statali e/o regionali, sono: A24 (Roma – L'Aquila – Teramo), A25 (Roma – Pescara), A1 (Milano - Napoli), A12 (Roma – Genova, tratto Roma - Civitavecchia).

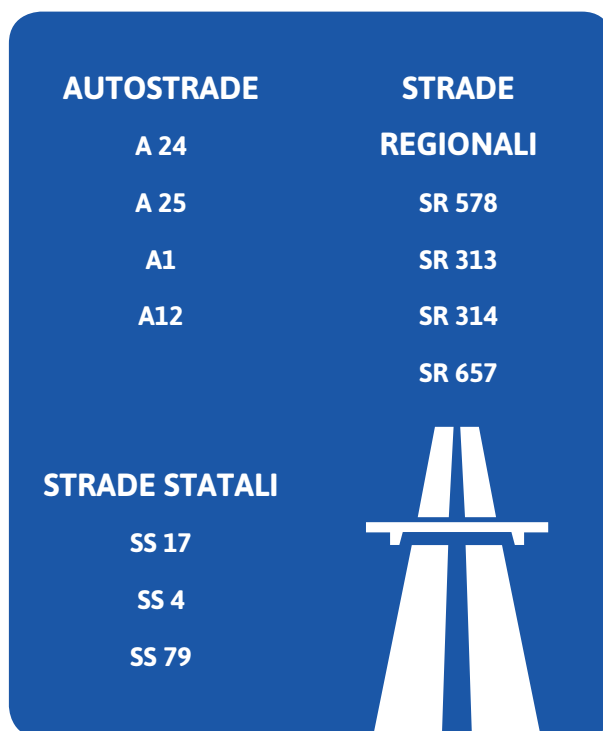
Le strade statali e regionali principali per la viabilità provinciale sono la SS 17 (Appennino Abruzzese), SS 4 (Via Salaria), SS 79 (Via Ternana), SR 578 (Salto-Cicolana), SR 313 (Passo Corese - Terni), SR 314 (Licinese, di collegamento della Sabina a Roma), SR 657 (Sabina, di collegamento della Sabina al Viterbese).

La situazione delle infrastrutture di trasporto sopra esplicitata evidenzia l'enorme difficoltà nei collegamenti con l'esterno, ma anche all'interno della Provincia stessa. Ciò ha portato nel tempo ad un **progressivo spopolamento delle aree montane**, soprattutto a causa dei molti giovani che hanno preferito trasferirsi nei centri più grandi, in particolare nel capoluogo, e fuori provincia.

Figura 1.4 - La rete viaria del territorio della Provincia di Rieti.



Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.



1.3 - La Densità abitativa e l'Urbanizzazione

La densità abitativa media nel territorio della ASL di Rieti al 01/01/2013 è di 56,9 ab/km², ma si rilevano notevoli differenze all'interno della Provincia. La densità va infatti dai 230 ab/km² dei comuni di Rieti, Fara Sabina e Poggio Mirteto, ai 7-8 ab/km² dei Comuni di Accumuli, Cittareale e Marcellini (la densità minima si osserva a Micigliano con 3 ab/Km²).

La provincia di Rieti presenta, oltre un progressivo fenomeno di spopolamento, anche una urbanizzazione poco sviluppata, con un territorio caratterizzato da numerosi centri di piccole e piccolissime dimensioni. Se escludiamo il comune di Rieti con 47.153 residenti, l'89% dei comuni ha meno di 3.000 abitanti ed i restanti sono sotto i 15.000 abitanti. Si rileva altresì che ben 20 comuni non superano la soglia dei 500 abitanti e fra questi il comune di Marcellini risulta essere il più piccolo della Provincia con soli 82 residenti.

Ai fini dell'analisi dei bisogni sanitari della popolazione residente in Provincia è importante porre

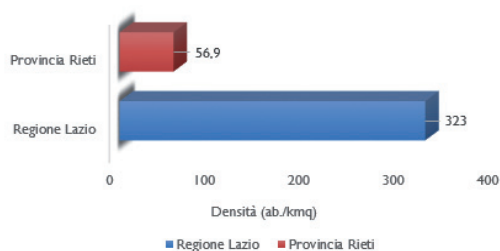
Densità media 56,9 ab./Km²

4 comuni su 73 con oltre 200 ab/Km²

26 comuni su 73 con meno di 25 ab/Km²

l'attenzione sulle rilevanti differenze geografiche e demografiche dei 5 Distretti socio-sanitari di cui si compone la ASL di Rieti. Si tratta dei Distretti Montepiano Reatino, con sede in Rieti, Mirtense, con sede in Poggio Mirteto, Salario, con sede in Osteria Nuova di Poggio Moiano, Salto – Cicolano, con sede in S.Elpidio di Pescorocchiano, e Alto Velino, con sede in Antrodoco.

Figura 1.5 - Densità abitativa della ASL di Rieti e nella Regione Lazio.



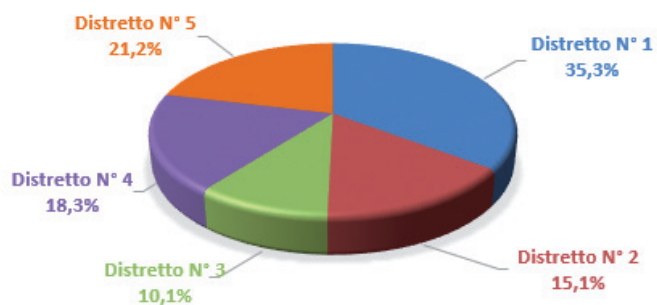
Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Tabella 1.1 - I Dieci comuni più popolosi della Provincia di Rieti.

Comune	Abitanti	Superficie (Kmq)	Densità (Ab/Kmq)	Altitudine (m s.l.m.)
Rieti	47.153	206,46	228	405
Fara in Sabina	12.542	54,96	228	482
Cittaducale	6.908	71,25	97	481
Poggi Mirteto	5.940	26,4	225	246
Borgorose	4.667	145,82	32	732
Montopoli di Sabina	4.243	37,94	112	331
Magliano Sabina	3.890	43,23	90	222
Contigliano	3.614	53,55	67	488
Forano	2.988	17,69	169	218
Scandriglia	2.973	63,35	47	535

Fonte: Comuni.it – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Figura 1.6 - Distribuzione percentuale del territorio della Provincia di Rieti per Distretto ASL.



Fonte: Comuni.it – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

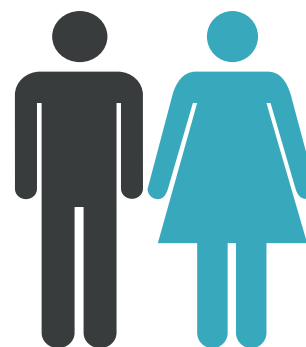
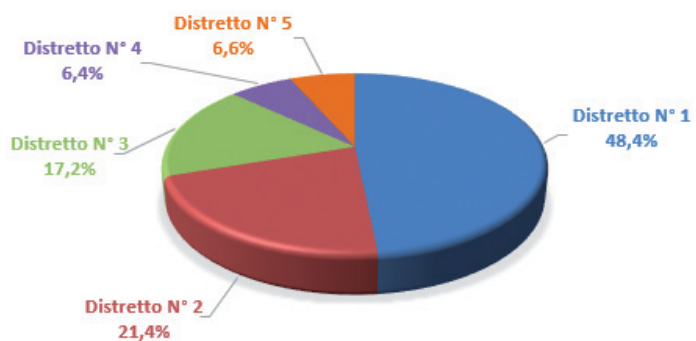


Figura 1.7 - I Distretti sanitari della ASL di Rieti.



Figura 1.8 - Popolazione residente nella ASL Rieti al 01/01/2013 per Distretto di residenza.



Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

2 - Il Profilo Demografico

2.1 - La Popolazione

Nel territorio della Asl di Rieti risiedono 156.521 abitanti, di cui 47.153 nella città capoluogo (fonte ISTAT, dati al 01.01.2013), con una densità abitativa media di 56,9 ab/km². Le figure e le tabelle che seguono descrivono le principali caratteristiche demografiche della Provincia di Rieti, a partire dalla piramide delle età che già da sola è indicativa della composizione dei residenti.

Figura 1.9 - Popolazione residente nella Provincia di Rieti al 01.01.2013 per sesso, età e stato civile.



Fonte: Comuni.it – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Tabella 1.2 - Popolazione residente nella Provincia di Rieti, nella Regione Lazio e in Italia, per età, al 01.01.2013 (valori percentuali).

Classi età	Provincia di Rieti	Regione Lazio	Italia
0 – 14	12,1	13,9	14,0
15 – 19	4,6	4,6	4,7
20 – 64	59,8	60,8	60,1
65 – 74	11,1	10,5	10,6
75e+	12,5	10,2	10,6
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

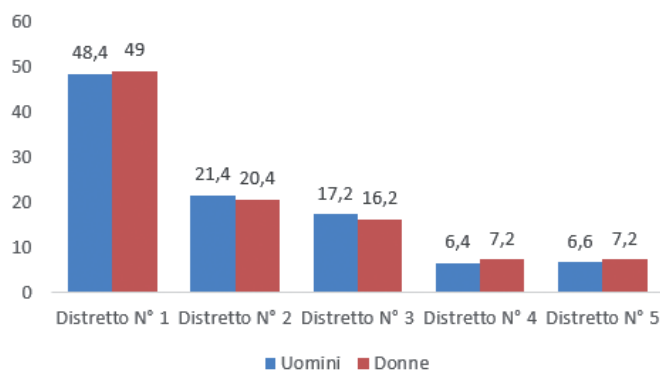
La popolazione della ASL di Rieti è distribuita in modo disomogeneo sui 5 Distretti: l'87% circa dei reatini risiede nei Distretti n.1 – Montepiano Reatino, n.2 – Mirtense e n.3 – Salario, il restante risiede nei Distretti n.4 – Salto Cicolano e n.5 – Alto Velino, in considerazione della maggiore asperità del territorio. Negli ultimi dieci anni all'interno dell'Azienda è aumentato il peso "demografico" dei Distretti n.2 e n.3, per i quali si osserva un incremento di popolazione complessivo del 2% circa, "a scapito" degli altri tre Distretti. La popolazione della Provincia risulta inoltre più vecchia di quella della Regione e di quella italiana. Infatti, il 23,6% circa dei reatini ha 65 anni o più, contro il 20,7% della Regione ed il 21,2 dell'Italia. In ambito aziendale l'invecchiamento demografico risulta particolarmente avanzato nei Distretti Salto Cicolano ed Alto Velino dove gli ultrasessantacinquenni raggiungono circa il 27-28% della popolazione residente.

Tabella 1.3 - Popolazione residente nella Provincia di Rieti, per sesso ed età, al 01.01.2013.

Classi età	Provincia di Rieti		
	Maschi	Femmine	Totale
0 – 14	9.750	9.225	18.975
15 – 19	3.730	3.392	7.122
20 – 64	46.823	46.740	93.567
65 – 74	8.385	8.980	17.365
75e+	7.885	11.605	19.490
Totale	76.579	79.942	156.521

Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Figura 1.10 - Popolazione residente nei Distretti della ASL di Rieti, al 01.01.2003 e al 01.01.2013 (valori percentuali).



Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Popolazione residente 156.521

51,1% femmine - 48,9% maschi

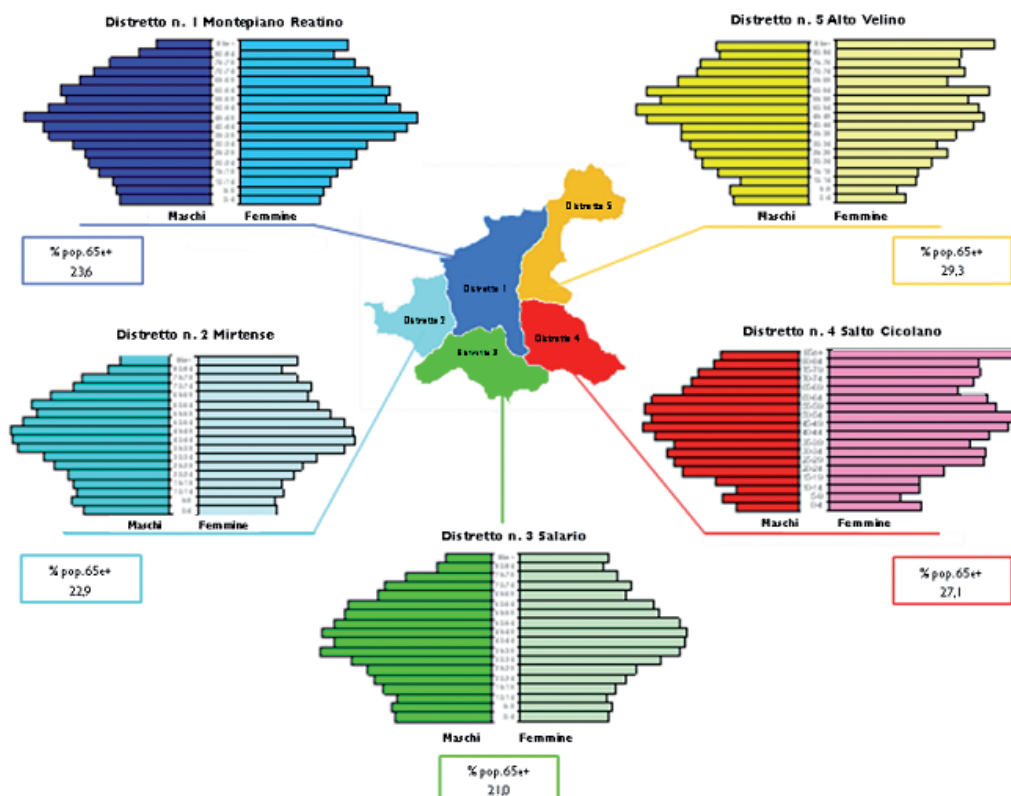
La piramide delle età della popolazione reatina, che rappresenta la struttura per sesso ed età, realizzata sia per la Provincia che per i cinque Distretti, evidenzia una maggioranza di donne in età anziana in tutta la Provincia come diretta conseguenza dell'invecchiamento della popolazione. Questo processo è ancor più evidente nei Distretti più vecchi, il Salto Cicolano e l'Alto Velino. Dalle piramidi per età di cui alla figura 1.11, si evidenzia in modo netto come la drastica riduzione delle nascite nel Reatino negli ultimi venti anni non compensa più i decessi, causando la contrazione della base delle piramidi, con conseguente distorsione del grafico che, in caso di popolazioni non invecchiate, presenta una forma che approssima bene una piramide.

Tabella 1.4 - Popolazione residente nei Distretti della ASL di Rieti, per età, al 01.01.2013 (valori percentuali).

Classi età	Distr. 1	Distr. 2	Distr. 3	Distr. 4	Distr. 5
0 – 14	12,0	12,9	13,0	10,0	10,3
15 – 19	4,7	4,5	4,8	3,8	4,1
20 – 64	59,7	59,8	61,2	59,1	57,2
65 – 74	11,4	10,9	10,3	11,0	11,6
75e+	12,2	12,0	10,7	16,2	16,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Figura 1.11 - Popolazione residente nei Distretti della ASL di Rieti, per sesso ed età, al 01.01.2013.



Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Tabella 1.5 - Indici di struttura nella popolazione residente in Italia, nella Regione Lazio, nella Provincia di Rieti e nei Distretti ASL, al 01.01.2003 e al 01.01.2013.

Indice	Italia		Regione Lazio		Provincia Rieti		Distr. 1		Distr. 2		Distr. 3		Distr. 4		Distr. 5	
	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013
Età media	42,2	44,0	42,1	43,9	44,2	45,8	43,7	45,8	44,4	45,3	43,0	44,4	46,9	48,3	47,3	48,9
Indice di vecchiaia	133,8	151,4	132,8	149,3	175,6	194,2	164,7	196,9	176,7	178,0	150,4	161,1	256,9	272,1	244,6	274,0

Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Gli indici di struttura della popolazione, calcolati per la Provincia di Rieti, per la Regione Lazio e per l'Italia, confermano gli elevati livelli di invecchiamento della Provincia già evidenziati, mentre quelli calcolati per i Distretti ribadiscono la presenza in Azienda di due Distretti più vecchi, il Salto Cicolano e l'Alto Velino, di due Distretti più giovani e dinamici, il Mirtense ed il Salario, e di un Distretto, il Montepiano Reatino, che media gli altri quattro, ben rappresentando quindi la situazione aziendale. Il trend temporale degli indici negli ultimi dieci anni mostra da un lato il progressivo invecchiamento della popolazione della Provincia, dall'altro la maggiore intensità che tale processo ha avuto nei Distretti n.4 e n.5.

Dal punto di vista demografico potremmo definire quella di Rieti una provincia con i «capelli grigi».

Il progressivo invecchiamento della popolazione residente nel territorio della Asl di Rieti è dovuto sicuramente alla dinamica demografica che si è sviluppata nel corso degli anni. Il tasso di natalità, pari ad 8,0 nati ogni 1.000 abitanti (a fronte del dato nazionale del 9,0 per mille e di quello regionale del 9,6 per mille) è basso ed è confermato dal tasso di fecondità totale. Nello stesso tempo si registra un elevato tasso di mortalità (12,3 per mille abitanti), più alto del dato regionale e di quello nazionale. Ne consegue un saldo naturale negativo che viene più che compensato da un consistente saldo migratorio che assicura un lieve, ma costante, incremento della popolazione della Provincia. La speranza di vita alla nascita sia nei maschi che nelle femmine è in linea con il dato regionale.

Tasso di natalità: 8,0 x 1000

Tasso di mortalità: 12,3 x 1000

Saldo naturale: - 667 abitanti

Tabella 1.6 - Nuclei familiari, componenti medi per famiglia, saldo naturale e migratorio nella Provincia di Rieti – anno 2012.

Nuclei familiari	Numero medio di componenti per famiglia	Saldo naturale		Saldo migratorio	
		Nati	Morti	Immigrati	Emigrati
70.612 (di cui n.92 convivenze)	2,2	1.247	1.914	8.059	5.780
		Saldo naturale 2012: - 667		Saldo migratorio 2012: + 2.279	

Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Tabella 1.7 - Tasso di natalità e mortalità, speranza di vita alla nascita e tasso di fecondità totale nella Provincia di Rieti, nella Regione Lazio e in Italia - anno 2012.

Indice	Provincia di Rieti	Regione Lazio	Italia
Tasso di natalità (x 1.000 ab.)	8,0	9,6	9,0
Tasso di mortalità (x 1.000 ab.)	12,3	10,1	10,3
Speranza di vita alla nascita	M: 79,4 F: 83,9	M: 79,1 F: 83,8	M: 79,6 F: 84,4
Tasso di fecondità totale	1,32	1,46	1,42

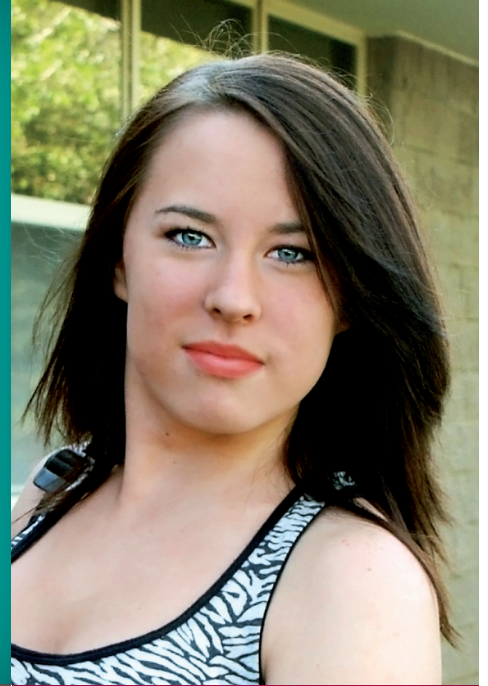
Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.



Cittadini stranieri
residenti:

11.758

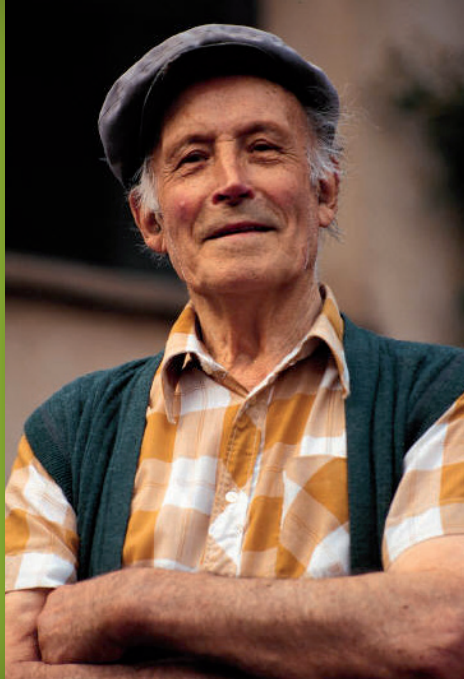
(7,3% della
popolazione
provinciale)



Età Media

45.3

anni



Indice di
vecchiaia:

194.2



52%

femmine



2.2 - La Popolazione Straniera

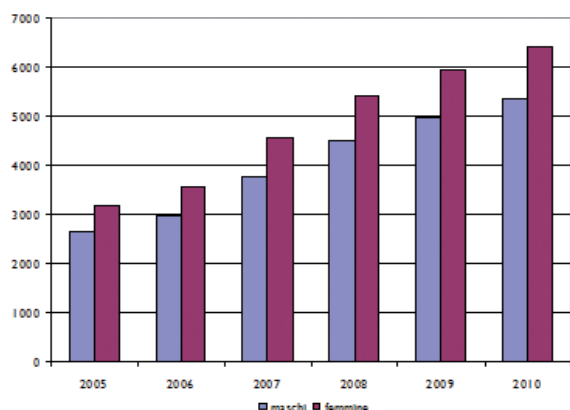


“L’immigrazione da paesi stranieri è un fenomeno in continua crescita”

I cittadini stranieri residenti nella provincia di Rieti, pari a 5,824 al 01.01.2005, risultano raddoppiati al 01.01.2011 (11.758) rappresentando il 7,3% della popolazione provinciale. Bisogna comunque tenere presente che i dati sopra riportati (fonte ISTAT) sono probabilmente sottostimati in quanto non includono gli «irregolari».

Il fenomeno migratorio non coinvolge il territorio della Asl di Rieti in maniera uniforme in quanto la presenza di stranieri è maggiore nei Distretti Mirtense e Salario ove rappresentano il 10-12% dei residenti (contro il 5-6% degli altri Distretti). La presenza di popolazione straniera in un territorio tanto invecchiato è una grande opportunità per il territorio, soprattutto in virtù della giovane età degli immigrati e del conseguente effetto positivo sul tasso di natalità. Va inoltre sottolineato come il numero di donne immigrate sia maggiore di quello degli uomini in tutti i Distretti (55% circa femmine), tale fenomeno deriva dal fatto che le donne lavorano prevalentemente come badanti o collaboratrici domestiche.

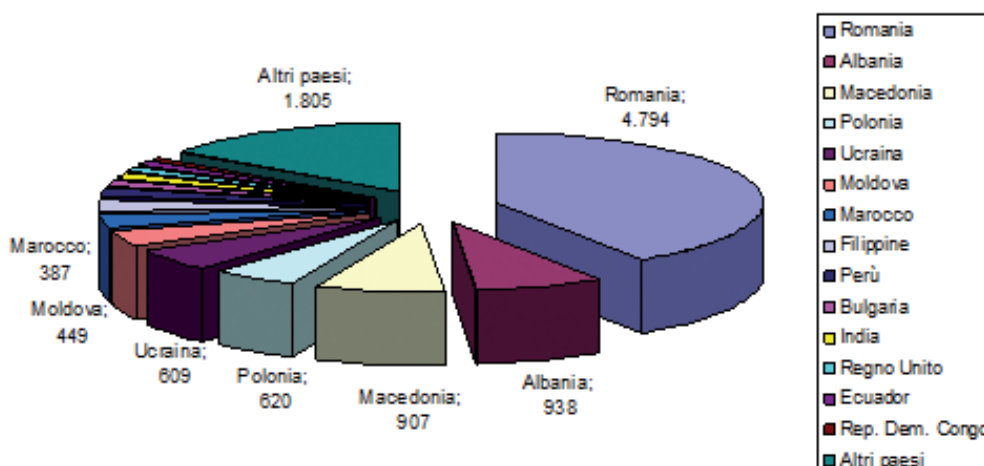
Figura 1.12 – Popolazione straniera residente nella Provincia di Rieti, per sesso al 1 gennaio 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010.



Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Gli immigrati che risiedono in Provincia provengono in prevalenza dalla Romania (41%), in seguito all’ingresso di quest’ultimo paese nell’Unione Europea nel 2007, dall’Albania (8%), dalla Macedonia (7,7%), dalla Polonia (5,3%) e dall’Ucraina (5,2%). La presenza di numerosi immigrati in Provincia comporta problemi di integrazione socio-culturale, di sicurezza, ma anche di garanzia nell’accesso alle prestazioni sanitarie. Nello stesso tempo non può essere trascurata la possibilità di una ricomparsa sul territorio patologie ormai quasi scomparse in Italia che invece sono ancora fortemente presenti in alcuni dei paesi d’origine dei cittadini migrati.

Figura 1.13 - Popolazione straniera residente nella Provincia di Rieti al 01/01/2011 per nazione di provenienza.



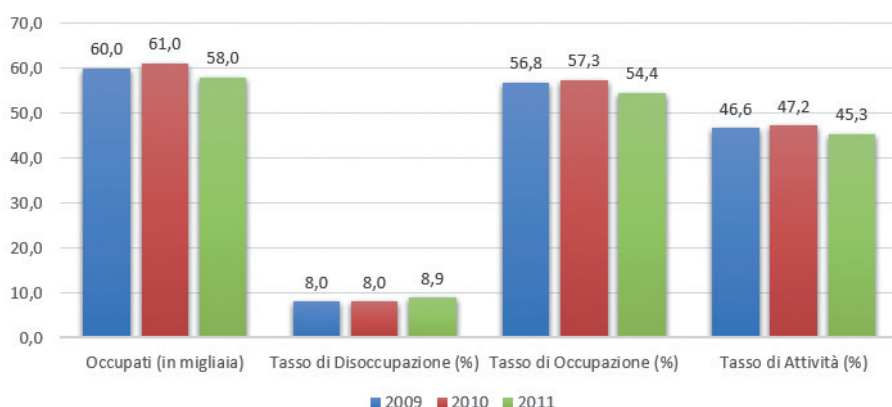
Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

3 - Il profilo Socio-Economico

3.1 - La Situazione occupazionale

I dati relativi alla situazione occupazionale nella Provincia di Rieti non risultano essere positivi. Da un'analisi sul numero di occupati fra il 2010 e il 2011 emerge che gli stessi sono passati da 60.635 unità a 57.952, registrando pesanti flessioni nei valori di importanti indicatori quali il tasso di occupazione e di attività. Il tasso di occupazione, calcolato come rapporto fra occupati e popolazione fra 15 e 64 anni, si attesta nel 2011 al 54,4% registrando, rispetto al 2010, una diminuzione di circa 3 punti percentuali; risulta inoltre inferiore rispetto sia al valore regionale (58,8%), sia a quello nazionale (56,9%). Gli occupati, di cui circa 41 mila dipendenti (71,5%) e circa 17 mila autonomi (28,5%), lavorano principalmente nei servizi (72,1%) e nell'industria (23,4%), mentre solo il 4,5% è impiegato nell'agricoltura.

Figura 1.14 - Indicatori occupazionali relativi alla popolazione residente nella Provincia di Rieti negli anni 2009, 2010 e 2011.



Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Tabella 1.8 - Indicatori occupazionali relativi alla popolazione residente nella Provincia di Rieti nel 2011.

Ambito Territoriale	Tasso di occupazione (%)			Tasso di attività (%)			Tasso di disoccupazione (%)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Rieti	62,9	45,8	54,4	54,5	36,6	45,3	8,6	9,4	8,9
Regione Lazio	69,0	49,0	58,8	75,2	54,4	64,6	8,1	9,8	8,9
Italia	67,5	46,5	56,9	73,1	51,5	62,2	7,6	9,6	8,4

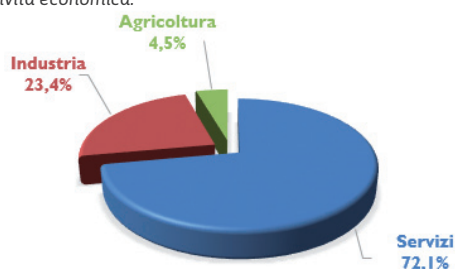
Fonte: ISTAT

L'occupazione in Provincia di Rieti, oltre che dalle problematiche congiunturali, è condizionata dalla composizione demografica. Sia l'indice di struttura della popolazione attiva (rapporta, all'interno della popolazione 15-64 anni, i meno giovani, cioè gli attivi di età 40-64 anni, ai più giovani, cioè gli attivi di età 15-39), sia l'indice di ricambio della popolazione attiva (misura quanti posti di lavoro si liberano a vantaggio dei giovani) sono elevati, pari rispettivamente a 122% e 141% al 01/01/2011, ed evidenziano la sempre maggiore difficoltà dei più giovani a trovare lavoro.

Nel 2011
 Tasso di disoccupazione **8,9%**
 Tasso di disoccupazione femminile **9,4%**
 Cittadini in cerca di occupazione **7.000**
 Numero di occupati: **57.952**
 (55,4% della popolazione attiva)

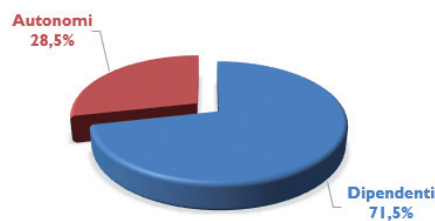
gli attivi di età 40-64 anni, ai più giovani, cioè gli attivi di età 15-39), sia l'indice di ricambio della popolazione attiva (misura quanti posti di lavoro si liberano a vantaggio dei giovani) sono elevati, pari rispettivamente a 122% e 141% al 01/01/2011, ed evidenziano la sempre maggiore difficoltà dei più giovani a trovare lavoro.

Figura 1.15 - Occupati nella Provincia di Rieti nel 2011 per settore di attività economica.



Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Figura 1.16 - Occupati nella Provincia di Rieti nel 2011, per posizione lavorativa.



Fonte: ISTAT – Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

3.2 - La Distribuzione dei Redditi



La situazione del reddito medio per contribuente nel territorio della Asl di Rieti varia molto da zona a zona, con una forchetta compresa, nel 2007, fra i 17.013 euro annui del comune di Rieti e i 9.061 euro del comune di Pozzaglia Sabina. Il reddito medio della provincia di Rieti, pari a 13.986 euro, risulta di circa 3.000 euro inferiore al dato regionale e di circa 2.000 euro inferiore al dato medio nazionale, mostrando una situazione reddituale non florida.

In ambito regionale la provincia di Rieti si colloca al terzo posto per livelli medi di reddito per contribuente (prima in classifica è la Provincia di Roma con 20.193 euro, ultima è la Provincia di Frosinone con 12.471 euro). Rispetto ai comuni della Regione, il comune di Rieti si posiziona al terzo posto tra i comuni più ricchi, mentre il comune di Pozzaglia Sabina si posiziona al terzultimo posto.

Per quanto concerne il reddito delle famiglie residenti nel territorio della Asl di Rieti, esso varia entro una forchetta che va dai 29.237 euro del comune di Rieti ai 12.505 euro del comune di Pozzaglia Sabina.

I dati sopra riportati sono indicativi di una situazione economica provinciale difficile, come conferma anche il dato relativo al potere di acquisto reale delle famiglie residenti nella provincia di Rieti che, dal 1999, fa registrare una diminuzione del 1,2%.

REDDITO MEDIO PER CONTRIBUENTE

€ 13.986 (2007)

Provincia di Roma € 20.193

Provincia di Frosinone € 12.471

REDDITO MEDIO PER FAMIGLIA

Comune di Rieti € 29.237

Comune di Pozzaglia S. € 12.505

Posizione per reddito procapite a livello nazionale 68°

4 - Il profilo epidemiologico

4.1 - Gli Stili di Vita e la Mortalità

Al fine di valutare i bisogni sanitari e socio assistenziali dei cittadini e procedere alla messa a punto di adeguate strategie di intervento è necessario procedere all'analisi dello stato di salute della popolazione provinciale.

L'analisi degli stili di vita e delle cause di morte può fornire indicazioni importanti per una esaustiva fotografia della situazione epidemiologica del territorio della provincia di Rieti.

4.1.1 - Stili di vita e fattori di rischio

L'adozione di stili di vita corretti rappresenta da anni una delle sfide più importanti della sanità pubblica. E' noto, infatti, che malattie quali il cancro, il diabete, i disturbi respiratori e quelli cardiocircolatori, che oggi rappresentano il principale rischio per la salute umana, in un elevato numero di casi, potrebbero essere prevenute attraverso l'adozione di stili di vita salubri, come evitare il fumo, avere un'alimentazione corretta, limitare il consumo di alcool e svolgere una regolare attività fisica.

Al fine di procedere a un monitoraggio costante sull'adozione dei corretti stili di vita finalizzati alla prevenzione delle malattie, nel 2005 è stato avviato in Italia il Progetto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). L'obiettivo è quello di mettere a disposizione della Regioni e delle Aziende Sanitarie un sistema di sorveglianza sull'evoluzione di stili e comportamenti di vita. I dati, ottenuti tramite intervista telefonica, sono il risultato di un monitoraggio eseguito su un campione rappresentativo della popolazione di età compresa fra i 18 e i 69 anni. Attraverso la rilevazione sistematica e continua è possibile verificare lo stato di attuazione di programmi di intervento che le Aziende Sanitarie stanno realizzando per modificare i comportamenti a rischio. I dati riportati sono relativi agli anni 2007 - 2010.

4.1.2 - Stato di salute percepito

Un primo indicatore riguarda lo stato di salute percepito in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e risulta correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio. La percentuale di residenti nella Provincia di Rieti che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è del 63,1%.

4.1.3 - Adozione di corretti stili di vita

Il fumo rappresenta certamente uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative ed è il principale fattore di rischio evitabile di morte precoce. La percentuale di fumatori nel territorio della ASL di Rieti è del 29% fra gli adulti di età compresa fra i 18 e i 69 anni. Questa percentuale nella Regione Lazio sale al 31%. L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini che nelle donne soprattutto nelle età comprese tra i 18 e i 34 anni e tra quelli che hanno difficoltà economiche. Di coloro che fumavano nei 12 mesi precedenti l'intervista il 45,9% ha tentato di smettere di fumare e di questi solo il 7,8% è riuscito a farlo.

Dati meno confortanti arrivano dal fronte dell'alimentazione. Al pari del fumo, dieta non corretta ed eccesso di peso rappresentano, infatti, cause rilevanti di malattie e morte nei paesi industrializzati. Un'alimentazione troppo ricca di grassi e cibi di origine animale correlata ad un eccesso di peso, definito sulla base del valore Body Mass Index (BMI o Indice di Massa Corporea), aumentano la probabilità di sviluppare importanti malattie quali: patologie cardiovascolari, ipertensione e diabete. Di contro è riconosciuta l'efficacia protettiva di frutta e verdura. Sulla base dei dati del Progetto PASSI i reatini con eccesso

Percentuale di popolazione che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute

63,1%

Percentuale di persone che dichiarano di consumare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

12,9%

Percentuale riferita di fumatori nella ASL di Rieti

29%

ponderale (in sovrappeso ed obesi) sono risultati pari al 44,3%. Le persone che dichiarano di consumare frutta e verdura almeno cinque volte al giorno sono soltanto il 12,9%.

Popolazione della ASL di Rieti che si dichiara sedentaria

30,4%

Intervistati che dichiarano che un operatore sanitario ha consigliato lo svolgimento regolare di attività fisica

32,6%

Percentuale riferita di consumatori di bevande alcoliche

52,7%

Anche in merito al consumo di alcool i dati rilevati richiedono una attenta riflessione, infatti, la percentuale di persone tra i 18 ed i 69 anni che consuma bevande alcoliche nella Provincia di Rieti risulta pari al 52,7%. Si tratta di un problema da non sottovalutare in virtù delle ricadute rilevanti in termini di mortalità, morbosità e ripercussioni sulle famiglie legate al consumo eccessivo di alcool.

Notizie migliori per quanto concerne l'attività fisica che gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita, riducendo del 10% la mortalità per tutte le cause ed il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, tumore del colon, depressione, osteoporosi e traumi da caduta. La percentuale di persone sedentarie nella ASL di Rieti è del 30,4%. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età nelle persone con basso livello di istruzione e nel caso di maggiori difficoltà economiche. Nella Regione Lazio questa percentuale sale al 35%.

4.1.4 - Fattori di rischio cardiovascolare

Soggetti con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa

21,2%

L'**ipertensione arteriosa** rappresenta un importante fattore di rischio cardiovascolare, molto diffuso nella popolazione. Nella ASL di Rieti le persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa sono risultate il 21,2%. L'ipertensione riferita risulta più diffusa al crescere dell'età, nelle persone con livello di istruzione molto basso, in quelle con difficoltà economiche ed in quelle

con eccesso ponderale.

Anche l'ipercolesterolemia costituisce uno dei principali elementi di rischio cardiovascolare, che aumenta in presenza di altri fattori come ipertensione, fumo e diabete. Nella ASL di Rieti le persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia sono risultate pari al 28,6% (contro il 25% riscontrato nelle altre ASL regionali).

Soggetti con diagnosi riferita di ipercolesterolemia
28,6%

4.1.5 - Screening

Gli **screening** giocano un ruolo fondamentale nella prevenzione delle malattie. Lo studio PASSI prende in considerazione i più importanti programmi di screening a livello nazionale che sono quelli per neoplasie del collo dell'utero, della mammella e del colon.

Nei paesi industrializzati la **neoplasia del collo dell'utero** rappresenta la seconda forma tumorale nelle donne sotto ai 50 anni. Per la diagnosi precoce si raccomanda alle donne di età compresa fra i 25 e i 64

Colon - retto:
17,8% degli intervistati ricerca sangue occulto
24,8% colonscopia

Mammella:
59,7% delle intervistate mammografia preventiva
85% delle donne raggiunte dalle campagne di prevenzione

Collo dell'utero:
72,7% delle intervistate pap-test preventivo

anni l'esecuzione di un Pap test ogni tre anni. Nella ASL di Rieti in questa fascia di età il 72,7% delle donne intervistate riferisce di aver effettuato un pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni (questa percentuale aumenta nella fascia di età 35 - 49 anni e nelle donne con alto livello di istruzione).

Parimenti importante per la popolazione femminile è lo screening per il **tumore della mammella**, che resta al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile sia per incidenza, sia per mortalità. Lo screening mammografico è consigliato con cadenza biennale nelle donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni. Nella ASL di Rieti in questa fascia di età il 59,7% delle donne intervistate riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni. Questa percentuale sale all'85% tra le donne raggiunte dalle campagne informative sullo screening mammario. Ugualmente importante è la prevenzione del **tumore del colon-retto**, che, nella Provincia di Rieti, rappresenta la seconda causa di morte per

neoplasia nei maschi e la terza nelle femmine. I test per lo screening del colon retto nelle persone fra i 50 e i 69 anni sono la ricerca di sangue occulto nelle feci da eseguirsi ogni due anni o la colonscopia ogni cinque anni. Nella ASL di Rieti, il 17,8% degli intervistati ha riferito di aver eseguito la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni ed il 24,8% una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni. Va segnalato, però, che dal Progetto PASSI emerge che il 58,4% delle persone della fascia di età interessata non è ancora risultata coperta per la diagnosi precoce di questo tumore non avendo mai effettuato alcuno degli esami per la diagnosi precoce.

allacciare le cinture di sicurezza
78% (anteriori)
12,3% (posteriori)

utilizzare il casco nella guida della moto
90%

non utilizzare sempre il dispositivo di sicurezza per i bambini 9,7%

4.1.6 - Infortuni e sicurezza

La **prevenzione degli infortuni**, domestici e non, rappresenta un altro importante tassello nel mosaico che illustra lo stato di salute di una popolazione.

Gli **incidenti stradali** rappresentano la principale causa di morte e di disabilità sotto i quaranta anni. Gli eventi più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulla strada è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza. Controlli sistematici di velocità ed alcolemia da parte delle forze dell'ordine e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali (casco, cinture, seggiolini) sono misure efficaci nella prevenzione degli incidenti stradali e delle loro conseguenze. Nella ASL di Rieti gli intervistati hanno dichiarato un comportamento responsabile alla guida di auto e moto (il 90% utilizza il casco, il 78% usa le cinture di sicurezza sui sedili anteriori). La cintura posteriore viene usata invece ancora poco frequentemente (12,3% degli intervistati, in linea con il

dato regionale, pari al 11,7%). Il 9,7% ha riferito infine, di non utilizzare sempre il dispositivo di sicurezza per i bambini. Al pari della sicurezza stradale, il progetto Passi analizza anche la **sicurezza domestica**. Nonostante gli infortuni domestici rappresentino un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, la percezione del rischio in ambito domestico non è ancora adeguata. Infatti l'88,5% degli intervistati della ASL di Rieti ha dichiarato di avere una bassa probabilità di incorrere in un infortunio fra le mura domestiche. I dati del Progetto PASSI fotografano un territorio in cui permangono numerosi margini di miglioramento per quanto riguarda l'adozione di corretti stili di vita. E' fondamentale, quindi, prevedere un percorso strategico che valorizzi al massimo gli interventi di prevenzione al fine di ridurre i comportamenti a rischio e promuovere l'adozione di stili di vita corretti.

4.1.7 - Analisi della mortalità per causa

L'analisi delle cause di morte costituisce un momento fondamentale nell'osservazione dello stato di salute della popolazione e rappresenta uno dei più solidi indicatori epidemiologici. Lo studio della mortalità, infatti, rappresenta un elemento di grande importanza per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione e fornisce indicazioni utili sull'aspettativa di vita.

L'esame delle cause di morte nel territorio della provincia di Rieti è fondamentale per la programmazione sia in termini di attivazione di strutture di cura, sia per l'attuazione di adeguati interventi di prevenzione. Nel triennio 2010 – 2012 (fonte DEP Lazio) nella Provincia di Rieti si sono verificati 5.429 decessi, di cui 2.757 (50,8%) femmine e 2.672 (49,2%) maschi.

Il maggior contributo alla mortalità è dato sia nei maschi che nelle femmine da due gruppi di cause: le malattie del sistema circolatorio ed i tumori maligni. Le prime causano il 34,9% dei decessi negli uomini ed il 42,8% nelle donne. I tumori maligni invece determinano il 32% di decessi negli uomini ed il 20,1% nelle donne. Seguono, nei maschi, le malattie respiratorie, i traumatismi ed avvelenamenti, le malattie dell'apparato digerente e le malattie delle ghiandole endocrine e disturbi immunitari, con percentuali sostanzialmente più basse (intorno al 4-5%) rispetto alle prime due cause di morte. Stessa situazione si osserva nelle femmine, per le quali però rilevano anche le malattie del sistema nervoso. La mortalità proporzionale della provincia di Rieti è in linea con quella regionale.

Triennio 2010 - 2012
Tassi grezzi di mortalità
(per 100.000 residenti)

1.148,4 (Maschi)
1.136,1 (Femmine)

Tassi di mortalità per tumore maligno
(per 100.000 residenti)

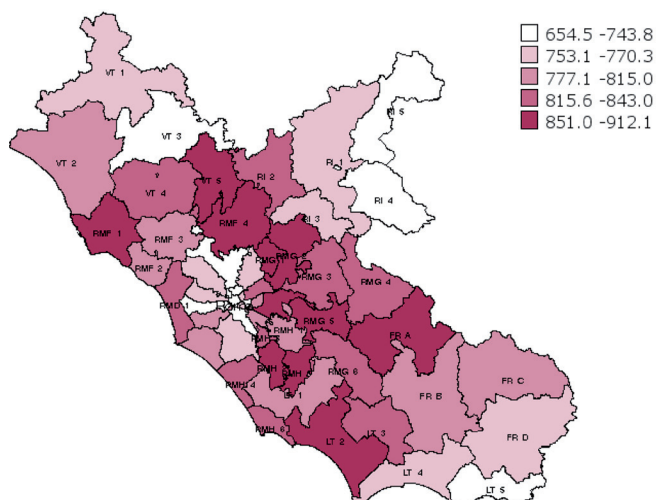
367,5 (Maschi)
229,1 (Femmine)

Tassi di mortalità per malattie del sistema circolatorio
(per 100.000 residenti)

400,6 (Maschi)
487,1 (Femmine)

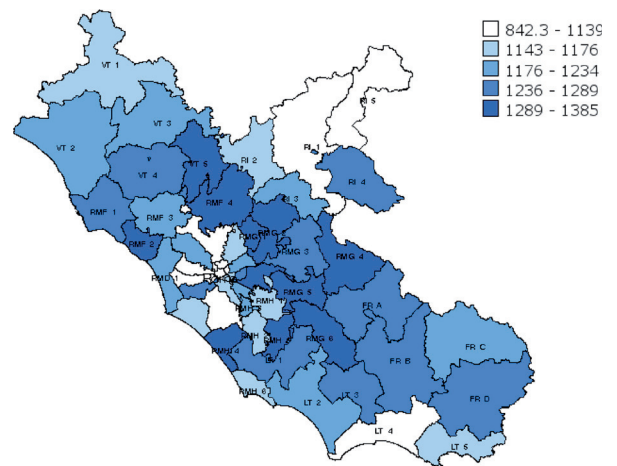
Passando all'esame dei tassi di mortalità si evidenzia che, a fronte di una mortalità grezza sovrapponibile tra maschi e femmine (tasso grezzo pari a 1.148,4 per 100.000 e 1.136,1 per 100.000 rispettivamente), la mortalità standardizzata per età presenta invece un tasso molto più elevato tra i maschi: 1.144,1 per 100.000, contro 760,4 per 100.000 nelle femmine. Questa differenza si ritrova anche nei tassi specifici per causa di morte, in particolare per i tumori maligni, che sono più frequenti nei maschi (tasso standardizzato maschi 360,1 per 100.000, femmine 180,4 per 100.000) e per le malattie del sistema cardiocircolatorio, che sono più frequenti tra le femmine (tasso standardizzato pari a 400,7 per 100.000 nei maschi e 309,4 per 100.000 nelle femmine). La forte differenza di mortalità per tumore maligno tra i sessi è spiegabile, in modo particolare, con la differenza del tasso di mortalità per tumore di trachea-bronchi-polmoni (tasso standardizzato pari a 81,6 per 100.000 nei maschi e 21,8 per 100.000 nelle femmine) e per quello per tumore della vescica (tasso standardizzato pari a 25,1 per 100.000 nei maschi e 2,9 per 100.000 nelle femmine).

Figura 1.17 - Carta colorimetrica dei tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 residenti) nella popolazione dei Distretti ASL della Regione Lazio, per quintili (triennio 2010 - 2012; tutte le cause di morte) - FEMMINE.



Fonte: DEP Lazio

Figura 1.18 - Carta colorimetrica dei tassi di mortalità standardizzati (per 100.000 residenti) nella popolazione dei Distretti ASL della Regione Lazio, per quintili (triennio 2010 - 2012; tutte le cause di morte) - MASCHI.



Fonte: DEP Lazio

La situazione che si rileva nella Provincia di Rieti mostra un profilo di mortalità che sembra essere migliore di quanto si osserva a livello regionale, come mostrano le due carte colorimetriche (fig.1.17 e fig.1.18) e la tabella 1.8. In particolare, è sovrapponibile la mortalità per malattie del sistema circolatorio in entrambi i generi fatta eccezione per la mortalità per ictus e per altre malattie del cuore. Inoltre, si osserva nel reatino una mortalità inferiore per tutti i tumori nelle femmine e per le malattie respiratorie.

La tabella, inoltre, mette in evidenza come, pur rilevando per tutti i Distretti profili di mortalità abbastanza simili a quelli provinciali, si riscontrino comunque alcune peculiarità:

- **Distretto n. 2** - Mirtense, ove si segnala tra i maschi la maggiore mortalità per traumatismi, in particolare dovuti ad incidenti stradali;
- **Distretto n. 3** - Salario, ove si rileva tra i maschi la maggiore mortalità per tumori maligni del fegato e delle vie biliari e per malattie dell'apparato digerente;
- **Distretto n. 4** - Salto Cicolano, ove si evidenzia tra i maschi una mortalità più elevata per il tumore dello stomaco e tra le femmine per malattie ischemiche del cuore;
- **Distretto n. 5** - Alto Velino, ove si nota tra i maschi una maggiore mortalità per incidenti stradali.

Tabella 1.9 - Mortalità per causa di morte e per sesso nella Provincia di Rieti e nei Distretti ASL: confronto con i dati di riferimento regionali Triennio 2010 – 2012.

	Tasso std per 100.000		ASL Rieti		DISTRETTO										
					Montepiano Reatino		Mirtense		Salario-Turano		Salto-Cicolano		Alto Velino		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Tutte le cause	1142,3	761,6	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Tumori maligni	360,1	180,4	=	-	=	-	=	=	=	=	=	=	-	=	-
Stomaco	28,7	14,3	=	=	=	=	=	=	=	=	=	+	=	=	=
Intestino, colon e retto	44,9	24,8	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Fegato e vie biliari	24,7	8,0	=	-	-	-	=	=	+	=	=	=	=	=	=
Trachea bronchi e polmoni	81,6	21,8	-	-	-	-	=	=	=	=	=	-	-	-	-
Mammella	-	29,6	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Prostata	38,4	-	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Utero	-	8,0	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Ovaio	-	6,8	=	=	=	=	=	=	=	=	=	-	-	-	-
Tessuti linfatico ed ematopoietico	25,2	16,8	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Malattie ghiandole endocrine e disturbi immunitari	40,5	28,7	-	-	-	=	=	-	=	=	=	=	=	=	=
Diabete mellito	23,6	18,9	-	-	-	-	=	=	=	=	=	=	=	-	=
Malattie del sistema nervoso	33,1	29,4	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Malattie del sistema circolatorio	399,9	309,9	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	-	-
Malattie ischemiche del cuore	133,7	82,9	-	=	=	=	=	=	=	=	=	+	=	=	=
Altre malattie del cuore	126,6	97,2	+	+	=	=	+	=	+	=	+	+	=	=	=
Malattie cerebrovascolari	88,3	88,1	=	+	=	=	+	+	=	=	=	=	=	=	=
Ictus	71,7	70,3	+	+	=	+	+	+	=	+	=	=	=	=	=
Malattie dell' apparato respiratorio	61,6	34,0	-	-	-	=	=	=	-	=	=	=	=	=	-
BPCO	27,9	15,5	-	-	-	-	-	=	-	=	=	=	=	=	-
Malattie dell'apparato digerente	49,6	28,1	=	=	=	=	=	=	+	=	=	=	=	=	=
Cirrosi	6,2	4,4	-	=	-	=	=	=	=	=	=	=	-	=	=
Malattie dell'apparato genitourinario	22,1	16,0	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Insufficienza renale cronica	16,0	9,9	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Traumatismi ed avvelenamenti	56,4	27,0	=	=	=	=	+	=	=	=	=	=	-	=	=
Incidenti stradali	15,7	2,6	=	=	=	=	+	=	=	=	=	=	-	+	-

+ nel territorio analizzato il tasso standardizzato è superiore a quello complessivo regionale
 = nel territorio analizzato il tasso standardizzato è uguale a quello complessivo regionale
 - nel territorio analizzato il tasso standardizzato è minore a quello complessivo regionale

Fonte: DEP Lazio

4.1.8 - Analisi dell'ospedalizzazione per diagnosi

Lo studio dei ricoveri e delle relative diagnosi costituisce un altro fondamentale tassello nell'analisi dello stato di salute di una popolazione.

Tabella 1.10 - Numero di ricoveri ordinari e tassi grezzi di ospedalizzazione grezzi e standardizzati (per 1.000 assistiti) nella popolazione adulta residente nella Provincia di Rieti nel 2012, per diagnosi principale di ricovero e sesso del ricoverato.

Diagnosi di Ricovero	Maschi				Femmine			
	Valori assoluti	Valori %	Tasso grezzo	Tasso STDS	Valori assoluti	Valori %	Tasso grezzo	Tasso STDS
Tumori maligni	839	9,4%	12,7	12,1	577	5,8%	8,2	7,5
Stomaco	27		0,6	0,5	25		0,5	0,4
Intestino, colon retto	95		1,4	1,4	46		0,7	0,6
Trachea, bronchi e polmoni	97		1,5	1,4	42		0,6	0,6
Mammella					92		1,3	1,2
Prostata	70		1,4	1,4				
Utero					35		0,5	0,5
Tessuto linfatico ed ematopoietico	56		0,9	0,8	56		0,8	0,8
Diabete Mellito	67	0,7%	1	1	78	0,8%	1,1	0,9
Malattie del sistema nervoso	270	3,0%	4,1	4	286	2,9%	4,1	3,8
Malattie del sistema circolatorio	2.452	27,4%	37,2	35,6	1.753	17,7%	24,8	19,5
Infarto	190		3,9	3,7	108		2,0	1,7
Fibrillazione atriale	139		2,8	2,8	97		1,8	1,5
Scompenso cardiaco	457		9,3	9	406		7,5	5,5
Ictus	171		3,5	3,3	169		3,1	2,4
Malattie dell'apparato respiratorio	878	9,8%	13,3	13,0	708	7,2%	10,0	8,1
BPCO	71		1,4	1,4	65		1,2	1,0
Malattie dell'apparato digerente	970	10,8%	14,7	14,3	808	8,2%	11,4	10,5
Cirrosi	94		1,9	1,9	23		0,4	0,4
Malattie dell'apparato genitourinario	552	6,2%	8,4	8,1	753	7,6%	10,7	10,2
Insufficienza cronica	188		2,9	2,7	146		2,1	1,5
Traumatismi ed avvelenamento	713	8,0%	10,8	10,8	639	6,5%	9,0	7,5
Frattura del collo del femore	61		3,8	3,9	199		9,8	8,1
Altre cause di ricovero	2.209	24,7%			4.275	43,3%		
TOTALE	8.950	100%	135,6	131,6	9.877	100%	139,7	129,4

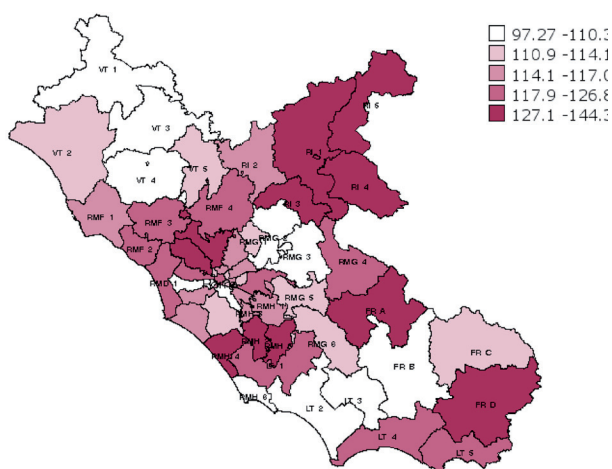
Fonte: DEP Lazio.

Nel 2012 (dati fonte DEP Lazio) si sono registrati 18.827 ricoveri ordinari di residenti nella Provincia di Rieti, di cui 8.950 (47,5%) relativi a maschi e 9.877 (52,5%) relativi a femmine.

Il tasso grezzo di ospedalizzazione per ricovero ordinario è pari a 135,6 per 1.000 per i maschi e 139,7 per 1.000 per le femmine. Il tasso standardizzato è pari a 131,6 per 1.000 per i maschi e 129,4 per 1.000 per le femmine.

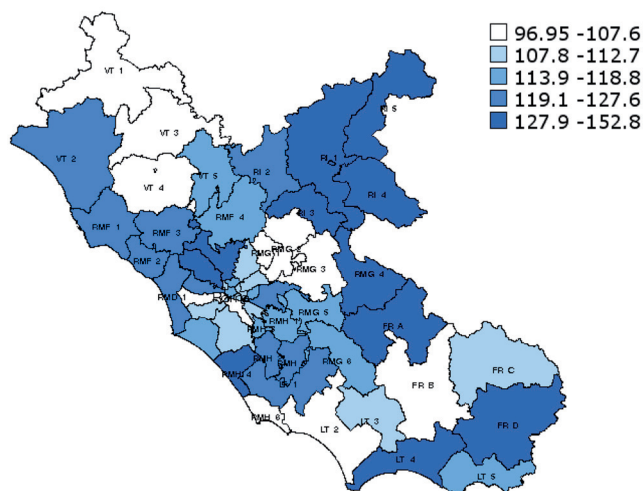
Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per ricovero in Day Hospital è pari a 45,9 per 1.000 per i maschi e 50,2 per 1.000 per le femmine.

Figura 1.19 - Carta colorimetrica dei tassi di ospedalizzazione standardizzati (per 1.000 assistiti) nella popolazione dei Distretti ASL della Regione Lazio, per quintili (ricoveri ordinari 15 anni e più) - Anno 2012 – FEMMINE.



Fonte: DEP Lazio

Figura 1.20 - Carta colorimetrica dei tassi di ospedalizzazione (per 1.000 assistiti) nella popolazione dei Distretti ASL della Regione Lazio, per quintili (ricoveri ordinari, 15 anni e più) - Anno 2012 – MASCHI.



Fonte: DEP Lazio

In linea generale, si osserva, sia dalle carte colorimetriche (Fig. 1.19 e 1.20) sia dalla tabella n°1.10, che i tassi di ricovero in regime ordinario dei residenti nella Provincia di Rieti, sono significativamente più elevati rispetto al dato regionale.

Passando all'esame dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi di ricovero, si osservano valori più elevati della media regionale nel caso di malattie del sistema circolatorio (in particolare per scompenso cardiaco, malattie cerebrovascolari ed ictus), malattie dell'apparato respiratorio (in particolare BPCO), malattie dell'apparato digerente, malattie dell'apparato genitourinarie (in particolare insufficienza renale cronica), diabete mellito di tipo2 e traumatismi ed avvelenamenti per i maschi.

L'analisi dell'ospedalizzazione per i singoli distretti non si discosta in maniera rilevante dal profilo evidenziato per l'intera Asl, anche se si riscontrano le seguenti peculiarità che si evidenziano a seguire:

- nel Distretto n. 1 – Montepiano Reatino si osserva nelle femmine la maggiore ospedalizzazione per malattie del sistema nervoso ed organi di senso e per tumori dei tessuti linfatico ed ematopoietico;
- nel Distretto n. 2 – Mirtense, per le femmine, si osserva un maggiore allineamento dell'ospedalizzazione al dato regionale rispetto all'intera azienda;
- nel Distretto n. 3 – Salario, per le femmine, si rileva una maggiore ospedalizzazione per tumori maligni dell'utero.

Tabella 1.11 - Ospedalizzazione per diagnosi principale di ricovero e sesso nella Provincia di Rieti e nei Distretti ASL (ricoveri ordinari, 15 anni e più): confrontato con i dati di riferimento regionali - Anno 2012.

	Tasso std per 100.000		ASL Rieti		DISTRETTO									
					Montepiano Reatino		Mirtense		Salario-Turano		Salto-Cicolano		Alto Velino	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Tutte le cause	136,3	130,1	+	+	+	+	+	=	+	+	+	+	+	+
Tumori maligni	12,7	7,6	=	-	=	=	=	=	=	=	=	=	=	-
Stomaco	0,5	0,4	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Intestino, colon e retto	1,4	0,6	=	-	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Trachea, bronchi e polmoni	1,4	0,6	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Mammella	-	1,2	=	-	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Prostata	1,5	-	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Utero	-	0,5	=	=	=	=	=	=	+	=	=	=	=	=
Tessuti linfatico ed ematopoietico	0,9	0,7	=	=	=	+	=	=	=	=	=	=	=	=
Diabete mellito (Tipo2)	1,0	0,9	+	+	=	+	=	=	+	+	=	=	=	+
Malattie del sistema nervoso ed organi di senso	4,0	3,8	=	=	=	+	=	=	=	=	=	=	=	=
Malattie di Alzheimer	0,0	0,1	-	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Morbo di Parkinson	0,3	0,1	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Malattie del sistema circolatorio	37,3	20,2	+	+	+	+	+	=	+	+	+	+	+	+
Infarto	3,9	1,7	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Fibrillazione atriale	2,9	1,6	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Scompenso cardiaco	9,5	5,7	+	+	+	=	+	=	+	+	+	=	+	+
Malattie cerebrovascolari	9,9	7	+	+	+	+	=	=	+	+	+	+	+	+
Ictus	3,5	2,5	+	+	+	=	=	=	=	+	+	+	+	=
Malattie dell'apparato respiratorio	13,7	8,2	+	+	+	+	=	=	=	=	+	+	+	+
BPCO	1,5	1,0	+	+	+	+	=	=	=	=	=	=	=	=
Malattie dell'apparato digerente	14,9	10,7	+	+	+	+	+	=	=	+	=	+	+	=
Cirrosi	1,9	0,4	+	=	+	=	=	=	=	=	+	=	+	=
Malattie dell'apparato genitourinario	8,4	10,2	=	+	=	+	=	=	=	+	=	=	=	=
Insufficienza renale cronica	2,9	1,6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	=	+	+
Traumatismi ed avvelenamenti	11,0	7,7	+	=	+	+	=	=	+	=	=	=	+	=
Frattura del collo del femore (65 anni e più)	4,3	8,5	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Tutte le cause	58,5	46,0	+	+	+	+	=	=	+	+	=	=	=	=
Tumori maligni	0,3	0,4	=	=	=	=	=	=	+	=	=	=	=	=
Diabete mellito (tipo 1)	0,0	0,6	=	+	=	+	=	=	=	=	=	=	=	=
Infezioni acute delle basse vie respiratorie	1,8	1,5	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Asma bronchiale	0,3	0,1	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Gastroenteriti	2,7	1,2	+	=	+	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Traumatismi ed avvelenamenti	9,7	6,1	+	+	+	+	=	+	=	+	=	=	=	=

+ nel territorio analizzato il tasso standardizzato è superiore a quello complessivo regionale

= nel territorio analizzato il tasso standardizzato è uguale a quello complessivo regionale

- nel territorio analizzato il tasso standardizzato è minore a quello complessivo regionale

Fonte: DEP Lazio

Parte II

L'EREDITA'



>Premessa

>L'offerta

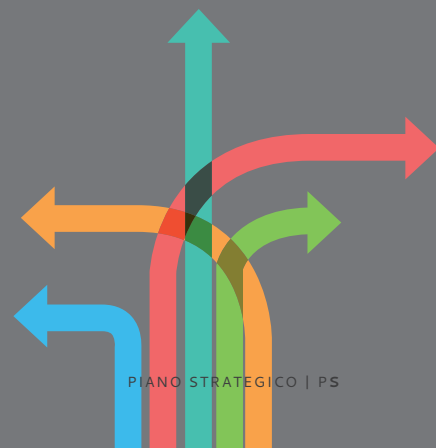
L'Ospedale | La Rete dell'Emergenza| Il Centro Clinico Assistenziale Distrettuale | I Distretti | L'Attività di Specialistica Ambulatoriale| Le Strutture Private Accreditate | Il Dipartimento di Prevenzione | La Salute Mentale | Le Dipendenze | L'Età Evolutiva| La Medicina di Base| La Sanità Penitenziaria | L'Attività di Screening

>Il Patrimonio

Il Capitale Umano | Il Patrimonio Immobiliare | Le Tecnologie

>Il Conti

L'Andamento Storico dei Risultati Economici



1 - Premessa

L'avvio di un percorso strategico nuovo implica una attenta considerazione di quegli elementi di specificità e di contingenza che condizionano i margini di intervento e le potenzialità evolutive dell'Azienda. Ogni opportunità di cambiamento o innovazione, per tradursi in strategia, deve partire dal passato e dalla conoscenza del contesto locale, per formulare gli scenari e gli obiettivi futuri, valorizzando, e non eludendo la situazione di partenza e l'eredità del passato.

La condizione per un cambiamento strategico è inoltre data dal potenziale di apprendimento organizzativo che può realizzarsi, intendendo in questo senso non tanto l'aumento di conoscenza e competenza del personale dell'Azienda, quanto piuttosto la capacità dell'insieme degli attori organizzativi coinvolti, a diversi livelli e ambiti di responsabilità, di adeguarsi a condizioni nuove, sia in termini di comprensione, sia di valutazione e comportamento conseguente.

Ne risulta una esigenza di rappresentare adeguatamente le performance della trascorsa azione aziendale, anche a partire da quei fenomeni culturali, le radici dei modelli cognitivi, valutativi e di comportamento che hanno determinato, e presumibilmente potranno influire, sui futuri «schemi di azione». Non è peraltro facile alimentare un processo organico di apprendimento organizzativo per la radicalità del cambiamento strategico che si prospetta, facilmente contrastabile da una serie di forze inerziali e quindi da governare adeguatamente, attraverso opportuni processi di condivisione, comunicazione e orientamento.

Uno degli aspetti qualificanti del Piano Strategico è quindi la scelta di un approccio che ponga grande attenzione nel fronteggiare i prevedibili fattori inibitori emergenti sia nell'ambiente esterno, che in quello organizzativo interno. Altro aspetto qualificante riguarda il puntare su una serie di «fattori di successo» comportanti una concezione strategica, dinamica e processuale dell'intera operazione di cambiamento che miri innanzitutto alla costruzione di una rappresentazione condivisa del quadro diagnostico d'insieme. Si intende evitare di agire secondo una logica di razionalità formale e identificare, invece, quei «germi» del cambiamento già presenti nell'Azienda aiutandoli a uscire dai circuiti inibitori che ne bloccano un positivo sviluppo. Si tratta di costruire un terreno progettuale nuovo, recettivo e stimolante verso le potenzialità (opportunità, minacce, punti di forza e debolezza) nel cui ambito sia di fatto possibile realizzare un processo di miglioramento ed elaborare conoscenze e strumenti da diffondere nell'intero sistema organizzativo.

Il cambiamento strategico e organizzativo per essere compiuto, presuppone scelte sul piano delle priorità, che dovranno maturare nell'Azienda a partire da alcune premesse, o condizioni ereditate dalla precedente direzione, che sono di seguito presentate su tre distinti livelli di approfondimento:

- l'offerta di servizi,
- il patrimonio,
- i conti.

2 - L'offerta

2.1 - L'Ospedale

Il DCA 80/2010 di riordino dell'offerta ospedaliera nella Regione Lazio prevedeva, per il territorio della ASL di Rieti, il mantenimento di un'unica sede ospedaliera coincidente con l'Ospedale de Lellis di Rieti, con una dotazione di 369 posti letto di ricovero ordinario e 49 posti letto di day hospital, nonché la riconversione in Centri Clinici Assistenziali Distrettuali (CeCAD) degli ospedali di Magliano Sabina ed Amatrice.

La ASL di Rieti non ha ad oggi attivato tutti i posti previsti dal decreto. Le motivazioni sono rintracciabili nei documenti di programmazione della precedente direzione e consistono essenzialmente in una situazione di carenza dotazione organica, aggravata dalla perdurante situazione di blocco delle assunzioni di personale e dai vincoli strutturali dello stabilimento di Rieti, che ne hanno ostacolato di fatto l'ampliamento in assenza di un piano cospicuo di investimenti.

Attualmente, a livello ospedaliero, la ASL di Rieti è configurata come un Presidio Ospedaliero Unico, di cui fanno parte:

- l'Ospedale de Lellis di Rieti, DEA di I livello, con una dotazione di 316 posti letto di ricovero ordinario, 46 posti letto di day hospital, 9 posti letto tecnici per il nido e 10 posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI);
- lo stabilimento di Amatrice, riconvertito in CeCAD dal DCA 80/2010, che ha tuttavia mantenuto, sempre in accordo con le indicazioni regionali, un'unità operativa complessa di medicina e una dotazione di 8 posti letto di ricovero ordinario e 2 posti letto di OBI.

Ne deriva un numero di posti letto per 1.000 abitanti pari a 2,3, sensibilmente inferiore alla media regionale e nazionale.

Nella tabella 2.1 viene descritta la distribuzione dei 324 posti letto di ricovero ordinario e dei 46 di day hospital distinti per disciplina.



Tabella 2.1 - Distribuzione per reparto dei posti letto in comparazione con quelli potenzialmente attribuibili secondo DCA 80/2010.

Specialità	OSPEDALE DI RIETI	Posti letto di Ricovero Ordinario attivi	Posti letto di Day Hospital attivi
	DAY SURGERY		
9800	DS Chirurgia		
9801	DS Chirurgia d'Urgenza		
9802	DS Chirurgia Oncologica		
9814	DS Chirurgia vascolare		10
9834	DS Oculistica		
9837	DS Ostetricia e Ginecologia		
9838	DS Otorinolaringoiatria		
9843	DS Urologia		
9882	DS Terapia del dolore		
6801	BRONCOPNEUMOLOGIA		2
0801	CARDIOLOGIA	20	2
4901	CENTRO RIANIMAZIONE	6	
	TERAPIA SUBINTENSIVA	2	
5101	MEDICINA D'URGENZA	2	
0914	CHIRURGIA VASCOLARE	5	
0901	CHIRURGIA URGENZA	9	
0902	CHIRURGIA ONCOLOGICA	9	
5601	FKT		2
5801	GASTROENTEROLOGIA		2
2101	GERIATRIA	20	1
2401	MALATTIE INFETTIVE	14	1
2601	MEDICINA I	48	2 + 2**
2602	MEDICINA 2	46	4
2604	MEDICINA AMATRICE	8	
2901	NEFROLOGIA	8	2
3201	NEUROLOGIA		1
3101	NIDO	9*	
3401	OCULISTICA	3	
6401	ONCOLOGIA MEDICA	6	10
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30	2
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	21	
3801	OTORINOLARINGOIATRIA	8	
6201	PATOLOGIA NEONATALE	4	
3901	PEDIATRIA	12	1
4001	SPDC	12	2
5001	UNITA' CORONARICA	4	
	SUBINTENSIVA CORONARICA	2	
4301	UROLOGIA	16	
	Totale	324	46

Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

*Posti letto tecnici non conteggiati nel computo totale

** Posti letto non utilizzati per ristrutturazione

2.1.1 - La Produzione Ospedaliera

La grande variabilità nell'erogazione dei livelli di assistenza offerta dal Servizio Sanitario Nazionale è un aspetto peculiare del nostro sistema sanitario. È quindi importante disporre di adeguati strumenti di analisi per poter costantemente monitorare la variabilità dell'assistenza sanitaria. Tale analisi ha lo scopo di fornire alla Direzione Generale le informazioni utili a definire le necessarie strategie di intervento per il triennio di valenza del presente Piano Strategico. Pertanto, gli indicatori analizzati in riferimento all'attività ospedaliera, di cui alle pagine seguenti, costituiscono la base su cui poggerà la riprogettazione a livello ospedaliero della sanità reatina.

Tali indicatori sono da considerare in relazione al contesto socio-economico ed epidemiologico di cui alla Parte 1 e, in particolare, alla luce dell'invarianza della popolazione residente nella provincia di Rieti nel triennio 2011-2013.

2.1.2 - Il tasso di Ospedalizzazione

Un indicatore significativo della performance ospedaliera è rappresentato dal tasso di ospedalizzazione.

La ASL di Rieti nel corso degli anni ha notevolmente diminuito il tasso di ospedalizzazione della popolazione residente. Se si considerano i soli accessi presso le strutture dell'Azienda, il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti è passato da 110,8 nel 2011 a 98,21 nel 2013. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato, che include il dato dei ricoveri in mobilità passiva, è passato da 201,2 nel 2011 al 193,5 nel 2012.

Entrambi i valori risultano sensibilmente più elevati della media regionale (157/1.000 abitanti – valore 2013 Rapporto Ministeriale SDO) e nazionale (142/1.000 abitanti – valore 2013 Rapporto Ministeriale SDO).

Tabella 2.2 - Tasso di ospedalizzazione dei residenti presso le sole strutture della ASL e corretto per mobilità (per 1.000 abitanti anni 2011-2013).

2011		2012		2013	
T.O. senza mobilità	T.O. con mobilità	T.O. senza mobilità	T.O. con mobilità	T.O. senza mobilità	T.O. con mobilità
110,81	201,2	104,09	193,5	98,21	n.d.

Fonte dati: SIO e ISTAT. Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

2.1.3 - Il tasso di occupazione dei posti letto

ASL Rieti
2011: 87.81%
2012: 85.21%
2013: 83.16 %

Il tasso di occupazione dei posti letto rappresenta un indicatore significativo del volume di attività ospedaliera erogata in rapporto alla capacità operativa disponibile.

Nel triennio 2011-2013 il tasso di occupazione dei posti letto, misurato come il rapporto giornate di degenza effettuate e giornate di degenza stesse, teoricamente disponibili in base al numero dei posti letto, mostra una tendenziale diminuzione sia per effetto della riduzione delle giornate di

degenza che dei ricoveri complessivi a parità di dotazione di posti letto.

Tale diminuzione non è omogenea in tutte le aree specialistiche dipartimentali e tende a concentrarsi nell'area chirurgica. Infatti, a fronte di un utilizzo dei posti letto vicino o superiore alla saturazione nelle unità operative di Medicina, Cardiologia e Geriatria, sussistono aree di ampio sottoutilizzo nel Dipartimento Chirurgico, in particolare per l'Ostetricia e Ginecologia, per l'Oftalmologia, per la Chirurgia Generale e per l'Urologia.

Nel complesso il fabbisogno di posti letto in funzione dell'attuale livello di utilizzo dell'Ospedale, oscilla intorno al valore dell'85%.

Giornate di degenza
2011: 111.607
2012: 103.270
2013: 101.147

Tabella 2.3 - Tasso di occupazione dei posti letto per Dipartimento (anni 2011-2013).

Unità operative complesse e semplici dipartimentali	2011	2012	2013
Dipartimento Chirurgia			
CHIRURGIA DI URGENZA		87 %	75 %
CHIRURGIA VASCOLARE		n.d.	76 %
OCULISTICA		60 %	68 %
ORTOP/TRAUMAT		91 %	86 %
OSTETR/GINECOLOGIA		60 %	56 %
OTORINOLARINGOIATRIA		77 %	77 %
UROLOGIA		70 %	73 %
Dipartimento Medicina			
MEDICINA AMATRICE		136 %	139 %
CARDIOLOGIA		108 %	106 %
GERIATRIA		99 %	105 %
MEDICINA 1		97 %	100 %
MEDICINA 2		94 %	98 %
NEFROLOGIA E DIALISI		82 %	71 %
PEDIATRIA		71 %	71 %
Altro			
S.P.D.C.		113 %	84 %
MALATTIE INFETTIVE		85 %	89 %
ONCOLOGIA MEDICA		78%	75 %
TOTALE OSPEDALE	87,81%	85,21%	83,16%

Fonte dati: SIO. Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

I dati inerenti il 2011 sono stati calcolati sulla base di una diversa distribuzione dei posti letto che l'Azienda aveva prima della riorganizzazione dell'area chirurgica con l'istituzione della chirurgia multidisciplinare. Tale riorganizzazione ha comportato una riduzione dei posti letto delle unità operative di ORL ed Oculistica e l'attribuzione di posti letto autonomi alla Chirurgia Vascolare, precedentemente afferente alla Chirurgia Generale e d'Urgenza.

2.1.4 - I ricoveri

L'attività di ricovero ospedaliero della ASL di Rieti nel corso degli ultimi 3 anni è diminuita progressivamente, sia per l'area medica che per l'area chirurgica. A fronte di un decremento nel ricorso al ricovero ordinario, è aumentato il ricorso al ricovero di tipo diurno (Day Hospital/Day Surgery), segnalando una maggiore attenzione posta dall'Azienda in tema di appropriatezza nell'utilizzo dei diversi regimi assistenziali.

Ricoveri totali
2011: 19.493
2012: 18.643
2013: 18.067

Degenza media
2011: 7.18
2012: 7.07
2013: 7.52

Tabella 2.4 - Ricoveri effettuati nel periodo 2011-2013 suddivisi per tipologia.

Tipologia di ricoveri	2011	2012	2013
Ricoveri ordinari chirurgici	4.147	3.942	3.395
Ricoveri ordinari medici	11.533	10.917	10.711
Ricoveri in regime di Day Surgery	20	78	150
Ricoveri in regime di Day Hospital	3.793	3.706	3.811
Totale ricoveri	19.493	18.643	18.067
Ricoveri DH per riabilitazione	14	11	18
TOTALE RICOVERI	19.507	18.654	18.085

Fonte dati: SIO. Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1 - Ricoveri per fasce d'età nel periodo 2011-2013.



Fonte dati: SIO. Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

Per quanto riguarda la suddivisione dei ricoverati per fasce d'età si nota una sostanziale stabilità nel corso degli anni, con un marginale incremento per la fascia degli ultra 74enni a discapito della fascia fra 15 e 44 anni. Tale dato dipende in parte da un aumento della popolazione anziana residente e da un progressivo depauperamento dell'offerta di tipo specialistico.

La degenza media è passata da 7.18 nel 2011 a 7.52 nel 2013, questo a dimostrare ancora una volta il progressivo invecchiamento della popolazione che ricorre all'ospedale anche per situazioni di cronicità e pluripatologia non supportate a livello territoriale da strutture di offerta "intermedia".

2.1.5 - L'Indice di appropriatezza

Gli indicatori di appropriatezza si configurano come elementi di valutazione dell'efficienza di una struttura ospedaliera, evidenziando quei casi di ricovero che avrebbero dovuto trovare risposta in un livello assistenziale di tipo ambulatoriale o territoriale.

Il Ministero ha identificato 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza (DPCM 29.11.2001), essi sono oggetto di analisi e di monitoraggio costante da parte degli staff aziendali e di valutazioni nelle schede di budget delle unità operative. Stiamo assistendo ad una diminuzione costante, nel triennio di riferimento, del tasso di inappropriatazza, espresso dalla percentuale dei ricoveri con DRG inappropriati, pur in presenza di una situazione territoriale che vede una storica carenza di forme di assistenza alternative.

Tabella 2.5 - Tassi di inappropriatazza DCA 40/2012 – Anni 2011-2013.

	2011	2012	2013
Ricoveri ordinary inappropriati	1539	1434	1292
Tot. ricoveri ordinari	19.493	18.643	18.067
% inappropriate (Decreto 40/2012)	7,84%	7,69%	7,15%

**Tasso di
inappropriatazza**
2011:7,9
2012:7,7
2013:7,1

Fonte dati: SIO. Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

2.1.6 - L'Indice di complessità

**Peso medio ricoveri
Asl Rieti**
2011: 0.96
2012: 0.97
2013: 0.98

Un dato interessante e significativo dell'attività di ricovero è quello rappresentato dal peso medio (o indice di complessità) delle prestazioni. Il peso indica la complessità del caso trattato per quel singolo ricovero e viene misurato tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera. Tanto più è alto il valore del peso medio, tanto più complesse sono le prestazioni erogate durante il ricovero.

L'indice di complessità dei ricoveri dell'Ospedale di Rieti conferma che le attività dell'Azienda sono lontane dai riferimenti nazionali (1.15 – valore 2013 Rapporto Ministeriale SDO). Ciò indica da un lato l'erogazione di ricoveri con basso indice di complessità, dall'altro che i cittadini si rivolgono altrove, spesso anche fuori Regione, per l'erogazione di prestazioni di alta specialità.

In particolare, dall'analisi dei dati, si evidenzia un basso peso medio delle attività chirurgiche (ad eccezione della chirurgia vascolare con un peso medio di 1,8) e, in generale, un peso medio delle attività chirurgiche inferiore a quello delle medicine.

Tabella 2.6 - Ricoveri ordinari per Dipartimento con peso medio – anni 2011-2013.

DIPARTIMENTI	2011		2012		2013	
	Ricoveri e DH	Peso medio	Ricoveri e DH	Peso medio	Ricoveri e DH	Peso medio
Medico	10.503	0,97	10.081	0,99	9.791	0,98
Chirurgico	7.287	0,90	6.648	0,90	6.289	0,93
Oncologico	1.166	1,16	1.199	1,15	1.198	1,15
Salute Mentale	434	0,75	468	0,75	498	0,73
Medicina d'Urgenza	146	2,98	235	1,99	274	1,72
TOTALE	19.536	0,96	18.631	0,97	18.050	0,98

Fonte: Dato SIO - Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

2.1.7 - I Primi 20 DRG per ricovero ordinario, day hospital e day surgery

Media indici di complessità primi 20 DRG per ricoveri ordinari 2013 Asl Rieti 1,00

Incidenza primi 20 DRG sul totale dei ricoveri ordinari Asl Rieti 37%

Nelle tabelle 2.7 e 2.8 sono stati raggruppati i primi 20 DRG per prestazioni in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital o Day Surgery eseguiti nella ASL di Rieti nell'anno 2013.

Dall'analisi dei DRG per ricovero ordinario si nota che il peso medio, che indica la complessità del caso trattato per singolo ricovero, è spesso inferiore a 1. Questo indica che la produzione ospedaliera è caratterizzata da una bassa complessità, non tipica di un ospedale per acuti, sede di un DEA di I livello, e che costituisce l'unico riferimento della provincia di Rieti. Inoltre da un'analisi approfondita dei primi 20 DRG, il cui peso medio risulta pari a 1, emerge la prevalenza di patologie connesse alla terza età e la totale assenza delle prestazioni di alta specializzazione.

Tabella 2.7 - Primi 20 DRG per ricoveri ordinari anno 2013.

DRG	DESCRIZIONE	Numero casi	Peso Medio
127	Insufficienza cardiaca e shock	704	1,03
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	672	1,22
391	Neonato normale	381	0,16
316	Insufficienza renale	334	1,15
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	320	0,44
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	307	1,26
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	261	0,70
371	Parto cesareo senza CC	261	0,73
430	Psicosi	253	0,77
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	227	0,86
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	193	1,28
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	190	0,98
016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	183	1,27
576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	164	1,64
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	154	2,03
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	149	1,72
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	145	1,14
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	126	1,59
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	122	0,82
390	Neonati con altre affezioni significative	121	0,21

Fonte dati: SIO. Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

Le considerazioni fatte in merito ai ricoveri ordinari possono essere estese anche a quelli in regime di Day Hospital e Day Surgery. Anche per i ricoveri diurni, infatti, la media degli indici di complessità è bassa, attestandosi sullo 0,74. Inoltre, dall'analisi dei primi venti DRG, si rileva una totale assenza di prestazioni specialistiche qualificanti.

Incidenza primi 20 DRG sul totale 2013 dei ricoveri in DH - DS Asl Rieti 53%

Tabella 2.8 - Primi 20 DRG per ricoveri in Day Hospital e Day Surgery.

DRG	DESCRIZIONE	Numero Casi	Peso Medio
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	265	0,74
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	236	0,46
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	168	0,56
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	168	0,75
316	Insufficienza renale	146	1,15
384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	133	0,40
119	Legatura e stripping di vene	130	0,73
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	123	0,26
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	74	1,05
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	72	0,52
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	71	1,25
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	67	1,22
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	67	1,10
082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	66	1,33
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	66	0,52
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	64	0,61
301	Malattie endocrine senza CC	62	0,50
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	51	0,89
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	50	0,97
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	48	1,28

Fonte dati: SIO. Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

2.1.8 - La Mobilità Attiva

**Indice di attrazione
Asl Rieti**
2011: 12,14 %
2012: 12,55 %
2013: 13,15 %

La mobilità attiva rappresenta l'indice di attrazione di una struttura ed è espressione della numerosità dei pazienti provenienti da fuori ASL o da fuori Regione che usufruiscono delle nostre strutture. Un alto indice di attrazione è sinonimo di efficacia e buona reputazione delle strutture.

Dai dati riportati nella tabella 2.9 si nota un indice di attrazione relativamente basso che, a nostro parere, può essere correlato a carenza di attività specialistiche attrattive.

Il trend nel triennio 2011-2013 mostra un costante, seppur debole, incremento. Le specialistiche aziendali che contribuiscono maggiormente alla mobilità attiva

sono quelle di:

- medicina,
- ortopedia,
- urologia,
- ostetricia e ginecologia,
- cardiologia.

Tabella 2.9 - Indicatori di attrazione – Anni 2011-2013.

	2011	2012	2013
Pz. provenienti da altre regioni	2.371	2.338	2.374
Totale ricoveri	19.537	18.631	18.055
Indice di attrazione	12,14%	12,55%	13,15%

Fonte: Dato SIO - Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

I pazienti in mobilità intra regionale provengono principalmente dall'area suburbana di Roma, a est della Capitale (ASL Roma G, Roma F, Roma A).

I pazienti in mobilità extra regionale provengono per oltre il 50% dall'Umbria e dall'Abruzzo, entrambe regioni confinanti con la Provincia di Rieti.

2.1.9 - La Mobilità Passiva

La mobilità passiva rappresenta l'indice di fuga ed indica quanti cittadini residenti si sono recati in strutture ospedaliere al di fuori di quelle provinciali. I dati del 2012 fotografano una realtà caratterizzata da un indice di fuga relativamente elevato: il 40% dei nostri residenti ha scelto di effettuare un ricovero in strutture fuori dal territorio provinciale.

Tale dato viene poi confermato dal trend nel biennio 2011-2012 che mostra come, a fronte di una riduzione del 7% circa della mobilità passiva intra regionale, ci sia un incremento del 3,5% della mobilità extraregionale.

**Indice di fuga
Asl di Rieti
2011: 18,72%
2012: 19,96%**

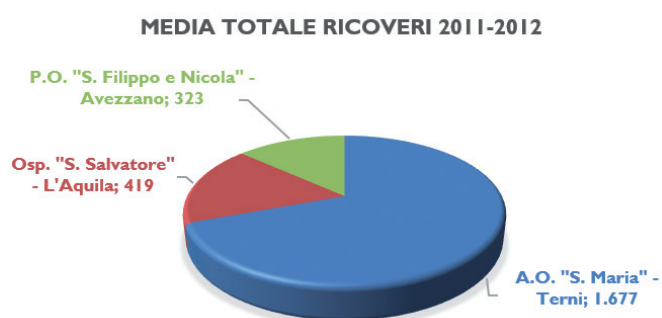
Tabella 2.10 - Indici di fuga – Anni 2011 – 2012.

	2011	2012
Residenti ricoverati extra regione	6.082	6.245
Residenti ricoverati intra regione	6.866	6.418
Totale ricoveri residenti	32.485	31.294
Indice di fuga Extra regione	18,72%	19,96%
Indice di fuga intra regione	21,14%	20,05%

Fonte: Dato SIO - Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

Le tre strutture ospedaliere che maggiormente attraggono i residenti della ASL di Rieti e che complessivamente rappresentano il 45% della mobilità passiva extraregionale sono: Azienda Ospedaliera di Terni, Presidio Ospedaliero di L'Aquila e Presidio Ospedaliero di Avezzano. Tutte e tre le strutture insistono su aree di confine e ciò indica che il criterio di scelta utilizzato dai nostri residenti è la prossimità al proprio domicilio.

Figura 2.2 - Media del Totale dei ricoveri presso altre strutture – Anni 2011 – 2012.



Fonte: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

La prima causa di mobilità passiva intraregionale, come evidenziato nella tabella 2.11, è la specialistica ostetrico ginecologica, con oltre 300 casi di parto (nel 2012 168 vaginali e 137 cesarei), 192 interventi per utero ed annessi (non per neoplasie) e oltre 100 aborti con dilatazione e raschiamento.

Tabella 2.11 - Principali Cause di Mobilità intraregionale.

Anno 2011	Totale Ricoveri	Anno 2012	Totale Ricoveri
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	291	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	286
Neonato normale	274	Neonato normale	262
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	181	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	209
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	177	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	192
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	172	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	168
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	165	Parto cesareo senza CC	137
Parto cesareo senza CC	141	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	129
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	139	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	127
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	124	Insufficienza cardiaca e shock	106
Insufficienza cardiaca e shock	113	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	103
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	111	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	92
Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	88	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	88
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	87	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	81

Fonte: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

La prima causa di mobilità passiva extraregionale è la specialistica ortopedica che nel 2012 ha determinato oltre 500 casi, segue la specialistica ostetrico-ginecologica, con oltre 200 casi di parto (nel 2012 144 vaginali e 68 cesarei), 89 interventi su utero ed annessi (non per neoplasie) e oltre 90 aborti con dilatazione e raschiamento. Si rileva un elevato numero di pazienti (80) che ricorrono a strutture extraregionali anche per ernioplastica o per patologie dell'apparato digerente senza complicazioni (68) o per malattie endocrine non complicate (103).

Tabella 2.12 - Le Principali Cause di Mobilità extraregionale.

Anno 2011	Totale Ricoveri	Anno 2012	Totale Ricoveri
Interventi sul piede	191	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	202
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	185	Interventi sul piede	187
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	157	Neonato normale	172
Neonato normale	129	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	162
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	127	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	144
Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	126	Insufficienza cardiaca e shock	135
Insufficienza cardiaca e shock	123	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	112
Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	116	Malattie endocrine senza CC	103
Malattie endocrine senza CC	112	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	90
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	99	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	89
Decompressione del tunnel carpale	78	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	80
Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	70	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	78
Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	69	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	73
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	68	Parto cesareo senza CC	68
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	68	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	64

Fonte: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

In conclusione la bassa complessità della mobilità passiva fa prevedere buoni margini di recupero che tuttavia richiedono l'introduzione, nella nostra realtà ospedaliera, di nuovi modelli organizzativi e clinico-assistenziali ed una grande attenzione al miglioramento dei sistemi di accoglienza e presa in carico.

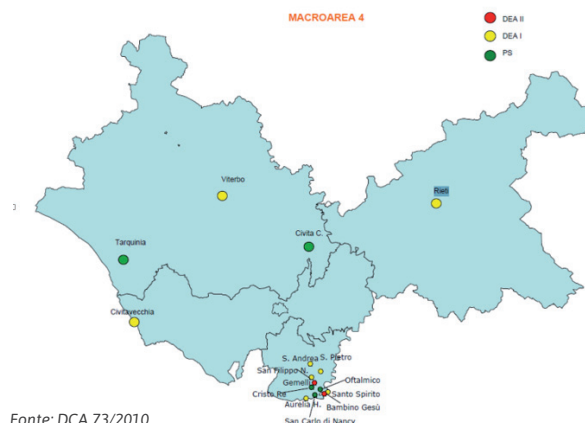
2.2 - La Rete dell’Emergenza

Per far fronte alla richiesta di prestazioni di emergenza, il Sistema dell’Emergenza Sanitaria è articolato in una fase di allarme e in due fasi di risposta, quella territoriale e quella ospedaliera.

Nella regione Lazio l’ARES118 gestisce le fasi di allarme, mentre la fase di risposta ospedaliera è costituita dai nodi della rete dell’emergenza che si costituiscono in centri Hub & Spoke. Il modello Hub & Spoke è un modello organizzativo a reti integrate, caratterizzato dalla concentrazione dell’assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (centri Hub) supportati da una rete di servizi ospedalieri o di soccorso 118 sul territorio (centri Spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento esclusivamente quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

L’Azienda di Rieti, per quanto riguarda la rete dell’emergenza, è classificata come DEA di I livello.

Figura 2.3 - La Rete dell’Emergenza

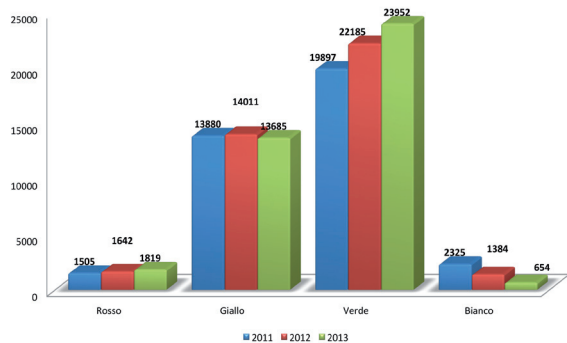


Fonte: DCA 73/2010

L’attività aziendale, come si evince dal grafico e dalla tabella sottostanti, ha visto nel triennio 2011-2013 un aumento del totale degli accessi in pronto soccorso. Si registra tuttavia una sostanziale stabilità dei codici a bassa priorità (bianco e verde).

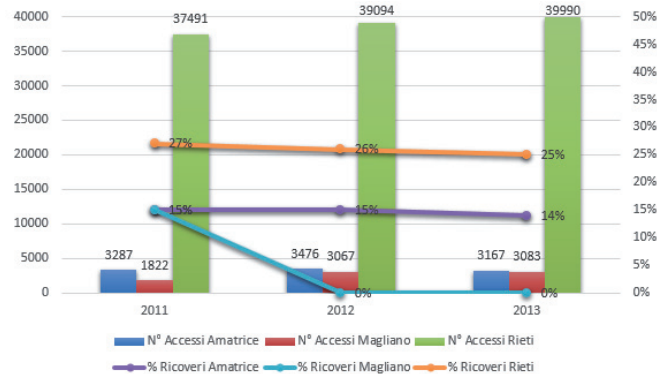
A fronte di un incremento del numero degli accessi in Pronto Soccorso nel triennio, si segnala una riduzione del numero dei ricoveri. Ciò indica una tendenza al miglioramento della funzione di filtro del Pronto Soccorso espressione di una migliore appropriatezza dei ricoveri.

Figura 2.4 - Attività PS per codice triage 2011-2013.



Fonte dati: SIES. Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.5 - Accessi in Pronto Soccorso.



Fonte dati: SIES. Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

2.3 - Il Centro Clinico Assistenziale Distrettuale

Nel 2010, con Decreto del Commissario ad Acta n. 80, è stata riorganizzata la Rete Ospedaliera Regionale. Gli interventi contenuti nel Piano scaturivano dai vincoli posti dal Patto per la Salute e dal Piano di Rientro dal debito e connotavano il nuovo assetto del Servizio Sanitario Regionale caratterizzato dalla rimodulazione dell'offerta ospedaliera per acuti e post-acuti. A fronte di tale contesto, che nasce dall'esigenza dell'appropriato utilizzo di servizi ad alto impegno tecnologico ed elevato costo, al fine di evitare il rischio di vuoti assistenziali, diviene obiettivo prioritario la riqualificazione dell'assistenza territoriale affinché questa sia in grado di fornire soluzioni valide alla crescente domanda di salute. A tal fine la soluzione adottata ha visto la definizione di un nuovo modello assistenziale per la riconversione delle strutture per acuti che assume le caratteristiche della continuità delle cure, della integrazione dell'assistenza, della flessibilità e della personalizzazione degli interventi: il Centro Clinico Assistenziale Distrettuale (CeCAD).

Il DCA 80 del 2010 ha previsto per la ASL di Rieti la trasformazione in CeCAD dei presidi di Magliano Sabina ed Amatrice. In particolare i CeCAD, pur assumendo uno stesso rilevante ruolo nella riqualificazione della rete assistenziale territoriale, si differenziano per:

Tabella 2.13 - Caratteristiche CeCAD Magliano e Amatrice.

Moduli e Funzioni		Amatrice	Magliano Sabina
Funzioni CORE	PUA	Presenti	Presenti + Ambulatorio per il dolore cronico non oncologico e Centro Dialisi
	Specialistica Ambulatoriale		
	Ambulatorio Infermieristico		
	Continuità Assistenziale		
	ADI		
Moduli funzionali caratterizzanti	Punto di Primo Intervento	Gestito da medici ospedalieri + 2 p.l. di OBI + postazione 118 + Elisuperficie	Gestito da Medici di Medicina Generale con postazione del 118
	Posti letto per acuti	8 p.l. di Medicina	0 p.l.
	Degenza Infermieristica	0 p.l.	15 p.l.
Moduli funzionali residenziali	RSA	20 p.l. residenziali e 10 p.l. semiresidenziali	40 p.l. residenziali e 10 p.l. semiresidenziali

Fonte DCA 80/2010. Elaborazione: UOC Sviluppo Strategico e Organizzativo

2.4 - I Distretti

La riforma del SSN del '92 ha avviato un lento ma progressivo sviluppo dell'assistenza territoriale, con il duplice scopo di avvicinare l'offerta di servizi sanitari ai luoghi di vita dei cittadini e focalizzare l'attività dei presidi ospedalieri sulla cura dell'acuzie.

In particolare, nel rispetto dell'articolo 19, comma 3 della Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18, nel quale vengono fissati i criteri per l'individuazione della dimensione territoriale dei distretti, l'Azienda USL di Rieti con deliberazione n. 227/DG/1994 ha scelto di articolare il proprio territorio in cinque Distretti:

Distretto Montepiano Reatino

Sede: Rieti - Via delle Ortensie, 28

Punti di erogazione, oltre la sede:

- Presidio Ospedaliero - Rieti Viale J.Kennedy
- Presidio Sanitario di Leonessa - Corso San Giuseppe - Presidio Sanitario di Colle di Tora - Strada Provinciale Turanense, 2

Distretto Mirtense

Sede: Poggio Mirteto - Via Finocchieto, snc

Punti di erogazione, oltre la sede:

- CeCAD di Magliano Sabina

Distretto Salario

Sede: Osteria Nuova Viale Europa, 13 – Comune di Poggio Moiano

Punti di erogazione, oltre la sede:

- Passo Corese Via Garibaldi, 17 – Comune di Fara in Sabina

Distretto Salto Cicolano

Sede: S. Elpidio (Pescorocchiano) - Strada Provinciale per S. Elpidio, Bivio Petrignano,

Distretto Alto Velino

Sede: Antrodoco - Piazza Martiri della Libertà, 1

Punti di erogazione, oltre la sede:

- CeCAD di Amatrice - Via Francesco Grifoni, 30

5

Distretti

11

Punti di erogazione
distrettuali

0

PUA

Punti Unici di Accesso
(non attivati per carenza di
personale)

5

UVM

Unità di Valutazione
Multidimensionale

(Valutazioni effettuate
dai Centri di Assistenza
Domiciliare)

Figura 2.6 - Articolazione distrettuale del territorio della Provincia di Rieti.



Ad oggi l'assetto organizzativo e funzionale dei Distretti è fissato nell'Atto aziendale del 2008. Il Distretto è il luogo di governo e di coordinamento a livello locale delle cure primarie.

Particolarmente significativa è la diversa struttura della popolazione: molto anziana nell'entroterra montano e caratterizzata da forte presenza di immigrati nei Distretti in direzione della provincia di Roma.

A titolo esemplificativo vengono riportate le piramidi per età per il Distretto n.3, più giovane, e per il Distretto n.5, più anziano.

Fonte: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute.

Figura 2.7 - Distretto n. 3 – Salario.

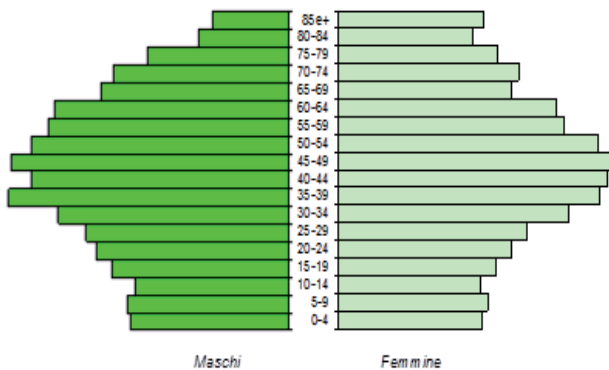
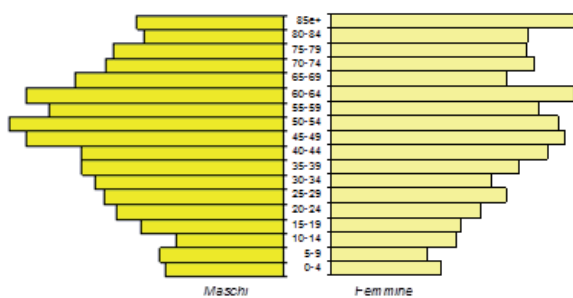


Figura 2.8 - Distretto n. 5 – Alto Velino.



Dati: ISTAT. Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute

Dati: ISTAT. Elaborazione: UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute

DISTRETTO N. 1 - MONTEPIANO REATINO

Tabella 2.14 - Attività ADI Distretto n. 1.

	2011	2012	2013
Utenti in Carico	156	280	1120
Totale Valutazioni	583	526	1720
Totale Rivalutazioni	199	136	553
Totale Accessi	9.474	10.148	13.370
Totale Prestazioni	11.769	12.427	17.529

Fonte: Direzione Distretto 1

Tabella 2.15 - Attività Ambulatoriale Distretto n. 1.

	2011	2012	2013
Visite Ambulatoriali	39.224	34.849	33.979
Prestazioni Ambulatoriali FKT	15.198	12.277	11.811
Prestazioni Consultorio - UTR	7.703	7.810	8.999

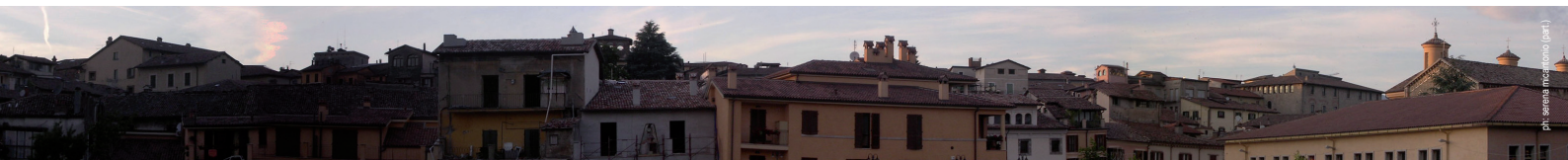
Escluso poliambulatorio ospedaliero

Fonte: ReCUP

popolazione
75.768
di cui
Maschi 36.592
Femmine 39.176
Indice di vecchiaia
196,9
Età media
45,8

Tempi di attesa
critici
Visita urologica
Visita
neurologica
Visita
diabetologica

Prestazioni
ambulatoriali
48 branche
specialistiche
di cui **28** c/o
poliambulatorio
ospedaliero



DISTRETTO N. 2 - MIRTENSE

Tabella 2.16 - Attività ADI Distretto n. 2.

	2011	2012	2013
Utenti in Carico	9	42	143
Totale Valutazioni	220	1430	1053
Totale Rivalutazioni	125	855	487
Totale Accessi	2.281	6.465	6.258
Totale Prestazioni	4.102	14.070	14.218

Fonte: Direzione Distretto 2

Tabella 2.17 - Attività Ambulatoriale Distretto n. 2.

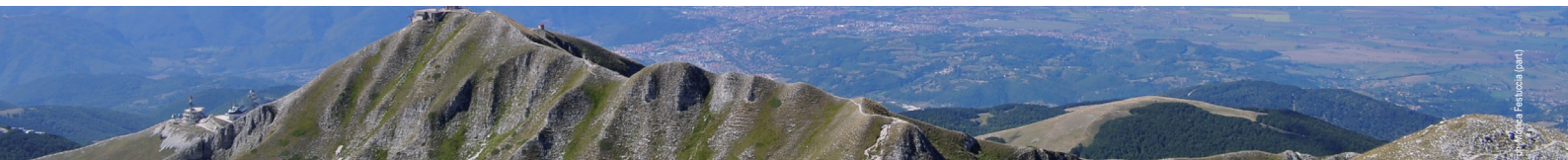
	2011	2012	2013
Utenti in Carico	12	27	38
Totale Valutazioni	248	284	343
Totale Rivalutazioni	128	174	218
Totale Accessi	7.011	7.514	8.583
Totale Prestazioni	13.852	24.600	43.705

Fonte: ReCUP

popolazione
33.522
di cui
Maschi 16.439
Femmine 17.083
Indice di vecchiaia
178,0
Età media
45,3

Tempi di attesa
critici
Visita urologica
Visita neurologica
Visita diabetologica
Ecografie (internistiche,
ginecologiche e
mammarie)
Ecocolordoppler
Diagnostica cardiologica
Risonanza Magnetica

Prestazioni
ambulatoriali
18 branche
specialistiche



DISTRETTO N. 3 - SALARIO

popolazione
26.949

di cui
Maschi 13.303
Femmine 13.646

Indice di vecchiaia
161,1

Età media
44,4

Tempi di attesa
critici

Visita urologica
Visita neurologica
Visita diabetologica
Visita e diagnostica
cardiologica
Ecografie
(internistiche,
ginecologiche e
mammarie
Ecocolor Doppler

Prestazioni
ambulatoriali
**12 branche
specialistiche**

Tabella 2.18 - Attività ADI Distretto n. 3.

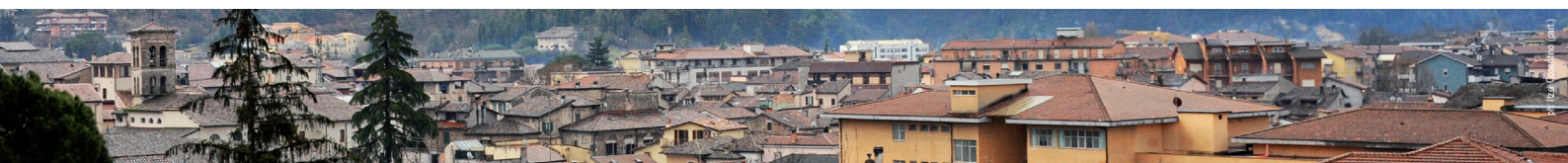
	2011	2012	2013
Utenti in Carico	28	39	66
Totale Valutazioni	180	184	275
Totale Rivalutazioni	22	102	165
Totale Accessi	6.403	4.929	5.180
Totale Prestazioni	6.808	5.257	8.852

Fonte: Direzione Distretto 3

Tabella 2.19 - Attività Ambulatoriale Distretto n. 3.

	2011	2012	2013
Visite Ambulatoriali	12907	13190	13749
Prestazioni Consultorio - UTR	5108	4402	3906

Fonte: ReCUP



DISTRETTO N. 4 - SALTO CICOLANO

popolazione
10.024

di cui
Maschi 5.085
Femmine 4.939

Indice di vecchiaia
272,1

Età media
48,3

Tempi di attesa
critici

Visita urologica
Visita neurologica
Visita diabetologica
Ecografie (internistiche,
ginecologiche e
mammarie)
Ecocolor Doppler
Diagnostica cardiologica

Prestazioni
ambulatoriali
**14 branche
specialistiche**

Tabella 2.20 - Attività Ambulatoriale Distretto n. 4

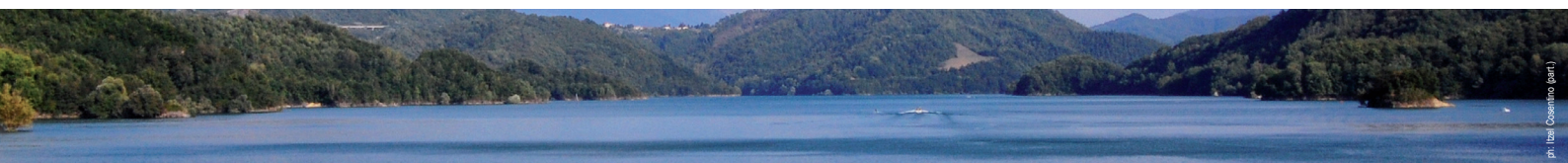
	2011	2012	2013
Utenti in Carico	12	27	38
Totale Valutazioni	248	284	343
Totale Rivalutazioni	128	174	218
Totale Accessi	7.011	7.514	8.583
Totale Prestazioni	13.852	24.600	43.705

Fonte: Direzione Distretto 4

Tabella 2.21 - Attività Ambulatoriale Distretto n. 4.

	2011	2012	2013
Visite Ambulatoriali	4811	4519	4733
Prestazioni Ambulatoriali FKT	562	741	751
Prestazioni Consultorio - UTR	1185	1108	751

Fonte: ReCUP



DISTRETTO N. 5 - ALTO VELINO

popolazione
10.258

di cui
Maschi 5.160
Femmine 5.098

Indice di vecchiaia
274,0

Età media
48,9

Tempi di attesa
critici

Visita urologica
Visita neurologica
Visita diabetologica
Ecografie (internistiche,
ginecologiche e
mammarie)
Ecocolordoppler
Diagnostica
cardiologica

Prestazioni
ambulatoriali

18 branche
specialistiche

Tabella 2.22 - Attività Ambulatoriale Distretto n. 5.

	2011	2012	2013
Utenti in Carico	46	73	108
Totale Valutazioni	647	801	761
Totale Rivalutazioni	472	651	637
Totale Accessi	3.525	4.820	5.145
Totale Prestazioni	3.997	5.067	5.449

Fonte: Direzione Distretto 5

Tabella 2.23- Attività Ambulatoriale Distretto n. 5.

	2011	2012	2013
Visite Ambulatoriali	7214	12398	22114
Prestazioni Ambulatoriali FKT	7176	13124	12114
Prestazioni Consultorio - UTR	2219	1377	10114

Fonte: ReCUP



2.5 - L'Attività di Specialistica Ambulatoriale

Il numero totale delle prestazioni specialistiche erogate nel territorio è sostanzialmente stabile nel triennio 2011-2013. Tuttavia si registra una contrazione nell'erogazione delle prestazioni di ortopedia, otorinolaringoiatria, chirurgia vascolare e oncologia, a fronte di un apprezzabile incremento di produttività nelle branche di cardiologia, nefrologia, ostetricia e ginecologia, radioterapia.

Tabella 2.24 - Attività specialistica ambulatoriale.

	2011	2012	2013
Descrizione Branca	Numero Prestazioni (*)	Numero Prestazioni (*)	Numero Prestazioni (*)
Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	1.216.826	1.155.297	1.127.517
Chirurgia Vascolare - Angiologia	9.340	8.276	7.834
Cardiologia	38.680	38.073	39.565
Chirurgia Generale	1.441	1.197	1.310
Chirurgia Plastica	501	471	575
Medicina dello sport	2.824	2.873	2.061
Endocrinologia			
Nefrologia	14.282	16.667	18.884
Neurochirurgia	8	5	25
Neurologia	20.960	20.272	19.795
Oculistica	25.806	23.197	23.447
Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	6.552	6.836	6.197
Ortopedia e Traumatologia	8.265	8.488	7.660
Ostetricia e Ginecologia	8.432	8.382	9.582
Otorinolaringoiatria	6.336	5.186	4.438
Psichiatria	8.796	7.499	6.441
Urologia	3.988	3.676	3.703
Dermosifilopatia	1.244	1.202	1.181
Medicina Fisica e Riabilitazione	72.405	64.199	65.259
Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	9.135	8.443	8.223
Oncologia	9.423	11.783	10.541
Pneumologia	7.816	7.655	7.858
Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	74.486	69.718	68.703
Radioterapia	13.625	15.283	24.605
Risonanza Magnetica	3.099	2.636	3.060
Chirurgia ambulatoriale e diagnostica invasiva	1.858	1.649	1.685
Anestesia	6	17	118
TOTALE	1.566.134	1.488.980	1.470.267

(*) inclusi APA, PAC, prestazioni di dialisi e medicina sportiva
Fonte: Dato SIAS - Elaborazione: UOC Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari

2.5.1 - Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale

Il tema delle liste di attesa è, per le ovvie implicazioni in termini sia di qualità dell'assistenza che di rapporti con i cittadini, al centro dell'attenzione. I tempi d'attesa rappresentano un indicatore di equità del sistema sanitario ed una delle principali cause delle tensioni nei rapporti con i cittadini e con le parti sociali. Le liste d'attesa individuano un problema comune a tutti i servizi sanitari universalistici e solidali riconducibile ad uno squilibrio tra offerta e domanda.

Osserviamo oggi una progressiva deospedalizzazione delle prestazioni anche invasive in setting ambulatoriali ed il cambiamento dei comportamenti di consumo di specialistica da parte dei cittadini dovuti agli effetti dei cambiamenti demografici della popolazione, del profilo epidemiologico delle patologie e della scarsità di risorse.

A fronte di una crescente richiesta di assistenza, l'esigenza è quella di trovare un equilibrio tra le dimensioni della domanda, gli effettivi bisogni e l'offerta sostenibile dei servizi, nella convinzione che l'erogazione delle prestazioni entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti, rappresenta fattore critico di successo di ogni organizzazione sanitaria.

Nel tempo sono state messe in campo azioni specifiche, ma gli interventi sono stati poco incisivi e non hanno comportato miglioramenti significativi soprattutto perché non sono state impostate strategie di sistema che potessero aggredire il fenomeno su più fronti. E' noto infatti che il tema dei tempi d'attesa è influenzato da numerose variabili e che ogni azione di contenimento deve prevedere diverse tipologie di approccio che intervengano a vari livelli dell'organizzazione.

L'elevata dispersione territoriale dell'utenza così come la scarsa presenza di strutture accreditate nel territorio provinciale, generano nella ASL di Rieti un contesto erogativo più complesso rispetto alle altre aree regionali, con evidenti conseguenze anche sull'efficienza operativa dei servizi. In questo contesto esistono grosse difficoltà nell'erogazione delle prestazioni specialistiche, soprattutto per quelle che hanno un'unica sede di erogazione, come la RMN.

Più in particolare, per quanto riguarda i tempi di attesa delle visite, risultano particolarmente critiche nel triennio 2011-2013 nei cinque Distretti:

- la visita **urologica** con tempi di attesa in medi pari a 100 giorni e un picco di 175 giorni nella sede di Passo Corese;
- la visita **neurologica** con un tempo di attesa medio aziendale di oltre i 60gg e un massimo di 100 giorni presso il Distretto n. 1;
- la visita **diabetologica** con un tempo che va oltre i 30 giorni e un massimo 200 giorni nel Distretto n. 3;
- visita **cardiologica** con un tempo di attesa anche di 150 giorni nel Distretto n. 3;
- le **ecografie** e l'**ecocolordoppler**;
- la **diagnostica** cardiologica (test cardiovascolare da sforzo con oltre i 200 giorni di attesa, l'ecocardiografia e l'holter cardiaco);
- la **risonanza magnetica** erogabile solo presso il presidio ospedaliero di Rieti.

2.6 - Le Strutture Private Accreditate

I soggetti privati accreditati (ex art. 8 D.Lgs. 502/1992) presenti nella provincia di Rieti, nel triennio 2011-2013, hanno operato nei seguenti ambiti:

- Specialistica Ambulatoriale nelle strutture di: Laboratorio Analisi (7 strutture), Radiologia (1 struttura) e Fisiokinesiterapia (1 struttura);
- Riabilitazione ex art. 26 (estensiva e di mantenimento) in regime ambulatoriale e domiciliare;
- RSA (di livello R2) con 70 posti letto in regime residenziale e 7 posti letto in regime semiresidenziale;
- Assistenza Termale nell'ambito dell'Accordo Nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il triennio 2013/2015 in riferimento alle prestazioni autorizzate.

Nella tabella sottostante emerge che i budget assegnati ai soggetti privati accreditati operanti sul territorio incidono per poco più del 1% sul budget regionale.

Tabella 2.25 - Strutture private accreditate operanti nel territorio della provincia di Rieti nel triennio 2011-2013.

Anno 2011		
Tipologia Strutture	Budget ASL Rieti	Budget Totale Regione Lazio
Specialistica Ambulatoriale	€ 1.724.722,61	€ 126.863.796,92
Riabilitazione ex art. 26	€ 2.051.296,62	€ 196.917.020,09
Residenze Sanitarie Assistite (RSA)	€ 1.578.683,12	€ 107.202.906,06
Totale	€ 5.354.702,35	€ 430.983.723,07
Anno 2012		
Tipologia Strutture	Budget ASL Rieti	Budget Totale Regione Lazio
Specialistica Ambulatoriale	€ 1.591.580,09	€ 123.621.204,20
Riabilitazione ex art. 26	€ 2.051.296,62	€ 172.142.237,11
Residenze Sanitarie Assistite (RSA)	€ 1.578.683,12	€ 107.267.091,31
Totale	€ 5.221.559,83	€ 403.030.532,62
Anno 2013		
Tipologia Strutture	Budget ASL Rieti	Budget Totale Regione Lazio
Specialistica Ambulatoriale	€ 1.568.435,51	€ 123.700.606,31
Riabilitazione ex art. 26	€ 2.051.296,62	€ 187.584.343,49
Residenze Sanitarie Assistite (RSA)	€ 1.591.213,12	€ 123.955.965,00
Totale	€ 5.210.945,25	€ 435.240.914,80

Fonte: U.O.C. Direzione Amministrativa Funzione Interdistrettuale

2.7 - Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la Struttura operativa dell’Azienda che garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. Al Dipartimento è affidata la titolarità della funzione di supporto tecnico per la definizione delle strategie aziendali di promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro.

L’articolazione del Dipartimento è la seguente:

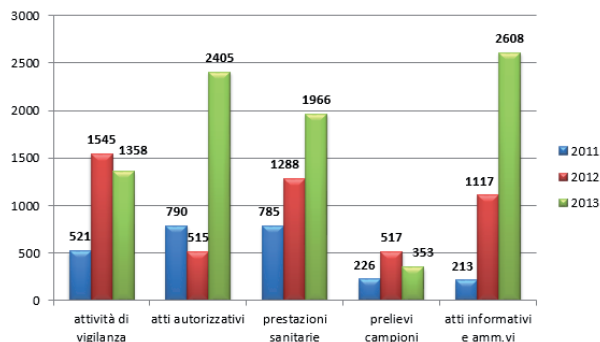
- UOC Igiene Alimenti e Nutrizione
- UOC Igiene e Sanità Pubblica
- UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
- UOC Sanità Animale
- UOC Igiene della Produzione, Conservazione, degli Alimenti di Origine Animale
- UOC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
- UOSD Medicina dello Sport
- UOSD Anagrafe Zootecnica

Di seguito vengono illustrati gli andamenti delle attività per le diverse unità operative.

2.7.1 - Igiene e sanità pubblica

Le attività svolte riguardano prevalentemente la tutela della salute individuale e collettiva, la salubrità degli ambienti di vita e la promozione di corretti stili di vita e trovano una rappresentazione nel grafico sottostante.

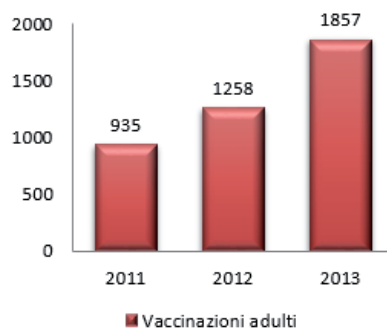
Figura 2.9 - Attività di Igiene e Sanità Pubblica. Anni 2011-2013.



Fonte: Dipartimento di Prevenzione

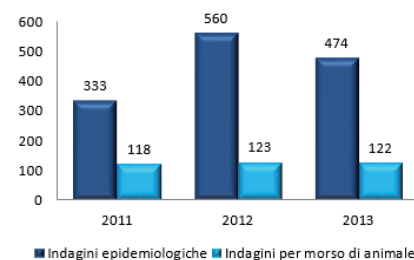
Nel dettaglio, le prestazioni sanitarie riguardano anche tutto il filone delle vaccinazioni per adulti su richiesta e delle vaccinazioni degli adulti su iniziativa. Dalle figure 2.10 e 2.11 si evidenzia il trend nel triennio delle vaccinazioni per adulti e delle indagini epidemiologiche.

Figura 2.10 – Totale vaccinazioni adulti. Anni 2011-2013.



Fonda dati: UOC Igiene e Sanità Pubblica

Figura 2.11 – Indagini epidemiologiche. Anni 2011-2013.



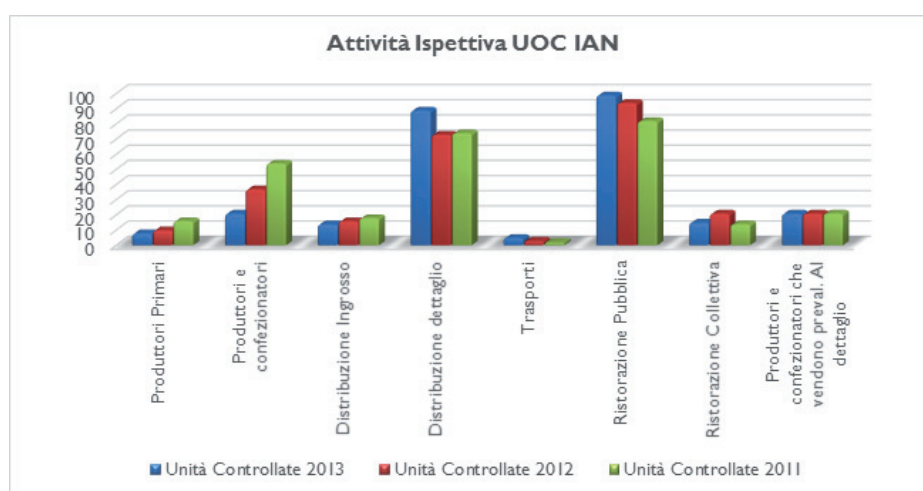
Fonda dati: UOC Igiene e Sanità Pubblica

2.7.2 - Igiene degli alimenti e nutrizione

L'attività svolta è incentrata nella verifica della rispondenza dei requisiti strutturali e igienico sanitari di tutte le attività produttive alimentari, dei processi di filiera, dei prodotti finiti e delle materie prime utilizzate secondo il metodo HACCP. In particolare si effettuano campionamenti su matrici alimentari, materie prime e sul componente principale della quasi totalità delle produzioni alimentari di acqua (impianti produttivi, sorgenti di acqua potabile e reti idriche di distribuzione dei 73 Comuni che compongono il territorio della Provincia di Rieti).

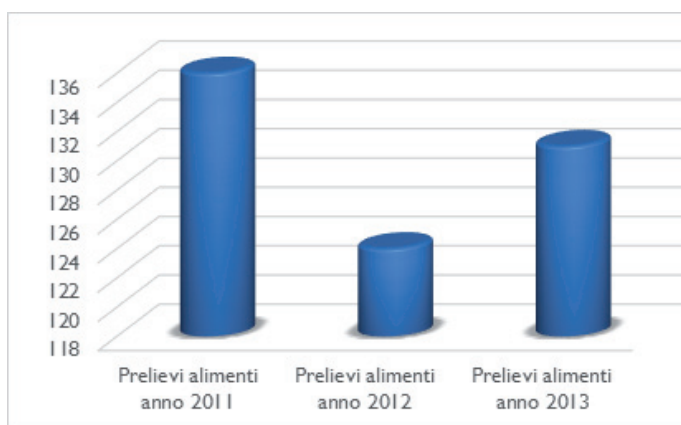
Di seguito viene illustrato graficamente l'andamento delle attività dell'ultimo triennio.

Figura 2.12 - Attività ispettiva Igiene Alimenti e Nutrizione. Anni 2011-2013.



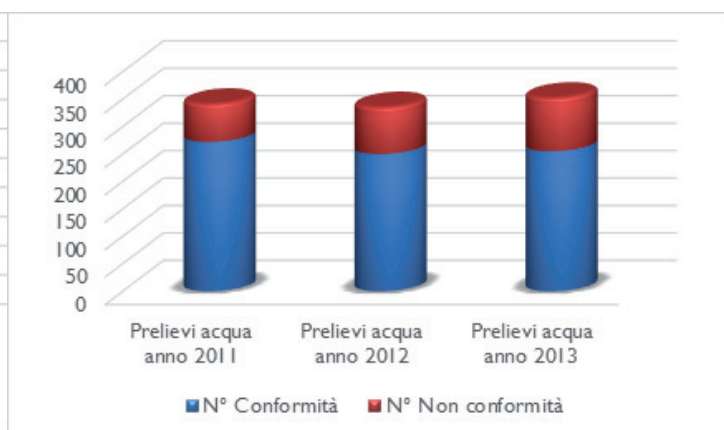
Fonte: Dipartimento di Prevenzione.

Figura 2.13 - Prelievi ufficiali matrici alimentari. Anni 2011-2013.



Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Figura 2.14 - Prelievi ufficiali acqua potabile. Anni 2011-2013.



Fonte: Dipartimento di Prevenzione

2.7.3 - Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro

L'attività svolta è incentrata sulla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori che si realizza attraverso la promozione e il controllo delle condizioni di sicurezza e di igiene negli ambienti lavorativi e con la verifica dello stato di salute dei lavoratori.

La Provincia di Rieti è caratterizzata da imprese uniformemente distribuite sul territorio con un numero medio di addetti pari a 3, le poche aziende con un numero di addetti superiore 100 sono concentrate nel polo industriale del capoluogo della Provincia. I principali settori di specializzazione produttiva sono rappresentati dal comparto Costruzioni (che vanta il maggior numero di addetti) e dal comparto Commercio. Il comparto Agricoltura è costituito per la maggior parte da imprese a conduzione familiare e da coltivatori diretti del fondo. Il numero medio degli occupati l'anno è di circa 28.000 unità, con circa 1.500 infortuni denunciati (sono considerati tutti gli infortuni denunciati all'INAIL con prognosi superiore o uguale 3 giorni, esclusi gli infortuni occorsi a colf, studenti ed in itinere).

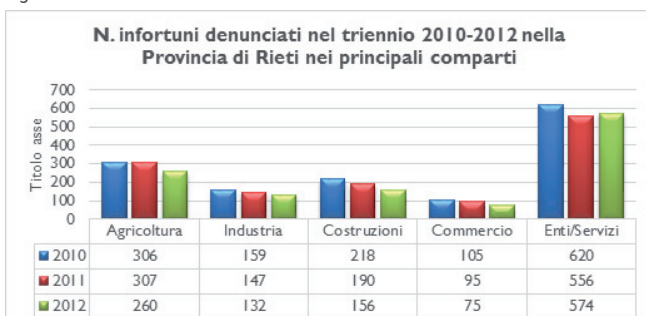
Tabella 2.26 - Ambienti di Lavoro nella Provincia di Rieti. Anni 2010-2012.

Provincia di Rieti	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
N. Aziende del territorio	5691	5933	5816
N. addetti	29.485	28.547	27.889
N. Infortuni sul lavoro denunciati	1842	1689	1496
di cui mortali	1	1	2
N. Aziende vigilate (come da LEA regionali)	493	495	504

Fonte: flussi informativi INAIL-ISPEL-REGIONE Report dati LEA Regione Lazio.
Elaborazione: Dipartimento di Prevenzione

Il trend del fenomeno infortunistico nel triennio 2010-2012 ha subito una graduale e costante riduzione, risultando gli infortuni nei comparti principali della Provincia di Rieti inferiori rispetto alla media nazionale, ma lievemente superiori rispetto a quella regionale.

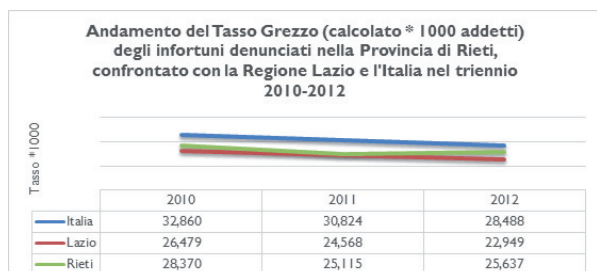
Figura 2.15 - Infortuni denunciati triennio Anni 2010-2012.



Fonte: flussi informativi INAIL-ISPEL-REGIONE
Elaborazione: Dipartimento di Prevenzione.

Il maggior numero degli eventi infortunistici denunciati si verificano nel settore terziario.

Figura 2.16 - Tasso Grezzo Infortuni. Anni 2010-2012.



Fonte dati: flussi informativi INAIL-ISPEL-REGIONE
Elaborazione: Dipartimento di Prevenzione

Figura 2.17 - Tasso Grezzo Infortuni positivi. Anno 2012



Fonte dati: flussi informativi INAIL-ISPEL-REGIONE
Elaborazione: Dipartimento di Prevenzione

2.7.4 - Medicina dello sport

L'attività svolta è incentrata sull'erogazione di prestazioni sanitarie all'utenza con rilascio di certificazione d'idoneità all'attività sportiva secondo le tipologie indicate nella Tabella 2.27:

Tabella 2.27 - Attività certificativa.

CERTIFICAZIONE	PRESTAZIONI
Att. Agonistica <35 aa	Visita clinica, ECG basale, ECG dopo sforzo, Spirografia, Es. urine*
Att. Agonistica >35 aa.	Visita clinica, ECG basale, Test ergometrico, Spirografia, Es. urine*
Att. agonistica disabili	Visita clinica, ECG basale, Test ergometrico, Spirografia, Es. urine*
Att. non agonistica	Visita clinica, ECG basale
Att. Sporterapia (disabilità mentale)	Visita clinica, ECG basale
Non idoneità alla Ed. Fisica	Visita clinica.

* Esame eseguito dal Laboratorio Analisi dell'Ospedale di Rieti.
Fonte: Dipartimento di Prevenzione.

Tabella 2.28 - Attività Medicina dello Sport. Anni 2011-2013.

ANNO	UTENTI SERVITI	PRESTAZIONI EFFETTUATE
2011	3118 (386)	11774 (1544)
2012	3079 (392)	11520 (1568)
2013	3204 (371)	11833 (1484)

Fonte: UOSD Medicina dello Sport.
In parentesi sono indicate le visite e le relative prestazioni svolte dallo specialista SUMAI presso la sede di Poggio Mirteto.

Oltre all'erogazione di prestazioni sanitarie viene svolta anche attività educativa di prevenzione che si esplica nell'effettuazione di incontri con gli studenti delle scuole secondarie del territorio e con studenti, genitori ed insegnanti delle scuole primarie. Negli ultimi tre anni gli incontri hanno avuto come oggetto la prevenzione dell'obesità tramite una corretta alimentazione ed una adeguata attività fisica e sono stati svolti in collaborazione con la UOC Igiene Alimenti e Nutrizione e con l'UIISP (Unione Italiana Sport per Tutti).

Tabella 2.29 - Prevenzione nelle scuole. Anni 2011-2013.

ANNO	SCUOLE VISITATE	ORE FRONTALI EDUCAZIONE
2011	13	27
2012	12	26
2013	13	27

Fonte: Dipartimento di Prevenzione.

2.7.5 - Igiene della produzione, trasformazione, commercio alimenti di origine animale

Il settore di attività ha visto negli ultimi anni l'implementazione della normativa comunitaria in materia di igiene; ciò ha portato ad un cambiamento radicale nell'impostazione dei controlli ufficiali e ad una piena responsabilizzazione da parte dell'operatore.

Le verifiche circa l'implementazione della normativa comunitaria in materia di igiene degli alimenti vanno effettuate attraverso specifici audit di settore tenendo conto anche delle raccomandazioni emerse nel corso delle ispezioni/audit del Food Veterinary Office della Commissione Europea. Particolare attenzione è rivolta al settore dei prodotti della pesca, al settore del latte e della carne, nonché alla ricerca dei residui e dei contaminanti ambientali, in conformità alle linee guida regionali.

Nel settore dei residui, l'impegno riguarda la declinazione a livello territoriale del Piano Nazionale per la Ricerca dei Residui ed il Raggiungimento.

Nella tabella 2.30 seguente viene illustrata l'attività svolta nell'ultimo triennio

Tabella 2.30 - Attività IPTCA. Anni 2011-2013.

Attività	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Controlli Ispettivi animali macellati	N° 82454	N° 83253	N° 77335
Fatturato	€ 155.977,65 + 59.153,50 (Visite suini e cinghiali)	€ 150.890,84 + 8.411,80 + 72.712,57 (Visite suini e cinghiali)	€ 146.174,14 + 5.200 + 70.421 (Visite suini e cinghiali)
Verifica conformità strutture riconosciute Reg. CE 853/2004	N° 45	N° 45	N° 44
Ispezioni per analisi del rischio	N° 44	N° 51	N° 50
Campionamento alimenti (PRIC)	N° 105	N° 91	N° 96
Verifica SCIA	N° 147 + 26 (Istruttorie ric. Reg. CE 853/2004)	N° 147 + 18 (Istruttorie ric. Reg. CE 853/2004)	N° 104 + 4 (Istruttorie ric. Reg. CE 853/2004)

Fonte: UOC IPTCA.

2.7.6 - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Promuove le pratiche di allevamento e il benessere degli animali per prevenire i pericoli collegati alla salute degli animali e minimizzare l'impatto ambientale a sostegno della strategia dell'Unione Europea a favore dello sviluppo sostenibile. Nel settore della protezione degli animali da reddito, tra gli obiettivi prioritari si ritrova quello inerente il miglioramento dell'attività di controllo. A tal fine è stato elaborato il Piano Nazionale Benessere Animale (PNBA), partito in via sperimentale nell'anno 2008 con la programmazione dei controlli in allevamento, che dal 2010 include anche la programmazione dei controlli per la tutela del benessere animale durante il trasporto e la macellazione e la formazione degli operatori.

Nel settore degli animali d'affezione l'obiettivo prioritario consiste nella realizzazione della corretta relazione uomo-animale per tutelare la salute e il benessere degli animali, la salute e l'incolumità pubblica e contrastare e prevenire maltrattamenti, abbandoni e randagismo.

Nella tabella 2.31 viene illustrata l'attività svolta nell'ultimo triennio.

Tabella 2.31 - Attività IAPZ. Accessi anni 2011-2013.

Attività I.A.P.Z.	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Vigilanza veterinaria permanente sulle produzioni primarie (piccioni, conigli, trote, miele)	20	21	16
Vigilanza sulla utilizzazione degli animali da esperimento	0	0	0
Vigilanza preventiva e permanente sugli impianti e concentramenti di animali, nonché trasformazione e risanamento dei sottoprodotti, avanzi e rifiuti di origine animale Reg. CE 1069/2009	43	31	21
Vigilanza sui farmaci ad uso veterinario (farmacovigilanza)	101	86	48
Vigilanza sulla fecondazione artificiale e riproduzione animale (monta equina)	48	45	28
Vigilanza e controllo sull'alimentazione animale (mangimi)	91	86	54
Vigilanza sul benessere animale in allevamento e durante i trasporti animali vivi	135	114	81
Controllo latte crudo delle produzioni animali	108	112	74
Piano residui mattatoio	72	142	162
Piano residui allevamenti	67	158	178
Animali esotici	0	0	2
Piano regionale salmonelle galline ovaiole	4	6	5
Verifica Scia attività primarie	16	33	26

Fonte: UOC IAPZ.

2.7.7 - Sanità animale

Nell'Azienda di Rieti la situazione sanitaria del patrimonio zootecnico, in forza dei piani di eradicazione e di sorveglianza messi in atto da anni, può essere considerata molto soddisfacente: il nostro territorio ha ottenuto il riconoscimento della Comunità Europea di "Provincia ufficialmente indenne per TBC, BRC Bov., BRC O.C. e L.E.B.".

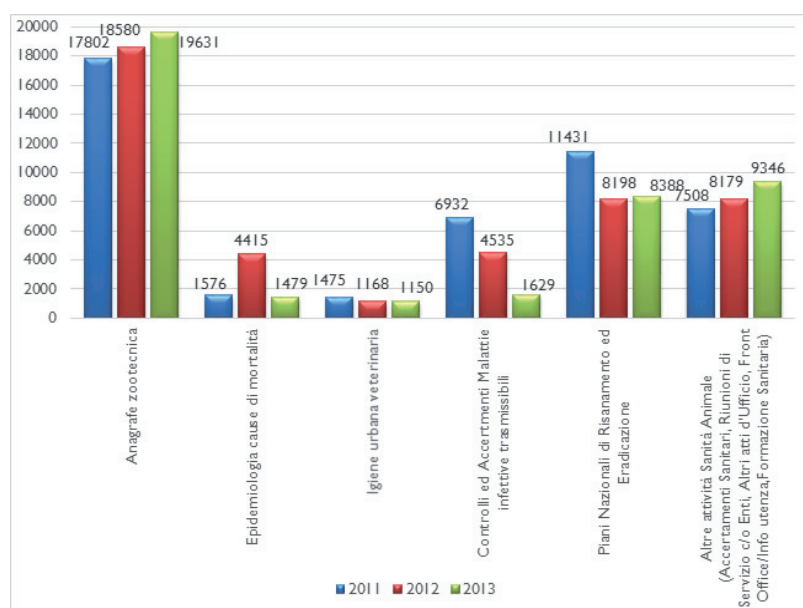
Tutto ciò, rappresenta un vantaggio sanitario ed economico, sia per gli allevatori che per l'Azienda USL Rieti, che vede abbattuti i costi per i controlli sugli allevamenti in termini di personale, attrezzature, strumenti e mezzi di trasporto.

Tutte le azioni e attività messe in campo sono conformi alla nuova strategia per la salute degli animali dell'Unione Europea (2007-2013): "Prevenire è meglio che curare", che ha fissato alcuni obiettivi ambiziosi per migliorarne la salute.

2.7.8 - Anagrafe zootecnica ed insediamenti produttivi

L'anagrafe zootecnica costituisce uno degli strumenti più importanti per l'attività dei servizi veterinari, in quanto consente la conoscenza dell'entità e delle peculiarità del patrimonio zootecnico. Ciò consente di valutare l'impatto ambientale dei vari tipi di produzione, monitorare lo stato sanitario degli allevamenti e prevenire le epidemie, garantire la salubrità degli alimenti per gli animali e per l'uomo, intervenire a tempo debito in caso di incidente sanitario lungo tutta la filiera produttiva.

Figura 2.16 - Attività Sanità Animale. Anni 2011-2013.



Fonte: UOC Sanità Animale

Tabella 2.32 - Tutela diritti degli animali. Anni 2011-2013.

TUTELA DEI DIRITTI DEGLI ANIMALI REGIONE LAZIO			
	2011	2012	2013
N° CANI ISCRITTI ALL'ANAGRAFE	3650	4230	3860
N° CANI ancora ISCRITTI ma ritenuti DECEDUTI	670	430	560
N° CANI RICOVERATI NEI CANILI	507	580	600
N° CANI ritenuti RANDAGI	2500	2800	3000
N° CANI STERILIZZATI	114	190	230
Trasferimenti di proprietà	98	114	108
Adozioni	32	28	32
Passaporti rilasciati	230	304	311
N° colonie feline presenti (censite)	160	180	150
N° GATTI STERILIZZATI	182	210	190

Fonte: UOC Sanità Animale.

2.8 - La Salute Mentale

L'attività psichiatrica della ASL di Rieti è organizzata attraverso una rete assistenziale composta dai Centri di Salute Mentale, dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), dai Centri Diurni (strutture riabilitative semiresidenziali), dalle Residenze Sanitarie Assistite (ARS) e dalle strutture riabilitative residenziali. Il Dipartimento di Salute Mentale si costituisce pertanto in un complesso di strutture e servizi tra loro integrati che sono in grado di accogliere l'intera domanda psichiatrica del territorio attraverso una presenza diffusa di ascolto e una continuità d'assistenza, che ha l'obiettivo di passare dalla psichiatria di "contenimento" a quella di prevenzione, cura e riabilitazione.

Nell'anno 2013 i tre **Centri di Salute Mentale** (Rieti, Salto Cicolano, e Poggio Mirteto) hanno erogato n. **32.750** prestazioni così articolate:

- attività di consulenza e di medicina legale;
- pronta emergenza diurna;
- visite psichiatriche ambulatoriali e domiciliari;
- colloqui ambulatoriali e domiciliari;
- progetti terapeutico riabilitativi intensi domiciliari;
- interventi socioassistenziali;
- psicoterapia individuale;
- colloqui psicologici;
- psicodiagnosi;
- somministrazione test psicodiagnostici;
- somministrazione terapie farmacologiche;
- elaborazione di progetti per l'inserimento in strutture intermedie (Centro Diurno e Comunità Terapeutica);
- inserimenti in tirocini terapeutico-riabilitativi occupazionali;
- incontri con i familiari;
- incontri con gli operatori scolastici e/o con gli operatori dei servizi sociali comunali.

Tabella 2.33 - Numero e tipologia dei pazienti presi in carico nei Centri di Salute Mentale anno 2013.

Diagnosi	N. di Pazienti in carico
Disturbi d'ansia	1.134
Disturbi schizofrenici	439
Disturbi affettivi	524
Disturbi della personalità	104
Demenze	314
Insufficienzamentale	89
Alcolismo e tossicodipendenze	65
Altridisturbi	160
Non psichiatrico	100
TOTALE	2.929

Fonte: Dipartimento Salute Mentale.

Il **Servizio Psichiatrico Ospedaliero** (SPDC) si occupa dei pazienti ricoverati in degenza ordinaria per acuzie psichiatrica, in TSV, in TSO ed in day-hospital e garantisce la loro gestione a 360° rivolgendo particolare attenzione alla condizione di "fragilità" attraverso una "rete" di prestazioni estesa a tutti i bisogni dell'individuo sia in ambito medico che in quello socio-assistenziale. La presa in carico in SPDC avviene attraverso l'analisi dei bisogni del singolo e del suo contesto di appartenenza e comporta un impegno elevato di tutte le figure professionali coinvolte. In altre parole, si cerca di far sì che il momento del ricovero rappresenti non un evento traumatico, di "rottura", ma un'occasione di riformulazione dei bisogni e di riprogrammazione delle modalità operative attraverso la "personalizzazione degli interventi". Le dimissioni dei pazienti vengono concordate con i referenti psichiatrici territoriali con appuntamento prefissato per il controllo clinico successivo.

Nella tabella 2.34 viene riportata l'attività svolta dall'SPDC nell'anno 2013.

Tabella 2.34 - Attività SPDC anno 2013.

DATI ATTIVITA' SPDC	Totale
Ricoveri ordinari	434
Ricoveri in DAY HOSPITAL	70
Totale Prestazioni:	2155
di cui Prestazioni per interni	981
di cui Prestazioni per utenti esterni	1174

Fonte: Dipartimento Salute Mentale

Le **Residenze Sanitarie Assistite** hanno effettuato nel 2013 n. **87** ricoveri residenziali, per un totale di 6.815 giornate di ospitalità, con la seguente tipologia di prestazioni:

- elaborazione di progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, in collaborazione con i servizi territoriali di competenza;
- attività socio-riabilitative;
- interventi psicoterapici e riabilitativi individuali e di gruppo;
- terapie farmacologiche;
- incontri con i familiari.

La Villa
35 utenti

Girasoli
52 utenti

I tre **Centri Diurni** (Rieti, Salto Cicolano e Poggio Mirteto) hanno assistito nel 2013 a n. 243 utenti in regime semiresidenziale, con attività ricreative, espressive e terapeutico-riabilitative. La tipologia delle prestazioni è la seguente:

- attività ricreative;
- attività ludico-espressive;
- attività terapeutico-riabilitative personalizzate e di gruppo;
- arteterapia;
- montagneroterapia.

Centro Diurno
Rieti
102 utenti

Centro Diurno
Poggio Mirteto
73 utenti

Centro Diurno
Salto Cicolano
68 utenti

Il Dipartimento di Salute Mentale ha istituito ed erogato 66 **“Borse lavoro”** offrendo ai pazienti psichiatrici la possibilità di accedere a un programma riabilitativo basato sul reinserimento nel contesto sociale e lavorativo. Ha altresì assistito in modo integrato con i Comuni di appartenenza n.34 utenti affetti da patologie psichiatriche croniche stabilizzate con esiti difettuali e disabilità; sono ospiti delle otto Case Supportate, attivate dal DSM in seguito al processo di deistituzionalizzazione e di deospedalizzazione manicomiale.

Il DSM inoltre collabora attivamente con l'Area Sanitaria Penitenziaria, fornendo assistenza psichiatrica, psicologica e sociale ai pazienti detenuti ed ai “Nuovi Giunti” della Casa Circondariale “Nuovo Complesso” ed ha erogato n. **6166** prestazioni, la cui tipologia viene riportata nella tabella 2.35.

Tabella 2.35 - Attività Casa Circondariale Anno 2013.

Tipo di Attività	Numero prestazioni
Attività Psicologica	1.558
Colloqui di primo ingresso “Nuovi Giunti”	446
Colloqui di supporto psicologico	1.112
Attività Psichiatrica	1.644
Visite psichiatriche	1.644
Attività Assistenti Sociali	2.964
Colloqui effettuati singolarmente con i detenuti	1.040
Riunioni con referenti sanitari, psicologici ed educatori	364
Telefonate con familiari dei detenuti, richieste certificazioni di tossicodipendenza e/o altro, colloqui servizi territoriali esterni, colloqui UEPE di riferimento, riunioni d'equipe con l'area educativa	1.560

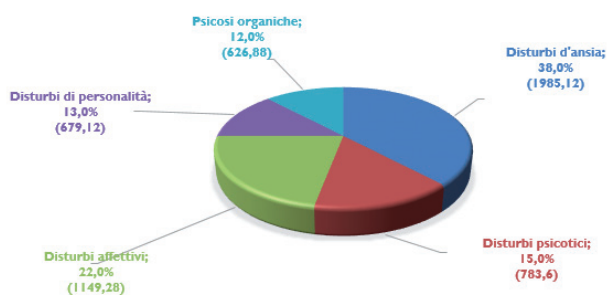
Fonte: Dipartimento Salute Mentale

Più in generale, nell'anno 2013 sono stati assistiti dai vari servizi del DSM n. **5224** utenti dei quali:

- n. 2929 dai CC.SS.MM. di Rieti;
- n. 504 in regime di attività di ricovero ordinario ed in Day Hospital;
- n. 87 in regime di attività di ricovero in strutture residenziali del DSM;
- n. 516 presso la Casa Circondariale “Nuovo Complesso”;
- n. 1174 in attività ambulatoriale ospedaliera.
- n. 7 casi giudiziari ed ex giudiziari;
- n. 7 ex art. 26 inseriti in strutture private accreditate extraregionali ed in carico al DSM (vengono effettuate visite periodiche con valutazione clinica).

Dall'analisi della figura 2.17, relativa alla classificazione diagnostica dei pazienti seguiti dal DSM nell'anno 2013, emerge che la prima causa di disturbi riguarda l'ansia (reazioni acute da stress e disturbi dell'adattamento), seguiti dai disturbi affettivi e psicotici, correlati all'abuso di sostanze, all'insufficienza mentale e alle demenze.

Figura 2.17 - Pazienti e macro-categorie diagnostiche. (Tra parentesi il numero stimato dei pazienti).



Fonte: Dipartimento Salute Mentale

Nel 60% dei pazienti in cura al DSM affetti da patologie psichiatriche gravi è stato evidenziato un grave disagio ed un carico eccessivo nel contesto familiare. Inoltre, le difficoltà economiche e socio-culturali, l'isolamento relazionale nel contesto ambientale aumentano la frequenza di recidive e favoriscono la strutturazione di disturbi psichiatrici e di patologie d'abuso in altri componenti della famiglia.

Nel 15% dei pazienti ricoverati in acuzie non è stata evidenziata una patologia psichiatrica, ma un disagio acuto ed un disturbo dell'adattamento dovuto a motivazioni socio-economiche e a tensioni e conflittualità familiari importanti. Per tali pazienti potrebbe essere più utile ed appropriato un supporto assistenziale in un contesto ambientale protetto dove sia possibile gestire la crisi in 24/48 ore con la pianificazione di un progetto di presa in carico territoriale multi professionale.

Un ulteriore 25% dei ricoveri effettuati in SPDC, sia in degenza ordinaria che in Day Hospital, riguarda pazienti affetti da disturbi affettivi gravi (depressione maggiore con elevato rischio suicidario, reazioni depressive, etc..) che sono in aumento del 10% rispetto agli anni precedenti.

La tipologia dei pazienti sopra indicati, proprio per le caratteristiche psicopatologiche, deve essere assistita in un contesto ambientale confortevole e dedicato: in altri termini questi pazienti non possono stare insieme a pazienti con caratteristiche psicopatologiche diverse (disturbi del comportamento, aggressività eterodiretta, acting-out, clamorosità degli atteggiamenti), ma devono avere l'opportunità di essere curati in un'area dedicata.

Di tutti i pazienti assistiti dal DSM, solo l'1,7% ha potuto usufruire di percorsi terapeutico – riabilitativi individuali in strutture residenziali del DSM. Tale percentuale è lontanissima dal fabbisogno minimo che si attesta sul 7%.

Premesso infine che è operativo, con il SERT, un Protocollo d'intesa per la sola gestione clinica degli utenti in doppia diagnosi, dai dati si rileva che il 5% dei ricoveri in acuzie e sub-acuzie in SPDC o in strutture psichiatriche esterne private riguarda pazienti affetti da patologie d'Abuso e da disturbi psicopatologici gravi correlati. La mancanza, sul territorio, di piccole unità abitative destinate ai pazienti in doppia diagnosi non permette, al momento, di pianificare percorsi terapeutico-riabilitativi più articolati sia in termini di reinserimento sociale che lavorativo.

2.9 - Le Dipendenze

Il fenomeno delle dipendenze è oggetto di grande attenzione nel territorio della ASL, proprio per tale motivo, al fine di ovviare alle difficoltà di collegamento esistenti fra i vari comuni della Provincia, l'Azienda ha implementato l'attività creando due presidi distrettuali dedicati, nei comuni di Rieti e Poggio Mirteto, e potenziando la presenza dell'équipe sul territorio.

L'attività è oltretutto aumentata negli anni a seguito dell'empowerment e della sensibilizzazione svolta, come si evince nella tabella 2.36.

**Numero di utenti dei Ser.T della
ASL di Rieti (2013):
792 Sostanze maggiormente
consumate**

**Eroina: (47% degli utenti)
Alcol: (45% degli utenti)**

Tabella 2.36 - Attività SeRT Triennio 2011-2013.

n. utenti trattati	2011			2012			2013		
	T.D.	CARCERE	ALCOL	T.D.	CARCERE	ALCOL	T.D.	CARCERE	ALCOL
n. nuovi utenti	63	20	62	22	55	67	18	111	75
certificazioni	116			102			237		
consulenze	132			68			175		

Fonte: UOC Statistica Sanitaria Determinanti della Salute

Dall'analisi dei dati emerge che il target nel triennio di riferimento si è andato progressivamente modificando per tipologia e fascia d'età:

- **è diminuita l'età di primo accesso:** nel 2011 sono stati presi in carico n. 3 pazienti minori e n. 25 pazienti nella fascia d'età 18 – 27 anni; nel 2012 i pazienti minori sono stati n. 5 e n. 21 di età compresa tra i 18 e i 27 anni; nel 2013 sono giunti al Servizio n. 4 minori e n. 17 pazienti tra i 18 e i 27 anni. Nel 2013 hanno avuto in carico 792 utenti. Rispetto al tipo di dipendenza, si tratta di tossicodipendenti nel 55% circa dei casi (439 utenti) e di alcolisti nel 45% circa dei casi (353 utenti);
- si è passati **da consumatori di eroina a consumatori di altre sostanze**, comprese le droghe sintetiche vendute via internet e a poliassuntori; ciò ha reso estremamente problematico fare diagnosi, prendere in carico i pazienti, diversificare e personalizzare i trattamenti.

Analizzando i dati del 2013 risulta che il 55% dei pazienti in carico è affetto da patologie legate alla tossicodipendenza, mentre un 45% ha dipendenze legate all'alcool.

Rispetto alla tipologia di sostanza consumata, l'85% dei tossicodipendenti sono in trattamento per abuso di eroina mentre il restante 15% circa per cocaina e cannabinoidi.

Rispetto ai nuovi utenti che si sono rivolti nel 2013 ai servizi per il trattamento delle dipendenze, l'81% dei casi (75 utenti) sono alcolisti, mentre il restante 19% sono tossicodipendenti.

Questi dati confermano la tendenza registrata negli ultimi anni di un forte incremento della dipendenza da alcool. Si è osservato inoltre, un aumento delle persone con problematiche di dipendenza da comportamento, come il gioco d'azzardo.

Relativamente agli accessi al Sert il dato è pressoché in linea con il trend regionale, mentre il fenomeno alcolismo si è manifestato in tutta la sua estensione e complessità al punto che l'Ambulatorio alcologico, per nuovi accessi e per frequenza, rappresenta una delle realtà regionali più significative.

A tale analisi va aggiunto che l'uso di sostanze si è andato sempre di più "intrecciando" con la malattia mentale, con i disturbi di personalità e con patologie neurologiche ed internistiche.

Per effetto della Legge n. 189/2012 (Decreto Balduzzi) si sta intensificando inoltre la richiesta di intervento per problematiche di dipendenze senza sostanza (gambling): n. 3 nuovi pazienti nel 2011, n. 3 nel 2012 e n. 6 nel 2013.

4 Gruppi AMA (Auto Mutuo Aiuto)

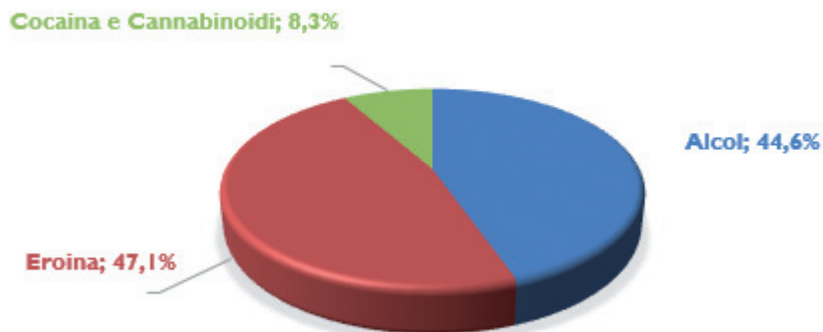
La necessità di dare risposte differenziate ai minori ed alle loro famiglie ha comportato la necessità di creare un'offerta riservata in spazi appositamente dedicati, aderendo al progetto "Non è mai troppo presto" promosso dal Dipartimento delle Politiche Antidroga.

Elemento centrale oltre alla cura delle patologie legata alla tossicodipendenza e all'alcoolismo, è la prevenzione nelle scuole medie superiori che avviene attraverso i C.I.C. (Centri Informazione e Consulenza), attività svolta da équipe integrate formate da operatori psicosociali. L'attività di prevenzione primaria è rivolta non solo agli studenti, ma anche ai genitori e agli insegnanti. Gli strumenti utilizzati sono quelli dell'ascolto dedicato (durante il quale si danno informazioni e si consiglia il ricorso ai servizi territoriali competenti ove necessario) e dello svolgimento di progetti nelle classi e/o interclassi finalizzati all'educazione alla salute psicologica.

Nell'anno scolastico 2012/2013 sono stati effettuati 273 incontri e 548 colloqui (408 con gli studenti, 105 con gli insegnanti e 35 con i genitori).

Importante è anche l'attività fornita a supporto del nuovo istituto penitenziario che ha visto nel tempo un aumento considerevole della domanda, sempre più eterogenea, soprattutto adolescenziale.

Figura 2.18 - Utenti dei Ser.T della ASL di Rieti per tipo di sostanza assunta.



Fonte: UOC Statistica Sanitaria Determinanti della Salute

2.10 - L'Età Evolutiva

Nel mondo della prevenzione infantile, adolescenziale e femminile, le innumerevoli sollecitazioni obbligano ad una maggiore qualificazione dei programmi, dei metodi e dei prodotti. L'incremento del disagio adolescenziale, dei disturbi alimentari, delle problematiche prematrimoniali e matrimoniali, ma anche i problemi emergenti, legati ai fenomeni migratori, alla prevenzione della gravidanza indesiderata (IVG), alle problematiche relative agli affidi, alle adozioni e agli abbandoni familiari, propongono nuovi bisogni. Ciò induce una domanda di prestazioni a cui i servizi aziendali non sono sempre in grado di dare sollecite ed adeguate risposte, sia per il carico di lavoro che l'incrementata attività ha generato, sia per un progressivo e costante decremento del personale dedicato.

In merito ai **disturbi della sfera neuropsichiatrica**, l'Azienda attraverso le sue diverse articolazioni organizzative, ha predisposto e condiviso linee guida, attenendosi a quanto definito dalla L. 104/1992 e dalla L. 170/2010, ha curato e continua a curare i rapporti con gli Enti Locali, con l'USP e con i centri accreditati. La condivisione delle linee guida operative facilita la standardizzazione dei comportamenti e l'omogeneità delle risposte ciò è particolarmente importante in una situazione in cui le equipe sono incomplete e spesso composte da personale non dipendente.

150
nuovi casi
ogni anno

La popolazione afferente ai servizi TSMREE è in continuo aumento: ogni anno giungono in media più di 150 nuovi casi. L'aumento esponenziale negli anni dei pazienti, che dopo la diagnosi restano in carico ai servizi, richiede un sempre maggior impegno nell'effettuazione dei controlli clinici, ciò comporta un aumento dei tempi d'attesa per la prima visita che, nell'ultimo anno, è passato da tre a sei mesi.

I pazienti inseriti nel circuito riabilitativo sono attualmente 588, di questi molti ricevono interventi parziali e discontinui. La disponibilità imminente di nuovi centri accreditati, rappresenterà una importante opportunità che contribuirà a fornire risposte professionali. Resterà sempre in capo ai servizi aziendali l'importante compito di controllo sul piano dell'accesso e della presa in carico che prevede valutazioni multidisciplinari periodiche dei pazienti e richiede equipe dedicate complete.

Prima visita a
6 mesi

I **consultori pediatrici**, svolgono prevalentemente attività di prevenzione sulle patologie dell'età evolutiva, visite periodiche per il controllo dell'accrescimento del neonato e del bambino, sostegno dell'allattamento materno, consulenze nel campo nutrizionale.

Nel corso dell'ultimo triennio gli accessi non hanno subito variazioni rilevanti (circa 2.000 visite pediatriche/anno), eccezion fatta per l'anno 2012 che ha registrato un lieve calo nelle presenze, dovuto al trasferimento presso la nuova sede.

2.000
visite
pediatriche/anno

Il consultorio pediatrico, seguendo le linee guida UNICEF per il "territorio amico del bambino", si sta proponendo come punto di riferimento per la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno e questo si è reso possibile grazie all'integrazione delle diverse figure professionali appositamente formate. Attività dei consultori pediatrici, che svolge un ruolo di primo piano, è quella svolta a favore degli asili nido comunali, dove vengono svolte visite di ammissioni e controlli periodici di tutti i bambini, nonché vengono elaborate tabelle dietetiche, controllate le situazioni vaccinali e fornito supporto in tema igienico-sanitario. Tale attività abbraccia circa 350 bambini, per un impegno ogni anno di 1.000 visite e controlli.

Nell'**ambulatorio pediatrico** vengono effettuate tutte le vaccinazioni previste dal piano nazionale e regionale vaccini per l'età evolutiva (0-18 anni), nonché le eventuali sedute vaccinali di campagne straordinarie, come ad esempio HPV.

Il numero di utenti che afferiscono al servizio è notevole, basti pensare che nel solo Distretto 1 ogni anno accedono circa 3.000 utenti, ed il numero di dosi di vaccino somministrate annualmente è di circa 7.000, in aumento nel 2014 a seguito dell'introduzione di nuove vaccinazioni.

L'Azienda pone particolare attenzione alla promozione della **prevenzione infantile nelle scuole**. Nel corso dell'ultimo triennio sono stati realizzati screening auxologico, pediatrico e visivo per gli

ASL Rieti
"Territorio amico
del bambino"

alunni delle classi primarie di tutti gli Istituti Secondari di primo grado del Distretto n. 1, ciò ha comportato l'offerta di circa 650 visite/anno in media.

Nelle classi prime di tutte le scuole primarie della provincia è stato effettuato uno screening dei difetti visivi che ha coinvolto circa 900 alunni/anno.

5.000
utenti

Tale attività non si esaurisce in un unico contatto, qualora si ravvisi la necessità, infatti i soggetti potenzialmente sospetti o francamente patologici vengono inviati presso gli ambulatori specialistici dedicati.

Nell'anno in corso è ripresa l'attività di prevenzione odontoiatrica nelle scuole elementari che ha coinvolto circa 360 alunni.

L'Azienda partecipa anche al programma UNPLUGGED per la prevenzione del fumo e dell'uso delle sostanze negli adolescenti. Annualmente i medici e gli psicologi del Gruppo di Lavoro Aziendale formano i docenti delle scuole della provincia che a loro volta formeranno gli alunni. Ad oggi sono stati formati 100 insegnanti distribuiti in 20 scuole del territorio provinciale.

Sul fronte dei servizi dedicati alla **tutela della donna e della coppia**, si è registrata, negli ultimi anni, una carenza di personale dedicato e la disattivazione di alcuni progetti regionali finanziati che hanno comportato un importante decremento dell'attività.

Un'iniziativa importante e gradita dalla popolazione è rappresentata dai corsi di preparazione al parto realizzati durante tutto l'anno a favore dei futuri genitori e che vedono una forte integrazione fra le strutture territoriali e quelle ospedaliere. I corsi hanno la finalità di promuovere la prevenzione della salute nel neonato, nella donna e nella coppia con l'obiettivo dichiarato di ampliare informazioni, competenze e consapevolezza genitoriale riguardanti le delicate fasi della gravidanza, del

7.000
dosi/anno

parto e del puerperio; sostenere e favorire la nuova relazione mamma-bebè-papà; promuovere una cultura della prevenzione e attenzione all'infanzia.

650
visite/anno nelle
scuole medie

Infine in tema di prevenzione e salute adolescenziale, rivolta ai giovani fra i 14 e i 20 anni, il Consultorio Adolescenti promuove progetti di prevenzione ed educazione alla salute. Il gruppo di lavoro multiprofessionale presente effettua accoglienza, diagnosi, interventi psicoterapeutici e di sostegno psicologico, consulenza e supporto ai genitori e alle figure adulte di riferimento.

screening visivo
900
alunni/anno

E' stata inoltre avviata una formazione specifica degli operatori in tema di **disturbi del comportamento alimentare** che ha permesso l'attivazione di un ambulatorio dedicato e la creazione di un modello di rete aziendale che vede coinvolte diverse unità operative territoriali ed ospedaliere.

Programma
UNPLUGGED
Formati 100 insegnanti

2.11 - La Medicina di Base

Nel territorio della Asl Rieti, nel triennio 2011/2013 hanno operato i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta e medici di Continuità Assistenziale di cui alla tabella 2.37.

Tabella 2.37 - Medici del territorio operanti nella Asl Rieti nel triennio 2011-2013.

ASL Rieti	Medici di Medicina Generale	Pediatri di Libera Scelta	Medici di Continuità Assistenziale
Anno 2011	136	20	57
Anno 2012	132	20	57
Anno 2013	130	20	57

Fonte: U.O.C. D.A.F.I.

Nell'anno 2011 la Direzione Aziendale ha sottoscritto con le Organizzazioni Sindacali dei MMG maggiormente rappresentative in ambito provinciale, un Protocollo d'Intesa finalizzato a promuovere interventi sul territorio per razionalizzare ed aumentare la qualità delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, mediante un maggiore e diverso coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale. In esecuzione dei punti del citato Protocollo sono stati approvati successivi Accordi Aziendali che hanno consentito l'avvio ed il successivo consolidamento dei seguenti interventi:

- Punto di Primo Intervento presso il CeCAD di Magliano Sabina;
- Degenza Infermieristica presso il CeCAD di Magliano Sabina;
- Supporto di medici palliativisti presso l'Hospice "San Francesco" di Rieti.

Sono attive attualmente sul territorio Aziendale una Centrale d'Ascolto e 13 sedi di Continuità Assistenziale nei comuni di:

- Amatrice;
- Ascrea;
- Cittaducale;
- Corvaro;
- Leonessa;
- Magliano Sabina;
- Osteria Nuova;
- Passo Corese;
- Poggio Moiano;
- Rieti (tre sedi);
- Sant'Agapito.

2.12 - La Sanità Penitenziaria

Nel territorio della ASL di Rieti è presente un unico istituto penitenziario, la Casa Circondariale Nuovo Complesso di Rieti, ubicato a Vazia, località a 5 km dal Comune capoluogo. Il complesso, di nuova costruzione, ha una popolazione carceraria attualmente di circa 320 detenuti, destinata ad incrementare di ulteriori 100 unità.

Tenuto conto che le esistenti strutture di medicina penitenziaria, attivate come previsto dal DPCM 1° aprile 2008 e che constano attualmente di un medico incaricato, 4 medici SIAS (Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria), 2 infermieri, e diversi specialisti (odontoiatra, psichiatra, cardiologo, dermatologo) appaiono largamente inadeguate a rispondere efficacemente alle attuali esigenze assistenziali. Per sopperire a tale carenza nel 2014 è stato attivato un Servizio di Assistenza Sanitaria H24 mediante medici di continuità assistenziale e medicina generale reclutati tramite Avviso.

2.13 - L'Attività di Screening

Le indicazioni della comunità scientifica internazionale affermano che l'attivazione di programmi di prevenzione con screening organizzati, mirati a fasce di popolazione a rischio, sono il metodo più efficace per prevenire o diagnosticare precocemente le malattie e quindi poter intervenire con le cure necessarie. Nella Regione Lazio sono stati attivati tre programmi di prevenzione di screening: colon-retto, mammella e cervice uterina. Tali screening coniugano equità (la prevenzione è indistintamente offerta a tutti), qualità (presenza di programmi certi e controllati da accreditamento e da verifica in tutte le fasi) e gratuità (l'onere è a totale carico dello Stato e della Regione, con esenzione del ticket). I tre screening nel tempo sono stati gestiti con regolarità e con buoni risultati raggiungendo, per la mammella, un'adesione di circa il 40%. Nel 2013 l'attività è stata interrotta.

Figura 2.19 - Attività screening.

MAMMELLA	2013	2014 I° TRIM	STANDARD
estensione	20%	sospeso	> 90%
adesione	65%		≥ 50%

CERVICE UTERINA	2013	2014 I° TRIM	STANDARD
estensione	39%	sospeso	> 90%
adesione	39%		≥ 40%

COLON RETTO	2013	2014 I° TRIM	STANDARD
estensione	8%	sospeso	> 90%
adesione	24%		≥ 45%

Fonte dati Regione Lazio – Elaborazione UOC Sviluppo Strategico e Organizzativo.

3 - Il Patrimonio

3.1 - Il capitale umano

Le risorse umane costituiscono l'elemento strategico ed il fattore critico di successo di tutte le organizzazioni produttive ed in particolare delle organizzazioni sanitarie, dove le conoscenze e le competenze professionali degli operatori sono direttamente connesse alla qualità delle prestazioni in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza.

Lo sviluppo delle risorse umane rappresenta in ambito sanitario uno dei fattori determinanti in quanto, trattandosi di servizi diretti alle persone, il rapporto utente-operatore è significativamente caratterizzato dal grado di personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni, al punto che il giudizio sulla qualità dei servizi ne è fortemente influenzato.

Le modificazioni intervenute a livello legislativo aprono nuove possibilità di sviluppo dei servizi sanitari attraverso la valorizzazione del personale delle professioni sanitarie. Tale valorizzazione consiste in un allargamento delle competenze che ne sfrutti pienamente il carattere professionale.

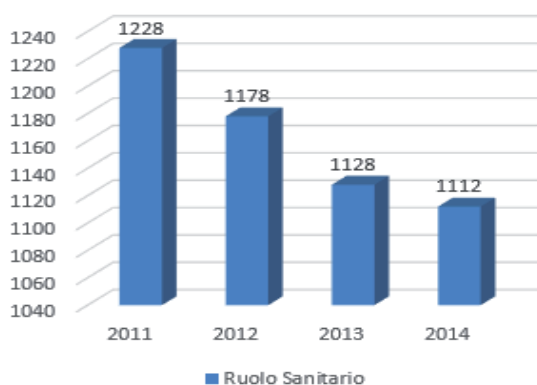
Altrettanto importante è la questione della responsabilità gestionale e professionale, intesa come ruolo che i Direttori di Dipartimento e delle Strutture Complesse e Semplici devono svolgere per il corretto uso delle risorse. Occorre quindi investire sul tema dell'integrazione all'interno dei Dipartimenti e tra i Dipartimenti, ricercando la massima sinergia strutturale ed organizzativa, in modo tale che ciascun operatore sia utilizzato nel modo più proficuo possibile sia per la propria soddisfazione professionale, sia per la qualità del servizio reso all'utenza.

Purtroppo i vincoli assunzionali risultano quanto mai stringenti in quelle regioni, come la Regione Lazio, sottoposte a Piano di rientro dal deficit del settore sanitario.

A tale proposito si rileva che, a causa delle note e reiterate disposizioni regionali in materia di reclutamento del personale e di blocco del turn over, non è stato possibile procedere, negli anni passati, in particolare a partire dal 2007, ad assunzioni a tempo indeterminato, salvo specifiche ed eccezionali deroghe concesse dalla Regione (n° 13 in 7 anni a fronte di n. 378 cessazioni).

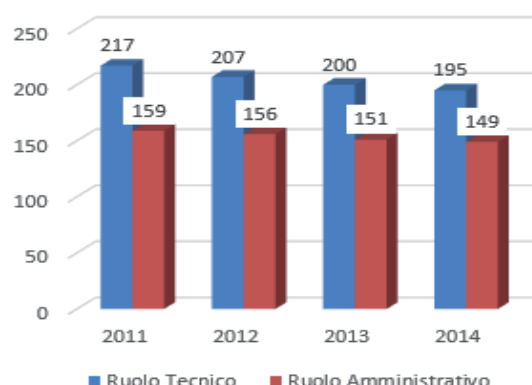
Ciò ha determinato, come si evince dalle figure 2.20 e 2.21, un consistente e progressivo decremento del personale a tempo indeterminato.

Figura 2.20 - Variazione personale a tempo indeterminato Ruolo sanitario - Anni 2010-2013.



Fonte: U.O.C. Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

Figura 2.21 - Variazione personale a tempo indeterminato ruolo tecnico e amministrativo. Anni 2010-2013.



Fonte: U.O.C. Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

Come riportato in maniera esaustiva nella Parte 1 del Piano, la provincia di Rieti si insinua nelle regioni Umbria, Marche ed Abruzzo ed ha una viabilità di gran parte del territorio che degrada naturalmente e facilmente nelle province viciniori. Tale particolare condizione ha determinato la cessazione dal servizio per mobilità extraregionale di parte del personale a tempo determinato che, per avvicinarsi al proprio domicilio, ha effettuato e vinto concorsi o avvisi nelle regioni limitrofe, non soggette a stretti vincoli per l'assunzione.

Tale condizione è diametralmente opposta a quella delle Aziende sanitarie ed ospedaliere di Roma Capitale, che si connotano per essere Aziende di “arrivo” e non già di transizione, come quella di Rieti. Per far fronte alle carenze di personale, si è proceduto, dal 2012, ad una riorganizzazione delle attività ospedaliere mediante:

- riduzione dei posti di area chirurgica attraverso l'accorpamento dei due reparti di Chirurgia;
- accorpamento dei reparti di Oftalmologia, Otorinolaringoiatria e Chirurgia Vascolare in un'area multidisciplinare;
- attivazione di un'area di Day Surgery centralizzata e multidisciplinare;
- incremento dei volumi di APA e PAC;
- attivazione della dimissione protetta.

Nonostante la riorganizzazione attuata, la situazione di grave depauperamento degli organici, già sottodimensionati in taluni servizi, ha prodotto frequenti episodi di temporanea ed eccezionale criticità organizzativa. Di qui la crescente necessità di ricorrere a soluzioni temporanee, necessarie al fine di continuare a garantire i livelli essenziali e obbligatori di assistenza, scongiurando interruzioni nell'erogazione delle prestazioni.

Figura 2.22 - Composizione percentuale del personale - Anno 2013.



Fonte: U.O.C. Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

Il maggiore ricorso al lavoro interinale, anziché ad assunzioni a tempo determinato, è stato causato anche dalla difficoltà di ottenere in tempi rapidi la pubblicazione degli avvisi di selezione, essendo state introdotte complesse procedure di vaglio delle richieste di assunzione a tempo determinato da parte della Regione.

Per quanto riguarda gli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa, il ricorso agli stessi è stato conseguente all'adesione dell'Azienda a specifici progetti, finanziati interamente dalla Regione o, infine, all'esigenza di reperire professionalità specializzate, non presenti in

Azienda, per l'espletamento di attività obbligatorie per legge, quale quella di Medico Competente.

Si può notare, nelle tabelle 2.38 e 2.39, come la consistenza della dotazione organica nel periodo 2010-2013, sia scesa notevolmente.

Tabella 2.38 - Consistenza del personale suddiviso per ruolo - Anni 2010 – 2013.

PROFILI e RUOLI	Personale al 31/12/2010				Personale al 31/12/2011				Personale al 31/12/2012				Personale al 31/12/2013																
	TOT.	T.I.		T.D. e CO.CO.CO		INTERI NALI	TOT.	T.I.		T.D. e CO.CO.CO		INTERI NALI	TOT.	T.I.		T.D. e CO.CO.CO		INTERI NALI											
	n°	n°	%	n°	%	n°	n°	n°	%	n°	%	n°	n°	n°	%	n°	%	n°											
Ruolo Sanitario	Ruolo Sanitario				Ruolo Sanitario				Ruolo Sanitario				Ruolo Sanitario																
Dirigenti medici e veterinari	373	313	19%	60	16%		340	290	85%	50	15%		337	275	82%	62	18%		326	265	81%	61	19%						
Dirigenti sanitari non medici	41	34	83%	7	17%		40	31	78%	9	23%		40	31	78%	9	23%		41	31	76%	10	24%						
Comparto	1037	881	85%	45	4%	111	11%	1001	853	85%	38	4%	110	11%	945	822	87%	37	4%	86	9%	934	816	87%	34	4%	84	9%	
Totale	1451	1228	85%	112	8%	111	8%	1381	1174	85%	97	7%	110	8%	1322	1128	85%	108	8%	86	8%	1301	1112	85%	105	8%	84	6%	
Ruolo Professionale	Ruolo Professionale				Ruolo Professionale				Ruolo Professionale				Ruolo Professionale																
Dirigenti	3	3	100%				3	3	100%				3	3	100%				3	3	100%								
Totale	3	3	100%				3	3	100%				3	3	100%				3	3	100%								
Ruolo Tecnico	Ruolo Tecnico				Ruolo Tecnico				Ruolo Tecnico				Ruolo Tecnico																
Dirigenti	4	3	75%	1	25%		4	3	75%	1	25%		3	2	67%	1	33%		3	2	67%	1	33%						
Comparto	279	214	77%	2	1%	63	23%	298	204	68%	64	21%	30	10%	277	198	71%	6	2%	73	26%	269	193	72%	5	2%	71	26%	
Totale	283	217	77%	3	1%	63	22%	302	207	69%	65	22%	30	10%	280	200	71%	7	3%	73	26%	272	195	72%	6	2%	71	26%	
Ruolo Amministrativo	Ruolo Amministrativo				Ruolo Amministrativo				Ruolo Amministrativo				Ruolo Amministrativo																
Dirigenti	8	6	75%	2	25%		7	6	86%	1	14%		6	6	100%				6	5	83%	1	17%						
Comparto	180	153	85%			27	15%	183	150	82%			33	18%	180	145	81%		35	19%			176	144	82%			32	18%
Totale	188	159	85%	2	1%	27	14%	190	156	82%	1	1%	33	17%	186	151	81%		35	19%			182	149	82%	1	1%	32	18%
TOTALE	1925	1607	83%	117	6%	201	10%	1876	1540	82%	163	9%	173	9%	1791	1482	83%	115	6%	194	11%	1758	1459	83%	112	6%	187	11%	

Fonte: U.O.C. Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

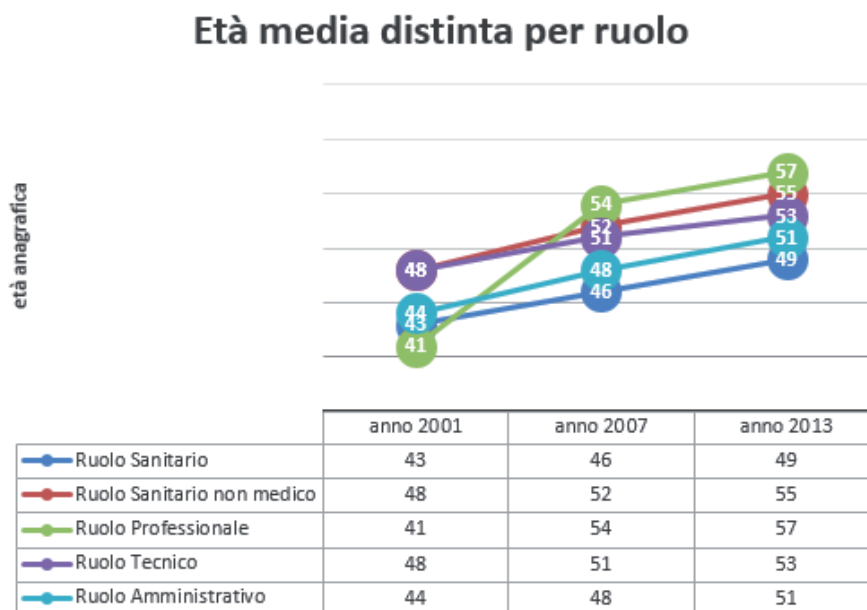
Tabella 2.39 - Personale a tempo indeterminato cessato - Anni 2010 – 2013.

<i>Qualifica</i>	RISOLUZIONI A VARIO TITOLO 2011	RISOLUZIONI A VARIO TITOLO 2012	RISOLUZIONI A VARIO TITOLO 2013
dirigenti medici	25	9 + 2(mobilità intraregionale) + 2 (mobilità extraregionale)	9
veterinari		5	1
biologi	1		
psicologi	2		
coll.re prof.le sanitario - pers. infer. esperto - ds	3	2	
coll.re prof.le sanitario - pers. infer. - d	14	13	3
oper.re prof.le sanitario pers. inferm. - c	4	7	2
oper.re prof.le di II cat.pers. inferm. bs			
coll.re prof.le sanitario - pers. tec. esperto - ds	1	2	1
coll.re prof.le sanitario - pers. tec.- d	3	5 + 1(mobilità extraregionale)	
coll.re prof.le sanitario - tecn. della prev. esperto - ds		1	
coll.re prof.le sanitario - pers. della riabil. - d	2		
sociologo dirig.		1 (mobilità intraregionale)	
collab.re prof.le assistente sociale esperto - ds	1		
collab.re prof.le assistente sociale - d	2	1	
assistente tecnico - c	2	1	
operatore socio-sanitario - bs	1	2	1
operatore tecnico - b	3	1	1
operatore tecnico addetto all'assistenza - b	1	1	2
ausiliario specializzato - a	1		1
dirigente amm.vo			1
collaboratore amministrativo prof.le - d	1	1 (mobilità intraregionale)	1
assistente amministrativo - c	2	1	
coadiutore amm.vo - b		2	
TOTALE	69	53 + 4 (intra) + 3 (extra)	23

Fonte: U.O.C. Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

E' da sottolineare come l'età media del personale in servizio a tempo indeterminato si sia progressivamente innalzata negli ultimi anni soprattutto in quei ruoli ove non vi è stato ricambio generazionale.

Figura 2.23 - Età media distinta per ruolo - Anni 2001, 2007, 2013.



Fonte: U.O.C. Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

A ciò si è andato affiancando un aumento delle assenze a vario titolo del personale, come risulta dall'analisi della tabella 2.40 nella quale viene riportata la variazione percentuale tra i trimestri degli anni 2012 e 2013.

Tabella 2.40 - Variazione % assenze trimestri 2012-2013.

	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre
MALATTIA	-0,69	-7,85	15,14	19,29
LEGGE 104	6,51	7,7	7,9	6,59
ASPETTATIVE	53,95	29,17	9,27	28,95
GRAVIDANZA	-10,35	8,82	54,81	59,43
FORMAZIONE	-3,26	16,77	-47,94	-30,63
FERIE	7,91	-9,42	-5,56	5,94
PERMESSI SINDACALI	54,2	54,93	100	-51,86
VARIE	-24,16	-12,13	-16,77	2,25

Fonte: U.O.C. Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

3.2 - Il Patrimonio Immobiliare

Il patrimonio immobiliare di proprietà della ASL di Rieti non ha subito negli anni sostanziali variazioni. A seguito del D.L. 95/2012 l'Azienda ha provveduto ad accelerare i tempi per la cancellazione dei contratti di affitto in essere e alla ricollocazione di tutto il personale presso stabili di proprietà, provvedendo laddove necessario, alla loro ristrutturazione.

Nella tabella 2.41 viene riportato l'elenco degli immobili di proprietà della ASL.

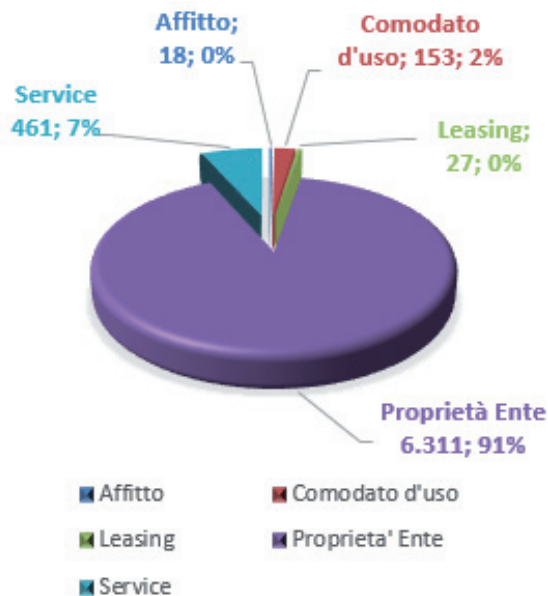
Tabella 2.41 - Patrimonio immobiliare Azienda USL di Rieti.

STRUTTURE	TITOLO DI GODIMENTO	DESTINAZIONE D'USO
RIETI Ospedale Rieti Viale Kennedy	Proprietà	Ospedale
RIETI Ex Ospedale Psichiatrico Via del Terminillo, 42	Proprietà	Sede Direzione Generale Uffici e Strutture Sanitarie (alcuni Padiglioni in ristrutturazione)
POGGIO MIRTETO Poliambulatorio (ex ospedale) Via Finocchietto	Proprietà'	Poliambulatorio/ centro riabilitazione 60 pl in fase di realizzazione
MAGLIANO S. P.zza.Principessa di Piemonte I	Con-proprietà' con l'Amministrazione Comunale	Consultorio familiare
ANTRODOCO P.zza Martiri della Libertà I	Proprietà' con vincolo sulla destinazione d'uso	Poliambulatorio-Consultorio familiare
Magliano Sabina ex Ospedale M.Marini Via Filoni	Proprietà	Attività Sanitaria
AMATRICE ex Ospedale Grifoni Via Picente	Proprietà	Attività Sanitaria
RIETI Struttura sanitaria Viale Matteucci ,9	Proprietà	Poliambulatorio
RIETI Struttura sanitaria via Salaria per l'Aquila (Porta D'arce)	Proprietà	Sede Centro Igiene Mentale, Servizio per le Tossicodipendenze
PASSO CORESE via Garibaldi n.17	Proprietà' con vincolo sulla destinazione d'uso	Poliambulatorio-Consultorio familiare
S.ELPIDIO di Pescorocchiano Bivio Petrignano	Proprietà' con vincolo sulla destinazione d'uso	Poliambulatorio-Consultorio familiare

3.3 - Le Tecnologie

In ogni struttura sanitaria la conoscenza ed il controllo delle condizioni del parco tecnologico rappresentano senza dubbio un fattore essenziale per un'appropriate pianificazione delle attività cliniche.

Figura 2.24 - Titolo di Possesso delle Apparecchiature Biomedicali installate presso la AUSL di Rieti.



Fonte: UOC Tecnico Patrimoniale

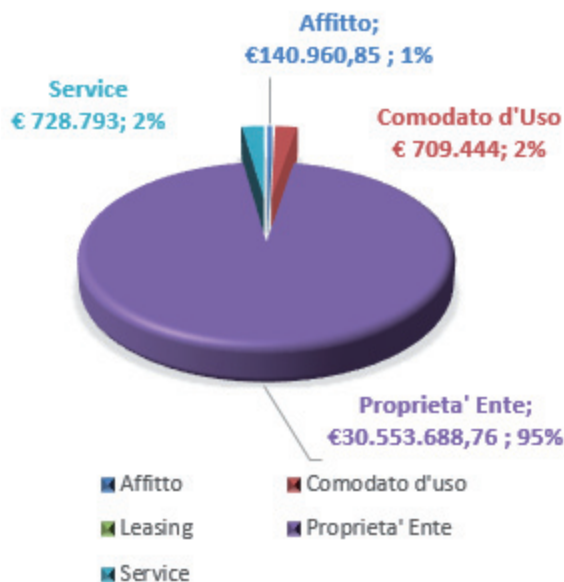
Nell'ottica di assicurare all'Azienda gli adeguati livelli clinico-prestazionali ed al contempo garantire una gestione ottimizzata delle risorse, sono stati sviluppati nel tempo Piani di Investimento che hanno tenuto conto degli aspetti tecnici dell'evoluzione delle tecnologie biomediche.

Da un'analisi di impatto, sia economico che quantitativo delle apparecchiature di proprietà presenti in Azienda, emerge che il 44% del parco è rappresentato da apparecchiature di elettromedicina che da sole rappresentano il 35% del valore dell'intero parco tecnologico. È da notare che un ulteriore 35% del valore del parco tecnologico è rappresentato dalla Diagnostica per Immagini, seppur di minor impatto a livello quantitativo (8%).

L'attuale situazione del parco della ASL di Rieti è riportata nelle figure 2.24 e 2.25.

Dai grafici si evince come il parco tecnologico dell'Azienda sia caratterizzato da una componente preponderante di apparecchiature di proprietà dell'Azienda stessa e con un impatto economico importante.

Figura 2.25 - Importo Economico delle Apparecchiature Biomedicali installate presso la AUSL di Rieti.



Fonte: UOC Tecnico Patrimoniale

4 - I Conti

4.1 - L'Andamento storico dei risultati economici

Le dinamiche evidenziate finora nella Parte 2 del documento si riflettono anche nell'andamento economico descritto nelle pagine seguenti.

Tabella 2.42 - Valore Produzione 2009-2013. Valori in €/1.000.

Conto economico	2009	2010	2011	2012	2013
A) Valore della produzione	302.079	320.282	327.229	321.373	331.108
Contributi in c/esercizio	277.088	295.699	302.157	296.580	306.371
Proventi e ricavi diversi	15.257	14.849	15.836	15.028	14.580
(- di cui Mobilità attiva)	14.919	12.679	12.945	12.168	11.564
Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	1.858	442	471	302	392
Compartecipazione alla spesa per prest. Sanit.(ticket)	4.584	4.641	5.027	5.052	4.654
Costi capitalizzati	3.293	4.650	3.737	4.412	5.110
B) Costi della produzione	(323.284)	(327.888)	(331.258)	(328.126)	(325.928)
Acquisti di beni	(28.633)	(30.988)	(32.655)	(35.015)	(34.336)
Acquisti di servizi	(173.712)	(178.832)	(183.757)	(177.711)	(182.975)
(- di cui Mobilità passiva)	(60.450)	(61.250)	(64.335)	(62.162)	(68.219)
Manutenzioni	(4.816)	(4.824)	(5.802)	(5.997)	(7.277)
Godimento di beni di terzi	(2.532)	(2.015)	(1.583)	(1.325)	(1.422)
Costi del personale	(97.802)	(97.529)	(94.762)	(94.706)	(86.501)
Oneri diversi di gestione	(4.294)	(3.363)	(2.748)	(2.728)	(2.234)
Ammortamenti	(6.214)	(7.635)	(8.080)	(8.249)	(8.165)
Variazione delle rimanenze	(51)	285	(45)	226	(180)
Accantonamenti tipici dell'esercizio	(5.230)	(2.987)	(1.827)	(2.622)	(2.836)
Gestione caratteristica (A-B)	(21.205)	(7.606)	(4.029)	(6.753)	5.178
Proventi e oneri finanziari e straordinari	(1.607)	(3.147)	(1.863)	(1.688)	(2.769)
Imposte e tasse	(7.218)	(7.438)	(7.046)	(6.919)	(6.803)
RISULTATO DI ESERCIZIO	(30.030)	(18.191)	(12.938)	(15.359)	(4.391)

Fonte: UOC Economico-Finanziaria

Dall'analisi della tabella si nota come, negli ultimi cinque anni, il Valore della Produzione sia aumentato di 31 milioni di euro. Tale incremento si riflette proporzionalmente anche sull'andamento dei risultati di esercizio, che rilevano un miglioramento complessivo di circa 26 milioni di euro.

Si sottolinea come nel 2013, per la prima volta, si è registrato un saldo positivo nella gestione caratteristica (A-B) per circa 5 milioni di euro. Tale risultato deriva sostanzialmente dall'aumento dei contributi in conto esercizio (+ 9 milioni), dalla riduzione dei costi del personale (- 8 milioni) parzialmente compensata dalla maggiore spesa per servizi e manutenzioni (+ 6,3 milioni).

Di seguito viene riportata un'analisi dei principali aggregati di costo:

4.1.1 - Il Personale

Tabella 2.43 - Costo del Personale dipendente, assimilato, e prestatore - valori in €/1000. Anni 2010-2013.

DATI PERSONALE	2010	2011	2012	2013
Costo del personale dipendente sanitario	81.674	79.350	78.802	73.528
CO.CO CO, interinali sanitari, in comando e altre prest assimilate.	13.013	10.033	9.792	10.510
Totale personale sanitario	94.687	89.383	88.594	84.038
Costo del personale dipendente non sanitario	15.855	15.412	15.903	12.973
CO.CO CO, interinali non sanitari, in comando e altre prest assimilate.	973	2.333	2.299	2.052
Totale personale non sanitario	16.828	17.783	18.205	15.025
TOTALE COSTO DEL PERSONALE	111.515	107.166	106.800	99.055

Fonte: UOC Economico- Finanziario.

Figura 2.26 - Costo del Personale sanitario. Anni 2010-2013.



Fonte: UOC Economico-Finanziario.

Il dato analizzato nella tabella 2.43 comprende tutte le risorse umane impiegate a vario titolo nell'azienda, compresi co.co.co, interinali e altre forme di collaborazione assimilate, nonché l'attività resa in orario aggiuntivo da parte del personale dipendente.

L'andamento decrescente del costo del personale "sanitario" dipendente dal 2010 al 2011 ha riguardato essenzialmente una riduzione di organico registrata sia per i profili di dirigenza sanitaria (- 26 unità) che in maggior misura per i profili del comparto sanitario e ausiliario (- 38 unità). La flessione del costo nel periodo dal 2012 al 2013 va invece ricondotta ad una puntuale revisione degli stanziamenti promossa e avviata dalla nuova Direzione Generale, nel rispetto dei criteri di veridicità e correttezza dettati dalle norme di legge e dai principi contabili.

I dati evidenziati nella tabella riferiti alle Collaborazioni Coordinate e Continuative, al lavoro interinale, alle prestazioni effettuate in orario aggiuntivo dal personale dipendente e alle prestazioni rese in convenzione da altre Aziende Sanitarie, presentano un andamento crescente negli ultimi 3 esercizi. L'incremento evidenziato in tabella relativo alle altre forme di reclutamento del personale dal 2010 al 2011, non riguarda i cococo che hanno subito una flessione (- 3 unità), ma interessa prevalentemente il costo del lavoro interinale.

Inclusi nella voce delle Collaborazioni sono da evidenziare i costi sostenuti per le attività rese in orario aggiuntivo dal personale dipendente che si attesta su importi superiori ai 3 milioni di euro pur mostrando una leggera flessione complessiva.

Tabella 2.44 - Prestazioni rese in orario aggiuntiva - valori in €/1000. Anni 2010-2013.

COSTO ORARIO AGGIUNTIVO DEL PERSONALE DIPENDENTE				
	2010	2011	2012	2013
Attività aggiuntiva personale medico	2.569	2.227	2.286	2.392
Attività aggiuntiva personale infermieristico	1.012	822	886	751
Totale	3.581	3.049	3.172	3.143

Fonte: UOC Economico-Finanziario.

Il ricorso a tali forme di collaborazione si è reso necessario per rispondere ad una strutturale carenza di forza lavoro, indispensabile alla continuità dell'attività sanitaria e al mantenimento dei LEA.

Di minore significatività è l'andamento dei costi del Personale Tecnico, Professionale ed Amministrativo che mostra una riduzione nel 2013 rispetto ai precedenti esercizi, tuttavia da ascrivere alla già citata motivazione di puntuale revisione delle poste contabili.

L'andamento dei costi del personale, ha determinato anche una riduzione tendenziale della sua incidenza sui costi di produzione.

Figura 2.27 - Incidenza costo del personale. Anni 2010-2013.



Fonte: UOC Economico-Finanziario.

4.1.2 - Acquisto di Servizi

Tabella 2.45 - Servizi sanitari e non sanitari - valori in €/1000. Anni 2009-2013.

DATI SERVIZI	2009	2010	2011	2012	2013
Servizi sanitari	151.264	153.593	155.301	150.331	156.803
di cui Mobilità passiva intra/extra Regione	(60.450)	(61.250)	(64.335)	(62.162)	(68.219)
di cui Consulenze e Collaborazioni, Interinali, e altre prestazioni assimilate sanitarie	(7.365)	(13.013)	(10.033)	(9.792)	(10.510)
di cui Spesa Farmaceutica convenzionata	(36.589)	(36.527)	(35.928)	(31.526)	(30.738)
Servizi di assistenza sanitaria e territoriale diretta	46.860	42.803	45.005	46.851	47.336
<i>Incidenza sui Costi di produzione</i>	<i>14,50%</i>	<i>13,05%</i>	<i>13,59%</i>	<i>14,28%</i>	<i>14,52%</i>
Servizi non sanitari	22.448	25.238	28.456	27.380	26.172
di cui Consulenze, Collaborazioni, Interinali e altre Prestazioni assimilate non sanitarie	(400)	(973)	(2.371)	(2.302)	(2.052)
Manutenzioni	4.816	4.824	5.802	5.997	7.277
Servizi non sanitari e manutenzione	26.865	29.089	31.887	31.076	31.398
<i>Incidenza sui Costi di produzione</i>	<i>8,31%</i>	<i>8,87%</i>	<i>9,63%</i>	<i>9,47%</i>	<i>9,63%</i>
COSTI DI PRODUZIONE	323.284	327.888	331.258	328.126	325.930

Fonte: UOC Economico-Finanziario

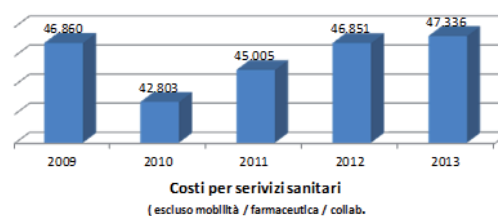
Il prospetto ha inteso scorporare dai costi per servizi sanitari i costi per mobilità, per spesa farmaceutica e per altre forme di reclutamento di personale.

Pertanto i servizi sanitari analizzati si riferiscono a tutte le prestazioni sanitarie della medicina di base, delle strutture accreditate dei laboratori, di altre specialistiche e riabilitative, di assistenza protesica, integrativa e termale, di trasporto sanitario, ecc - acquisite da terzi privati.

Sotto questo aspetto è possibile osservare che l'assistenza sanitaria direttamente gestita sul territorio ha rilevato una marcata riduzione nei primi due esercizi e successivamente ha registrato un progressivo incremento.

Le principali forme di assistenza che hanno inciso sul progressivo incremento delle spese riguardano l'ADI, le RSA, l'assistenza ai tossicodipendenti e alcolisti, le assistenze sanitarie prestate presso la Casa Circondariale e quella più recente dell'assistenza in Hospice.

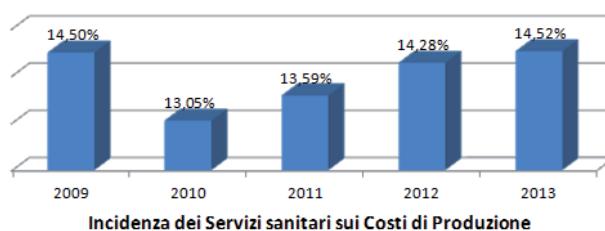
Figura 2.28 - Costo Servizi sanitari. Anni 2009-2013.



Fonte: UOC Economico- Finanziario

Nella figura 2.29 viene riportata l'incidenza dei servizi sanitari sul totale costo della produzione.

Figura 2.29 - Incidenza Servizi sanitari su Costi Produzione. Anni 2009-2013.



Fonte: UOC Economico-Finanziario

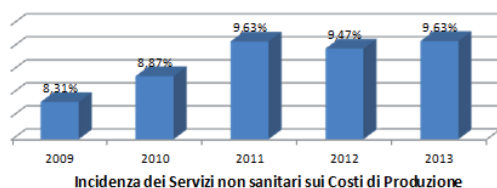
In relazione ai Servizi non sanitari, invece – lavanderia, mensa, utenze, sistemi informatici, smaltimento rifiuti e manutenzioni – si rileva un andamento crescente dei costi nei primi tre esercizi osservati per poi mantenere un trend sostanzialmente invariato nel triennio 2011-2013.

Figura 2.30 - Servizi non sanitari. Anni 2009-2013.



Fonte: UOC Economico-Finanziario

Figura 2.31 - Incidenza Servizi non sanitari su Costi Produzione. Anni 2009-2013.



Fonte: UOC Economico- Finanziario

L'andamento crescente in valore assoluto si riflette inevitabilmente anche sotto l'aspetto della sua incidenza sul totale costi di produzione.

La incomprimibilità dei contratti stipulati con le imprese private ed il ricorso a forniture in outsourcing di servizi non ha sortito effetti consistenti di risparmio; la causa di ciò è da ricercare nell'avvicinarsi di nuove esigenze normative ed organizzative che hanno di fatto incrementato il costo del servizio reso.

Nella figura 2.31 è illustrata l'incidenza complessiva dei costi per servizi non sanitari sul totale costi di produzione:

4.1.3 - Andamento storico della Mobilità

Il prospetto di cui alla tabella 2.46 seguente illustra i dati di mobilità extra ed intra regionali di cui si è trattato nel paragrafo relativo all'attività in regime di ricovero ed attesta un andamento prevalentemente negativo e sostanzialmente in crescita.

Tabella 2.46 - Mobilità - valori in €/1000. Anni 2009-2013.

DATI MOBILITA'	2009	2010	2011	2012	2013
Mobilità Attiva extraregionale	4.600	2.355	2.197	2.185	1.751
Mobilità Passiva extraregionale	(25.708)	(24.441)	(26.888)	(26.888)	(29.844)
Saldo di Mobilità extraregionale	(21.108)	(22.087)	(24.691)	(24.703)	(28.093)
Mobilità Attiva Intra-regionale	10.280	10.126	10.412	9.983	9.762
Mobilità Passiva Intra-regionale	(34.742)	(36.809)	(37.447)	(35.275)	(38.375)
Saldo Mobilità Intra-regionale	(24.462)	(26.683)	(27.035)	(25.291)	(28.614)
Mobilità Attiva Internazionale	39	198	336	0	51
Saldo netto Mobilità	(45.531)	(48.572)	(51.390)	(49.995)	(56.657)

Fonte: UOC Economico- Finanziario

L'analisi delle singole componenti, attive e passive, presenta andamenti differenziati ed evidenzia un **peggioramento della mobilità attiva extraregionale** che registra un decremento di circa il 62% negli ultimi quattro anni; una **flessione meno marcata della mobilità attiva intraregionale** pari a circa il 5%; un incremento di mobilità passiva extraregionale di circa il 16% e un incremento non meno incisivo della mobilità passiva intraregionale pari circa al 10%.

L'effetto compensato viene illustrato in maniera chiara nel grafico sottostante che fa rilevare un lieve miglioramento della mobilità passiva, solo nel 2012, a fronte di un importante peggioramento nel 2013.

Figura 2.32 - Mobilità passiva. Anni 2009-2013.



Fonte: UOC Economico- Finanziario

Le principali cause di tale andamento sono:

- la flessione di mobilità attiva, che denota una sistematica minore capacità attrattiva extra provinciale dovuta prevalentemente alla carenza di offerta specialistica di degenza in area medica ed un scarso appeal in area ostetrico-ginecologica e chirurgica;
- la cessazione delle attività di assistenza per acuti nella struttura di Magliano Sabina che ha determinato un crescente ricorso da parte dell'utenza a strutture extraregionali.

4.1.4 - Incidenza della Mobilità sui Costi di Produzione

L'incidenza della mobilità passiva sul totale dei costi della produzione si attesta su valori percentuali costanti fino al 2012, mentre registra un pesante incremento nel 2013.

Tabella 2.47 - Incidenza Mobilità - valori in €/1000. Anni 2009-2013.

DATI MOBILITA'	2009	2010	2011	2012	2013
Mobilità attiva	14.919	12.679	12.945	12.168	11.563
Mobilità passiva	(60.450)	(61.250)	(64.335)	(62.162)	(68.219)
Costi di produzione	323.284	327.888	331.258	328.126	329.719
INCIDENZA	18,70%	18,68%	19,42%	18,94%	20,69%

Fonte: UOC Economico- Finanziario

Figura 2.33 - Incidenza mobilità sui costi di produzione. Anni 2009-2013.



Fonte: UOC Economico- Finanziario

Questi indicatori confermano quanto finora riportato, ovvero che l'impatto della mobilità, superiore al 20 % nell'ultimo anno, ha inciso negativamente sulla struttura dei costi, vanificando gli sforzi attuati dall'Azienda nel perseguimento degli obiettivi di risparmio e nel raggiungimento dell'equilibrio economico e del pareggio del bilancio.

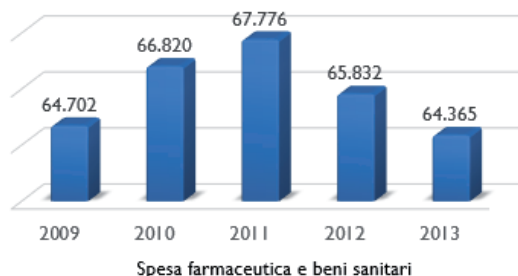
4.1.5 - Acquisto di beni

La spesa sanitaria è qui illustrata nelle sue due principali componenti: i Prodotti farmaceutici e sanitari acquistati e utilizzati dall'Azienda per l'erogazione in forma diretta e la Farmaceutica Convenzionata.

La prima registra un andamento crescente dei costi, in particolare di prodotti farmaceutici, dovuti all'aumento dei prezzi delle specialità farmaceutiche destinate alle terapie oncologiche, cardiovascolari e immunitarie.

Il costo complessivo della Farmaceutica Convenzionata presenta invece un trend in leggera diminuzione, determinando un costo medio pro-capite per l'anno 2013 di 174 euro, a fronte di un obiettivo regionale di 168 euro.

Figura 2.34 - Spesa farmaceutica e beni sanitari.



Fonte: UOC Economico-Finanziario.

Tabella 2.48 - Spesa farmaceutica e beni sanitari - valori in €/1000. Anni 2009-2013.

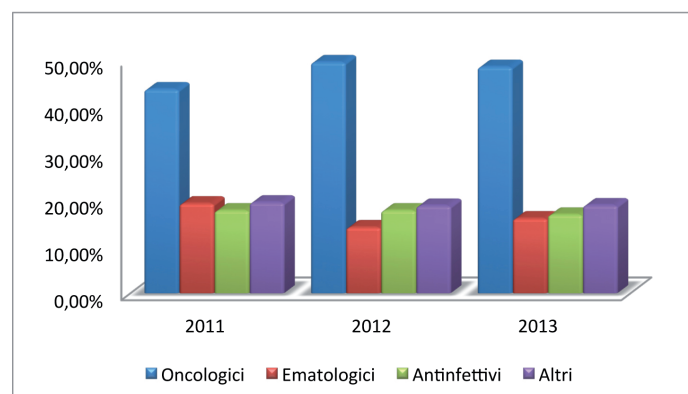
SPESA FARMACEUTICA E BENI SANITARI	2009	2010	2011	2012	2013
Prodotti farmaceutici	10.886	11.455	11.679	13.041	13.158
Dispositivi, protesi, chimici e altri beni sanitari	17.228	18.838	20.169	21.265	20.470
Farmaceutica da convenzione	36.589	36.527	35.928	31.526	30.737
Totale spesa farmaceutica e dispositivi	64.702	66.820	67.776	65.832	64.365
Costi di produzione	(323.284)	(327.888)	(331.258)	(328.126)	(329.719)
INCIDENZA	20,01%	20,38%	20,46%	20,06%	19,52%

Fonte: UOC Economico-Finanziario

4.1.6 - La Farmaceutica Ospedaliera

Nei grafici sottostanti sono stati presi in esame gli anni dal 2011 al 2013, elencando la ripartizione percentuale della spesa tra le principali categorie terapeutiche. In particolare sono state evidenziate separatamente le prime tre classi che da sole impegnano circa l'80% della spesa farmaceutica ospedaliera, intesa sia come fornitura durante il regime di ricovero che come "distribuzione diretta".

Figura 2.35 - Elaborazione UOC Farmacia Ospedaliera.



Fonte: Sistema AMC OLIAMM.

Tabella 2.49 - Elaborazione UOC Farmacia Ospedaliera.

Categoria Terapeutica	2011			2012			2013		
Oncologici	43,60%	49,40%	48,40%						
Ematologici	19,20%	14,10%	16,00%						
Antinfettivi	17,70%	17,70%	16,80%						
Altri	19,40%	18,70%	18,80%						

Fonte: Sistema AMC OLIAMM.

Dai grafici emerge un'alta prevalenza, e comunque una tendenza all'aumento, dell'utilizzo dei farmaci oncologici, ematologici ed antifettivi che evidenzia l'esigenza di un attento monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito ospedaliero, al fine di assicurare la massima efficienza nelle cure, la sostenibilità del sistema e la limitazione nell'insorgenza di resistenze batteriche.

L'andamento economico della spesa farmaceutica ospedaliera evidenzia una regolare tendenza all'aumento, nel corso del triennio 2011-2013, dovuto a due fenomeni contrastanti e di diversa intensità:

1. una costante diminuzione della spesa riferibile ai ricoveri, causata principalmente da una riduzione del costo unitario dei medicinali aggiudicati nelle gare regionali, fenomeno dovuto anche alla intercorsa scadenza del brevetto di numerose molecole;
2. un ampliamento, altrettanto costante ma più marcato, della spesa dei farmaci erogati in distribuzione diretta, causato dall'aumento del numero di pazienti in trattamento per patologie cronico-degenerative ed oncologiche, all'ingresso di nuovi farmaci e all'ampliamento delle indicazioni di molecole già in commercio per la terapia delle stesse malattie.

Figura 2.36 - Flusso F, Flusso R e Totale Spesa Farmaceutica. Anni 2012-2013

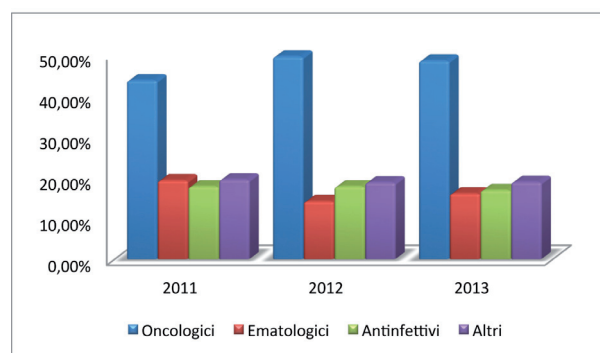


Tabella 2.50 - Spesa farmaceutica ospedaliera 2011-2013.

SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA			
	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
FLUSSO R	€ 3.577.261	€ 3.067.903	€ 2.861.758
FLUSSO F	€ 8.509.227	€ 9.779.315	€ 10.305.106
TOTALE	€ 12.086.488	€ 12.847.218	€ 13.166.864

Fonte UOC Farmacia Ospedaliera

Fonte UOC Farmacia Ospedaliera.

4.1.7 - La Farmaceutica Territoriale

Dall'analisi dei dati della spesa farmaceutica territoriale del Servizio Sanitario Nazionale negli anni 2011-2012-2013, estratti dal Sistema Tessera Sanitaria, si evince un andamento pressoché costante nelle classi farmacologiche analizzate.

Tabella 2.51 - Fonte dati Sistema TS. Anni 2011-2013.

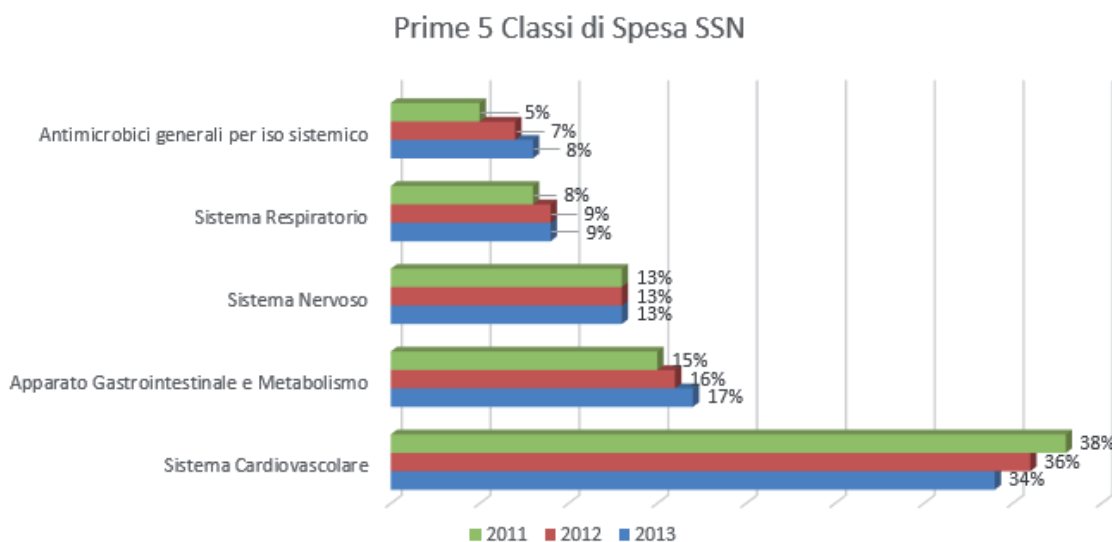
	2011		2012		2013	
	%	€	%	€	%	€
Sistema Cardiovascolare	38%	€13.988.119	36%	€12.217.623	34%	€11.680.153
Apparato Gastrointestinale e metabolismo	15%	€ 712.177	16%	€ 5.658.457	17%	€ 5.867.426
Sistema Nervoso	13%	€ 705.600	13%	€ 4.569.482	13%	€ 4.320.099
Sistema Respiratorio	8%	€ 543.009	9%	€ 2.973.206	9%	€ 2.929.271
Antimicrobici generali per uso sistemico	5%	€ 2.983.835	7%	€ 2.512.588	8%	€ 2.699.701
Sangue ed organi emopoietici	4%	€ 1.963.276	6%	€ 2.042.922	6%	€ 2.120.993
Sistema muscolo scheletrico	3%	€ 1.678.961	4%	€ 1.527.648	4%	€ 1.497.214
Sistema genito urinario ed ormoni sessuali	3%	€ 1.034.561	3%	€ 1.054.150	3%	€ 1.118.179
Farmaci antineoplastici ed ormoni modulatori	2%	€ 1.031.639	2%	€ 712.177	2%	€ 739.308
Preparati ormonali sintetici escluse insuline ed ormoni sessuali	1%	€ 740.968	2%	€ 705.600	2%	€ 657.613
Organi di senso	1%	€ 537.776	2%	€ 543.009	2%	€ 538.565

Elaborazione UOC Farmaceutica Territoriale

La spesa maggiore si riscontra nelle classi del sistema cardiovascolare, dell'apparato gastrointestinale e del sistema nervoso, che incidono complessivamente per più del 60% della spesa totale.

L'andamento nei tre anni delle prime cinque classi fa emergere una leggera flessione per la classe dei farmaci usati nel sistema cardiovascolare, un leggero aumento nella classe dei farmaci utilizzati nell'apparato gastrointestinale, nel sistema respiratorio e negli antimicrobici sistemici, mentre i farmaci del sistema nervoso sono rimasti costanti nei tre anni.

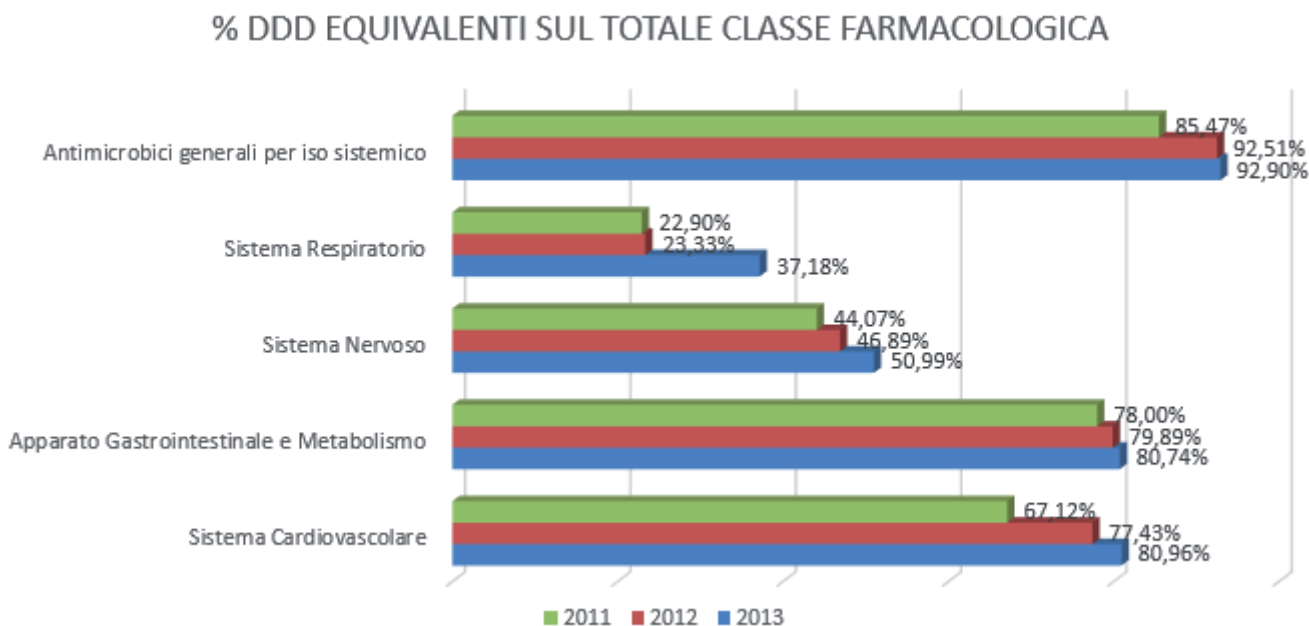
Figura 2.37 - Prime 5 classi di spesa SSN. Anni 2011-2013.



Elaborazione UOC Farmaceutica Territoriale

Nelle prime cinque classi di spesa farmaceutica sono stati estratti, dal sistema TS, i dati in percentuale di DDD (Defined Daily Dose -Dose Definita Giornaliera) dei farmaci equivalenti prescritti sul totale della classe di riferimento di seguito riepilogati nella tabella che evidenzia l'andamento negli anni 2011-2012-2013. Si evidenzia un incremento verso la prescrizione di farmaci equivalenti in tutte le classi.

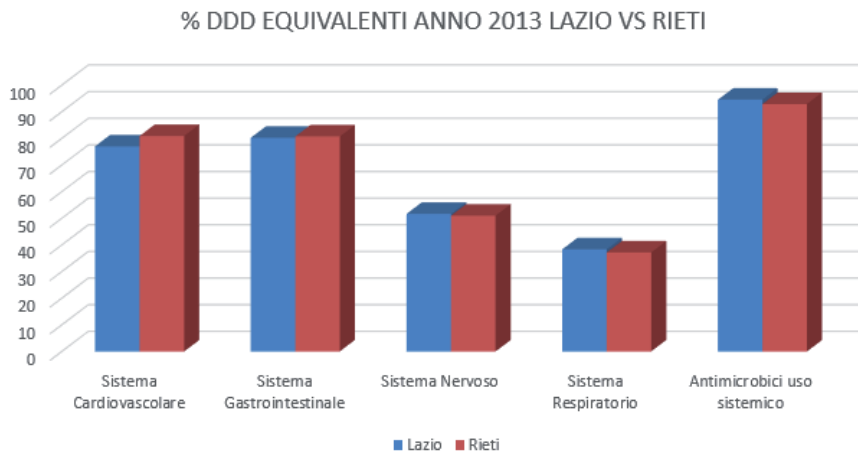
Figura 2.38 - % DDD Equivalenti sul totale classe Farmacologica.



Elaborazione UOC Farmaceutica Territoriale

I dati in percentuale di DDD dei farmaci equivalenti del 2013 sono stati confrontati con i dati della media regionale dai quali si evidenzia, come rappresentato dal grafico sottostante, che è stata superata la media regionale nelle classi del cardiovascolare e gastrointestinale, mentre siamo lievemente al di sotto della media prescrittiva regionale per le restanti classi.

Figura 2.39 - % DDD Equivalenti Anno 2013 Lazio vs Rieti.



Elaborazione UOC Farmaceutica Territoriale

Parte III

LE LINEE STRATEGICHE E LE PREVISIONI ECONOMICHE



>L'approccio strategico adottato

Premessa | Il contesto Regionale | L'analisi SWOT

>La Mission

La nuova Dichiarazione di Mission per un'Azienda da trasformare | Il processo di declinazione della Mission

>Gli interventi strategici

L'Identità Organizzativa e l'Assetto di Governance | Verso una nuova Identità Organizzativa | La Rete dei Servizi e la Fiducia dell'Utenza |

> Gli ulteriori interventi

L'Assistenza Territoriale: offerta residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale| L'Hospice e le Cure Palliative | L'Informatizzazione e la Telemedicina | Il Dipartimento di Prevenzione | La Salute Mentale | La Sanità Penitenziaria

> Il Piano della Performance

>La Sostenibilità Economica

Politiche del Personale | Politiche beni e servizi | Politiche investimenti/tecnologie| L'Andamento tendenziale dei valori economici



1- L'approccio strategico adottato

1.1 - Premessa

Le analisi e le valutazioni oggetto delle Parti I e II costituiscono lo scenario di riferimento nel quale la ASL di Rieti è chiamata a rispondere ai bisogni di salute dei propri cittadini.

In congruità con il quadro tracciato, sia con riferimento all'analisi della domanda (caratteristiche demografiche e profilo epidemiologico del territorio) che a quella dell'offerta (rete dei servizi e performance ereditate), l'approccio adottato per il primo Piano Strategico della nuova Direzione Generale si propone di coniugare due esigenze fondamentali:

- da un lato creare un ponte tra passato, presente e futuro;
- dall'altro cogliere le nuove sfide determinate dal mutare delle condizioni di contesto, dall'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie, dalla necessità di garantire la sostenibilità del sistema.

Posto che il successo di un progetto strategico è strettamente collegato con la capacità dell'organizzazione di analizzare i cambiamenti e porre in essere gli interventi di miglioramento, dando risposta agli stimoli esterni, tale capacità dipende:

- dall'eredità, in termini sia di competenze e tecnologie, sia di performance complessive realizzate;
- dagli scenari evolutivi del contesto socio-economico ed epidemiologico in cui si realizzeranno i processi di cambiamento;
- dall'interpretazione che gli attori del sistema sapranno dare alle dinamiche future;
- dagli stimoli provenienti dai comportamenti professionali, in quanto possibili generatori di resistenze al cambiamento.

Per quanto sopra premesso, la parte terza del Piano Strategico 2014-2016 rilegge e interpreta il contesto e le eredità attraverso l'elaborazione della SWOT Analysis, la revisione della Mission e quindi l'elaborazione delle strategie di fondo che caratterizzeranno l'azione della nuova Direzione Generale.

In sintesi, il successo di un progetto strategico dipende dalla capacità di governare le discontinuità.

1.2 - Il Contesto Regionale

La Regione Lazio, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 30 dicembre 2004, n. 311 – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2005) – ha sottoscritto il **Piano di Rientro** dal disavanzo il 28 febbraio 2007. Il Piano prevede una serie di adempimenti di razionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale volti al contenimento della spesa sanitaria.

La Legge 23 dicembre 2009, n. 191 ha previsto il mantenimento della gestione commissariale avviata nel 2008 per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo Programmi Operativi predisposti dal Commissario ad Acta.

Il contesto finanziario della Regione Lazio, rappresentato nel grafico 3.1, ha avuto, e in prospettiva continuerà ad avere, evidenti ripercussioni sulle assegnazioni annuali di contributi di parte corrente, sulle rimesse finanziarie per il pagamento ai creditori e sulle scelte organizzative. Sono evidenti gli effetti sull'Azienda di tale contesto, sia sotto il profilo del reclutamento di personale che sulle politiche di acquisizione di beni e servizi.

Figura 3.1 – Disavanzi Regione Lazio prima della copertura (anni 2007-2013, in milioni di euro).

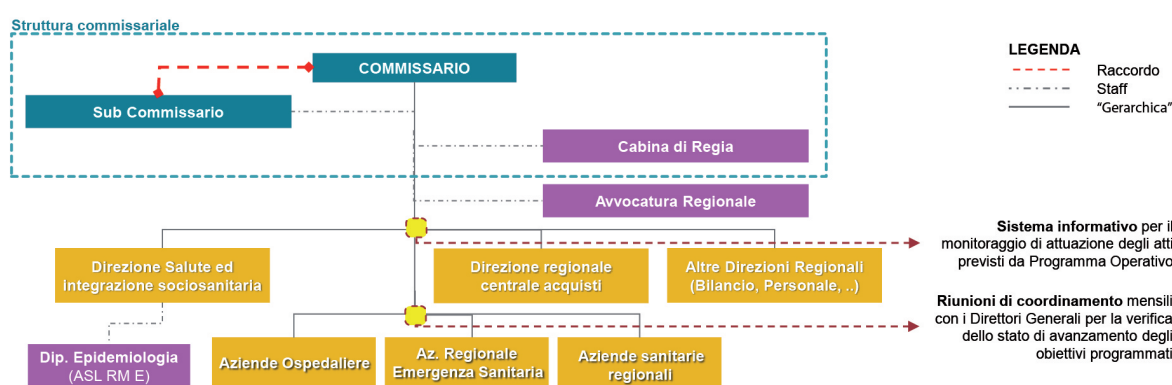


Fonte dati: Mod. CE/NSIS Regione Lazio.

Al momento risultano vigenti i **Programmi Operativi 2013-2015** (DCA n.247 del 25 luglio 2014).

I Direttori Generali delle Aziende, in quanto soggetti attuatori, hanno il compito di implementare le diverse misure di rientro dal debito definite nei Programmi Operativi, articolando priorità ed obiettivi di sviluppo per ciascuna Azienda in conformità agli indirizzi Regionali e alle esigenze di sostenibilità del sistema.

Figura 3.2 : Sintesi principali attori e correlazioni in materia sanitaria.



1.3 - L'Analisi SWOT

L'Analisi SWOT di cui alla tabella 3.1, costituisce il quadro di sintesi delle condizioni entro cui si è svolta la progettazione strategica per il triennio 2014-2016 di riferimento nel presente documento.

In particolare, l'Analisi SWOT evidenzia **le leve** a disposizione dell'Azienda a supporto del proprio processo di cambiamento e innovazione, in termini di:

- **punti di forza**, ovvero condizioni interne all'Azienda, ereditate dal passato, favorevoli alla realizzazione delle strategie future,
- **opportunità**, ovvero stimoli positivi al cambiamento provenienti dall'ambiente esterno.

Parallelamente, l'Analisi SWOT evidenzia le **criticità** da fronteggiare, in termini di:

- **punti di debolezza**, ovvero condizioni interne all'Azienda, ereditate dal passato, di ostacolo alla realizzazione delle strategie future,
- **minacce**, ovvero resistenze al cambiamento dovute alle variabili di contesto.

E' di tutta evidenza che le strategie formulate sono finalizzate a valorizzare i punti di forza e le opportunità e a costruire risposte utili a contrastare i punti di debolezza e le minacce.

Tabella 3.1: SWOT Analysis

LEVE	
Punti di Forza	Opportunità
<ul style="list-style-type: none"> • La disponibilità di strumenti consolidati di Governo Clinico, utili per analizzare la frammentazione organizzativa e a favorire la reingegnerizzazione dei processi e il lavoro di gruppo. • La disponibilità di moderne tecnologie nella maggior parte delle funzioni sanitarie. • L'abitudine consolidata all'utilizzo di indicatori per l'allineamento tra obiettivi, processi e risultati a tutti i livelli dell'organizzazione, sostenuta da un efficace sistema di raccolta delle informazioni. • Il laboratorio analisi Certificato CPA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il progetto regionale di sviluppo progressivo di Reti Cliniche interaziendali. • La disponibilità al dialogo costruttivo da parte degli Enti Locali. • Una forte presenza sul territorio delle Associazioni di Volontariato, da coinvolgere per sviluppare forme di collaborazione. • Aspettative di vita sul territorio provinciale, superiori alla media regionale. • La presenza di un tessuto familiare ancora in grado di supportare cronicità e disabilità. • Gli indirizzi regionali di sviluppo della medicina di iniziativa.
CRITICITA'	
Punti di Debolezza	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> • Circa il 15% della forza lavoro complessiva è attualmente rappresentata da personale con contratto "interinale", costantemente prorogato e quindi da ricondurre a forme contrattuali più appropriate. • La carenza di alcuni "profili" professionali strategici per le prospettive di cambiamento. • Una diffusa scarsa motivazione e di senso di appartenenza, uno scarso orientamento al miglioramento e al risultato. • La mancanza di una reale cultura del territorio che determina un tasso di ospedalizzazione eccessivo, anche per l'elevata incidenza di ricoveri inappropriati. • Una connotazione come territorio "di confine" ad elevata dispersione della popolazione, con centri mal collegati e quasi totale assenza di strutture sanitarie private complementari • Una scarsa integrazione con il sociale. • Screening nazionali disattivati nel 2013. • Una bassa attrattività e una mobilità passiva elevata, pur in presenza di lunghe liste d'attesa per ricoveri e attività ambulatoriali, conseguenza di una bassa percezione della qualità e, complessivamente, di un'immagine aziendale negativa. • Un deciso sotto utilizzo delle Sale Operatorie. • Parti cesarei molto elevati. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un aumento costante delle malattie cardio-vascolari, dell'osteoporosi e delle patologie connesse con l'obesità. • La cronicizzazione progressiva della patologie e lo sviluppo di pluri-patologie da gestire con opportune forme di multidisciplinarietà. • Una costante evoluzione dei farmaci oncologici e biologici con conseguente pressione sulla spesa. • Comportamenti prescrittivi poco attenti all'appropriatezza. • L'elevata dispersione demografica della popolazione sul territorio. • Il reddito medio provinciale inferiore alla media regionale e nazionale.

2- La Mission

2.1 La nuova Dichiarazione di Mission per un'Azienda da trasformare

Crediamo nella centralità della persona, dei suoi bisogni e aspettative, e lavoriamo per creare condizioni di equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

L'Azienda promuove:

- il rafforzamento dell'identità organizzativa e la ricerca costante di un'etica nell'agire quotidiano;
- lo sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori;
- la costruzione di una rete di alleanze con gli attori sociali, pubblici e privati, e la ricerca di un confronto costante e continuativo con le Istituzioni Regionali, perché dalle sinergie possano scaturire soluzioni adeguate alla complessità delle sfide da affrontare.

La nostra azione si concretizza attraverso:

- l'impegno costante nella realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali che, attraverso un rafforzamento dei servizi sul territorio e una riqualificazione dell'offerta ospedaliera, sia in grado di fornire risposte appropriate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi;
- il ricorso a modelli di erogazione dei servizi basati sulla:
 - presa in carico dei nostri utenti,
 - medicina di iniziativa,
 - umanizzazione,
 - multidisciplinarietà,
 - eccellenza professionale e organizzativa.

2.2 - Il processo di declinazione della Mission

2.2.1 - Il sentiero strategico

La Mission identifica i valori di fondo che ispirano l'agire aziendale. La stessa, quindi, deve essere tradotta e declinata in coerenti macro linee di intervento.

Il Piano Strategico 2014-2016 della ASL di Rieti identifica **4 Prospettive** attraverso cui declinare la Mission aziendale:

- la Prospettiva del consumatore/utente (ovvero come recuperare la Fiducia dell'Utente),
- la Prospettiva dei processi aziendali (ovvero come migliorare e integrare la Rete dei Servizi),
- la Prospettiva dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane (ovvero come sviluppare una forte Identità aziendale e un Assetto di Governance efficace e come valorizzare le professionalità interne all'Azienda),
- la Prospettiva dei risultati economico-finanziari (ovvero come garantire la Sostenibilità dei processi aziendali e contribuire all'equilibrio regionale).

Figura 3.3 : Le prospettive di analisi strategica



Nel presente Piano Strategico, le 4 Prospettive risultano tra loro fortemente integrate e coordinate, secondo lo schema logico di cui alla figura 3.3 che descrive le relazioni causali che sono state individuate tra i diversi ambiti di intervento insiti nelle 4 prospettive di analisi strategica.

Nello specifico:

1. gli interventi sull'Identità e sull'Assetto di Governance dell'Azienda rappresentano il tessuto organizzativo indispensabile per qualsiasi progetto che miri all'innovazione e alla Valorizzazione delle professionalità;
2. le condizioni organizzative interne all'Azienda determinano i livelli di efficacia ed efficienza dell'offerta sanitaria, ovvero la performance potenziale della Rete dei Servizi;
3. la riconfigurazione delle variabili di cui ai punti 1 e 2 rappresentano le condizioni necessarie per avviare un processo di recupero di Fiducia da parte dell'utenza, a sua volta indispensabile per il riequilibrio dei flussi di mobilità e per un deciso miglioramento della compliance e dei comportamenti di scelta e fruizione dei servizi;
4. gli interventi progettati sulle variabili di cui ai punti 2 e 3 promuovono l'appropriatezza e, conseguentemente, garantiscono anche la Sostenibilità dell'intero sistema aziendale.

E' utile sottolineare come in tale percorso sia stata progettata un'inversione dell'approccio classico dove la variabile economica è criterio e contenuto cardine degli interventi di natura strategica: viceversa, nell'approccio proposto, la **sostenibilità economica** è interpretata quale **variabile dipendente**, ovvero quale risultante di tutte le azioni poste in essere a monte.

In sintesi, l'intero processo di elaborazione della strategia è rappresentato nella figura 3.4.

Figura 3.4 . Il processo di declinazione della Mission e di elaborazione strategica nella ASL di Rieti.



3- Gli interventi strategici

3.1 - L'Identità Organizzativa e l'Assetto di Governance

3.1.1 - Verso una nuovo Assetto di Governance



L'Analisi SWOT ha evidenziato un fabbisogno di cambiamento profondo nell'Identità Organizzativa dell'Azienda.

Le dinamiche evolutive in atto disegnano molteplici spazi e opportunità di razionalizzazione e miglioramento che si pongono, tuttavia, in una situazione di perdurante contrazione economica, di costante decrescita del capitale umano e di perdita di fiducia da parte degli utenti.

In una prospettiva strategica impegnativa:

- di ricerca della massima compatibilità tra i bisogni della comunità di riferimento, quelle tecnico professionali della medicina moderna e quelle economico-finanziarie espresse dalla programmazione sanitaria regionale;

- tesa a favorire maggior soddisfazione e un rinnovato significato professionale a chi opera per l'Azienda;

è prioritario rafforzare il senso di appartenenza e favorire la condivisione delle filosofie di fondo e dei principi che sottendono la spinta verso un nuovo modus operandi.

A tal fine, la Direzione Generale intende responsabilizzare tutti coloro che, all'interno della ASL, ricoprono ruoli dirigenziali e di responsabilità, affinché forniscano un contributo, non solo di tipo tecnico-professionale, ma anche di coinvolgimento attivo nei processi di innovazione e cambiamento di ordine strategico, gestionale ed operativo.

Quanto sopra si concretizza innanzitutto attraverso una riconfigurazione del macro assetto organizzativo e quindi del ruolo:

- dei Dipartimenti in generale, in termini di capacità di guidare l'innovazione nei modelli clinico-assistenziali e lo sviluppo di aree multidisciplinari;
- del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, soprattutto in termini di sviluppo di capacità di gestione diretta di linee di attività nell'ambito di tutti i regimi assistenziali tipicamente di tipo territoriale, ma, nel tempo, anche nell'ambito dell'organizzazione per intensità di cure;
- della Direzione Medica di Presidio e del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, in termini di sviluppo del sistema di gestione della sicurezza a favore di utenti e lavoratori e di efficientamento delle piattaforme logistiche comuni (sale operatorie, piattaforme ambulatoriali, logistica dei pazienti, ecc.);
- delle Direzioni di Distretto e del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, in termini di capacità di interpretazione dei bisogni del territorio di riferimento e di loro traduzione in modelli assistenziali basati sulla presa in carico e sulla medicina di iniziativa;
- delle Direzioni di Unità Operativa (UOC e UOSD), in termini di rifocalizzazione sui processi clinico-assistenziali e sulla qualità dei servizi erogati;
- delle funzioni tecnico-amministrative, in termini di orientamento al cliente interno e di proattività nella ricerca di soluzioni utili a garantire tempestività ed efficienza nel fornire il necessario supporto alla line sanitaria.

L'Azienda, nel rispetto delle direttive introdotte dal D.Lgs 229/99 e dalle Linee di indirizzo per la redazione degli Atti di autonomia aziendale, di cui al DCA 259/2014, intende realizzare una struttura organizzativa basata sul principio della chiara e univoca responsabilizzazione delle figure poste a capo di ogni specifica linea di attività.

Parallelamente per favorire il coordinamento tra le diverse funzioni aziendali ed in particolare la forte

integrazione fra ospedale e territorio, la ricerca di modelli che garantiscono la continuità assistenziale e la presa in carico delle cronicità e delle fragilità, sempre a livello di macro assetto, la ASL intende attivare specifici ruoli e funzioni organizzative di tipo trasversale, da configurarsi quali *project/product manager*. Tali figure, di governo di specifiche “linee di produzione”, sono deputate alla reingegnerizzazione dei processi e alla ricerca della massima economicità, qualità ed appropriatezza nell’impiego delle risorse strutturali, tecnologiche ed umane.

3.1.2 - I Meccanismi Operativi a supporto della Governance

Parallelamente agli interventi sulla macro struttura organizzativa, il potenziamento dell’Assetto di Governance passa anche attraverso una serie di strumenti e meccanismi operativi, in particolare di Governo Clinico, su cui l’Azienda ha già investito nel recente passato.

Richiamato che non sono considerati dai Livelli Essenziali di Assistenza quei servizi e quelle prestazioni che:

- non soddisfano il principio dell’efficienza e dell’appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili;
- non raggiungono un adeguato rapporto tra costi e benefici;

l’Azienda intende adottare strategie finalizzate a integrare le metodologie e gli strumenti del Governo Clinico all’interno dei propri sistemi operativi aziendali (Programmazione budgetaria, Sistema Premiante, Valutazione dei dirigenti, Controllo di Gestione, Sistema Informativo), al fine di perseguire l’appropriatezza delle risposte assistenziali, il miglioramento della qualità dei servizi e il perseguimento dell’efficacia degli interventi unitamente al miglioramento dell’efficienza e al contenimento dei costi.

L’obiettivo di integrazione sopra descritto richiede, da una parte, il recepimento delle esigenze di miglioramento di tutte le strutture operative sanitarie e, dall’altra, un forte coordinamento fra gli Staff della Direzione Strategica, con lo scopo di costruire un **ambiente direzionale integrato** su tutte le prospettive di governo dell’Azienda.

Sulla base di tali scelte, la ASL di Rieti intende rafforzare gli investimenti già effettuati in passato sugli strumenti di Governo Clinico, al fine di orientare i comportamenti professionali verso i reali bisogni dell’utenza. Il risultato atteso è il miglioramento complessivo degli esiti delle cure erogate da coniugare con un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

L’attività di Governo Clinico si realizza attraverso l’implementazione dei seguenti strumenti che identificano peraltro fasi logiche diverse del Ciclo di Programmazione e Controllo:

- lo **Standard di Servizio**;
- i **Percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi e le Reti cliniche**;
- il **Clinical Risk Management**;
- l’**Audit Clinico e dei Processi**.

Lo Standard di Servizio

Lo Standard di Servizio è il documento strategico di unità operativa attraverso il quale le strutture aziendali concordano e dichiarano l’insieme delle linee di attività e, tra queste, quelle di rilevanza strategica che si caratterizzano in quanto «qualificanti» per il raggiungimento di elevati livelli di performance.

Sono definite come «qualificanti» quelle linee di attività che rendono riconoscibile ed apprezzata (internamente ed esternamente), nonché competitiva l’Unità Operativa. Su tali attività, quindi, l’Azienda intende far convergere le attenzioni principali, in termini gestionali, organizzative e professionali.

In sintesi, un'attività qualificante rappresenta un modello di risposta unitario, riconoscibile ed efficace ad un bisogno/domanda, caratterizzato da particolari livelli di competenza professionale e/o efficienza organizzativa e/o efficacia della prestazione (ossia descrive "ciò che si sa fare molto bene e possibilmente meglio di altri") oppure è espressione di un elevato valore strategico per l'Azienda.

E' opportuno che le attività qualificanti siano individuate dal Responsabile dell'Unità Operativa di riferimento attraverso un processo di forte condivisione con la propria èquipe, in quanto presuppongono una forte identificazione con i criteri di qualità definiti. La scelta e revisione delle attività qualificanti è anche il risultato di un processo di negoziazione con la Direzione Aziendale, in quanto queste concorrono a definire il profilo strategico dell'Unità Operativa.

Lo Standard di Servizio per ciascuna attività qualificante individua gli indicatori di monitoraggio e le garanzie cliniche, organizzative, tecnologiche e di accessibilità, essenziali per consentire elevati livelli qualitativi e di efficienza. Può prevedere l'elaborazione di specifici percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi.

I Percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi e le Reti cliniche

Le attività "qualificanti" individuate nello Standard di Servizio sono progressivamente oggetto di reingegnerizzazione in una logica di gestione per processi attraverso l'elaborazione di Percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi e/o la costruzione di Reti cliniche.

In particolare, i Percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi consentono:

- la condivisione delle scelte di diagnosi e cura tra tutti i professionisti (Comunità di pratica) che, in un'ottica di processo, devono garantire la risposta coordinata ad un bisogno sanitario ben individuato (ragionamento clinico) avvalendosi della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM);
- la riprogettazione dei percorsi organizzativi al fine di garantire un modello di risposta efficace e tempestivo in relazione allo stadio e alla gravità della malattia;
- una razionalizzazione nell'uso delle risorse aziendali ed in particolare nel ricorso agli accertamenti diagnostici secondo principi di appropriatezza;
- una mappatura dei fattori di Rischio Clinico specifici con un approccio proattivo;
- l'individuazione di indicatori di processo e di esito anche al fine del confronto con i relativi standard a livello nazionale e regionale.

Laddove l'erogazione di specifiche prestazioni nell'ambito di un Percorso clinico-assistenziale ed organizzativo debba/possa essere effettuato presso strutture diverse dell'Azienda dei servizi o presso altre Azienda regionali si configura una Rete clinica.

II Clinical Risk Management

Contenuto centrale e qualificante del nuovo progetto strategico per la ASL di Rieti è rappresentato dal tema della sicurezza, quale prospettiva di analisi e valutazione dei processi in essere e quale criterio di reingegnerizzazione degli stessi.

La ASL intende quindi investire sul Clinical Risk Management, sulla qualità e sul Sistema di Gestione della Sicurezza (SGS) e della tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Pur nel rispetto delle specificità di ruoli e competenze che le norme attribuiscono al responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, ai Medici Competenti e al Clinical Risk Management, l'Azienda promuove una forte integrazione operativa tra queste funzioni al fine della identificazione, valutazione, eliminazione o riduzione dei rischi attuali e potenziali, sia per la sicurezza degli utenti, sia per la tutela della salute dei lavoratori.

Figura 3.5. Il ruolo della sicurezza nello sviluppo strategico della ASL di Rieti.



L'Audit Clinico e dei Processi

L'obiettivo di miglioramento continuo insito nell'attività di Governo Clinico, presuppone il ricorso a metodologie di Audit dei Processi.

Nella ASL di Rieti l'Audit Clinico e dei Processi si configura come attività di supporto alle Unità Operative ed è finalizzato a stimolare l'analisi e la valutazione degli scostamenti tra gli standard di riferimento e le performance cliniche rilevate attraverso il Sistema Informativo Sanitario ed ogni altra fonte informativa utile allo scopo.

L'attività di Audit è quindi finalizzata a individuare gli spazi di miglioramento e la loro formalizzazione in specifici progetti.

3.2 - Verso una nuova Identità Organizzativa



Nessun progetto di cambiamento nell'Assetto di Governance è efficace nel riorientare i comportamenti e stimolare il perseguimento degli obiettivi prioritari dell'Azienda senza interventi in grado di modificare, nel concreto, la cultura e i valori di riferimento dell'organizzazione.

Atteso che cultura e valori di un'organizzazione sono tipicamente soggetti a dinamiche evolutive spontanee solo nel lungo periodo, un progetto strategico ambizioso deve porsi, tra gli altri, l'obiettivo di un rafforzamento dell'identità aziendale quale modello di riferimento da trasmettere agli operatori dell'Azienda stessa, al fine di stimolare i cambiamenti anche su orizzonti di medio/breve periodo e quindi compatibili con un processo di pianificazione triennale.

In questa prospettiva l'Azienda promuove:

- un forte orientamento al risultato che comporta il superamento di atteggiamenti quali “non è di mia competenza” o “non si sa dove si è arenata la pratica” a favore di atteggiamenti proattivi orientati al superamento dei mille ostacoli operativi che sempre caratterizzano un'attività complessa;
- multidisciplinarietà e lavoro di gruppo quale unica risposta efficace alla frammentazione professionale conseguente all'iperspecializzazione della medicina moderna e al peso crescente delle multipatologie soprattutto in pazienti anziani;
- organizzazione per intensità di cura e abbattimento dei confini organizzativi fra specialità quale risposta alle crescenti esigenze di contenimento dei costi e di più appropriati modelli assistenziali in funzione delle condizioni soggettive dell'utente;
- medicina d'iniziativa quale risposta sostenibile alle esigenze di una sanità “vicina all'utente”.

3.2.1 - La Valorizzazione delle professionalità interne all'Azienda



Nel prospettato nuovo assetto di *governance*, acquistano particolare rilevanza lo sviluppo di logiche e strumenti di valorizzazione e valutazione del personale, improntati a criteri di trasparenza e di valorizzazione del merito.

In stretta connessione con il **Sistema di Valutazione aziendale delle performance**, la formazione del personale è finalizzata a promuovere la valorizzazione, la crescita e l'effettivo sviluppo delle competenze.

L'Azienda intende quindi orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc che mirano alla diffusione di nuove tecniche, metodiche e attitudini da valutare attraverso la **Scheda di Addestramento**, ovvero lo strumento che consente ad un

responsabile di unità operativa di definire gli obiettivi di crescita delle competenze tecniche e professionali dei suoi collaboratori e di attivare un sistema di monitoraggio del loro grado di raggiungimento.

L'attuazione del sistema descritto è oggetto di specifica pianificazione aziendale. A tal fine l'Azienda si dota di un **Piano Formativo Aziendale** costruito sulla base di una sistematica rilevazione dei fabbisogni formativi.

3.3 - La Rete dei servizi e la Fiducia dell'Utente

3.3.1 - Le linee di intervento



L'Analisi SWOT sviluppata all'inizio della Parte 3 del presente Piano Strategico ha evidenziato, tra l'altro, un forte sbilanciamento tra mobilità attiva e passiva, nonché una inadeguata percezione della qualità dei servizi erogati. Tale generale perdita di capacità attrattiva da parte dell'Azienda è senz'altro ascrivibile a una grave perdita di fiducia da parte dell'utente.

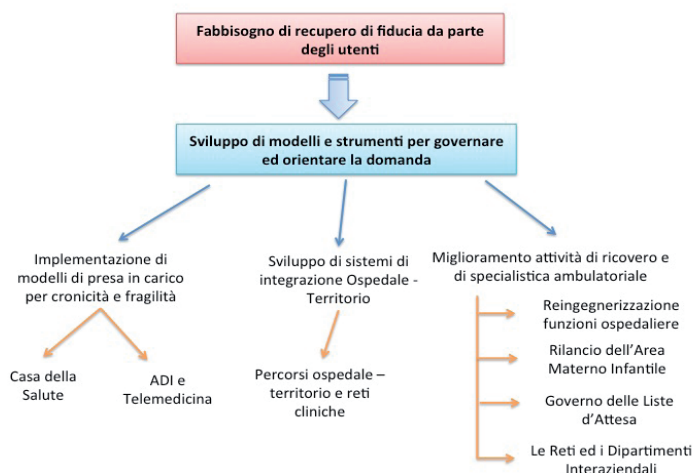
Questa circostanza richiede quindi uno sviluppo di strategie in grado di recuperare un rapporto positivo fra l'Azienda e la propria comunità territoriale.

A fronte di tradizionali logiche di governo basate prevalentemente sul controllo dell'offerta, occorre oggi porre la massima attenzione sullo sviluppo di sistemi di governo della domanda, attraverso la

messa in atto di percorsi e strumenti che sappiano rispondere agli utenti con servizi adeguati e di qualità e maggiormente capaci di modificare/orientare i comportamenti di scelta e fruizione.

Il Piano Strategico 2014-2016 della ASL di Rieti si sviluppa conseguentemente attraverso le linee di intervento definite nello schema di cui alla figura 3.6.

Figura 3.6 - Linee di intervento Piano Strategico 2014-2016.



3.3.2 - Il nuovo ruolo dei Distretti Sanitari: il modello Casa della Salute

Con l'emanazione del DCA 259/2014 - "Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio", l'Azienda si trova a dover riconfigurare l'articolazione distrettuale sulla base delle indicazioni di cui al punto 5.10.2.B, che prevede, per i Distretti che non insistono sul territorio di Roma Capitale, un limite minimo indicativo di 40.000 abitanti.

Nell' Atto di autonomia aziendale vengono ridisegnati l'assetto ed i confini dei Distretti Sanitari, sulla base di un'analisi accurata delle caratteristiche geomorfologiche e demografiche, dell'offerta di servizi sanitari sul territorio e del profilo di salute della popolazione.

Contemporaneamente si intende ridefinire il ruolo del Distretto come luogo di relazioni interistituzionali, riconoscimento del bisogno, rendicontazione verso il cittadino, governo/erogazione dell'assistenza primaria, anche attraverso i Nuclei Operativi sub Distrettuali.

Le modifiche organizzative si pongono nell'ottica di rilanciare l'assistenza territoriale attraverso:

- la valorizzazione del sistema d'offerta territoriale in un continuum con il sistema ospedaliero in grado di assicurare risposte efficaci ed appropriate intorno ai bisogni della persona nelle varie fasi del suo percorso di cura e nei diversi gradi di intensità clinico-assistenziale e di complessità organizzativa;
- la realizzazione di un sistema integrato di servizi e funzioni di cure primarie in grado di prendersi cura dei bisogni socio-sanitari delle persone e che individui il suo punto di riferimento nelle Case della Salute;
- lo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Integrata individuata come la modalità preferibile nell'area montana, con difficile viabilità e con una alta presenza di popolazione anziana;
- l'estensione di progetti di telemedicina per il monitoraggio delle patologie croniche;

assicurando

- la garanzia di equità, universalità d'accesso alla rete dei servizi coerenti con i bisogni e con le attese delle persone assistite e nel rispetto di standard predefiniti e condivisi;
- il governo della domanda di prestazioni e servizi sanitari attraverso le attività di governo clinico al fine di assicurare sicurezza, qualità ed appropriatezza delle cure;
- l'omogeneizzazione del sistema di offerta, riequilibrando le situazioni di differente allocazione delle risorse nei diversi territori, modulando il sistema di erogazione secondo criteri che assicurano la migliore articolazione territoriale possibile dei servizi e delle prestazioni a bassa complessità ed elevata diffusione ma, al tempo stesso, di favorire l'individuazione di luoghi dedicati per prestazioni complesse e/o ad alto impatto tecnologico.

3.3.3 - Il modello assistenziale: Casa della Salute

La Casa della Salute si qualifica come il luogo in cui il cittadino può trovare risposta tempestiva e appropriata a bisogni di cura, semplici o complessi. Rappresenta un'organizzazione sanitaria di assistenza territoriale multi-professionale e multidisciplinare che opera e si sviluppa intorno ai bisogni della persona ed è in grado di fornire risposte integrate, flessibili e appropriate, privilegiando un approccio globale.

Il modello clinico- assistenziale della Casa della Salute previsto si propone:

di migliorare

- l'accessibilità ai servizi sanitari e socio-sanitari e la continuità della cura,
- la qualità e la sicurezza dell'assistenza,

di sviluppare

- sinergie e supportare una forte integrazione verticale fra assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza di alta specializzazione (primary, secondary and tertiary care) ed orizzontale nell'ambito delle discipline coinvolte nei PDTA,
- il collegamento della rete dell'emergenza-urgenza per favorire il trasporto del paziente con patologia acuta tempo dipendente.

Gli aspetti qualificanti del modello assistenziale della Casa della Salute si sostanziano:

- nella attenzione rivolta all'accoglienza che sarà competente e funzionalmente integrata e che riconosce il suo snodo tecnico-organizzativo nel PUA;
- nello sviluppo di un sistema basato, oltre che sulla risposta prestazionale alle richieste dei pazienti, anche sulla presa in carico multi professionale e multidisciplinare, ponendo attenzione ad attività di "caring" insieme ad attività più tradizionali di "curing";
- nella realizzazione di un'organizzazione in grado di supportare l'integrazione dei professionisti che operano dentro e fuori la stessa, con ridefinizione di ruolo e relazione dei e tra gli attori interessati.

La Casa della Salute offre il contesto strutturale, organizzativo e culturale in grado di dare risposta all'evoluzione dei bisogni e si caratterizza per un profilo organizzativo che segna un deciso cambio di passo rispetto al passato, rappresentando il luogo in cui si integrano culture, approcci, sensibilità, strumenti che identificano nuove parole chiave quali: accoglienza integrata, proattività, presa in carico della cronicità, percorsi diagnostico-terapeutici, innovazione tecnologica, partecipazione comunitaria. L'implementazione di un così potente nodo nella rete clinico-assistenziale, segna l'avvio di una nuova cultura che consente di rileggere il senso dell'assistenza territoriale in modo tale da non esaurirsi all'interno di mura fisiche, ma che si estende in uno spazio geografico che coincide con l'ambito sanitario distrettuale di riferimento. I Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta, gli specialisti, gli infermieri dell'assistenza domiciliare, gli operatori sociali prestano la loro attività in tale contesto in modo integrato e multidisciplinare, per garantire interventi a crescente grado di intensità assistenziale, sostanziando il concetto di prossimità delle cure.

L'aspetto innovativo del modello assistenziale della Casa della Salute si sostanzia nello sviluppo di un sistema basato oltre che sulla risposta prestazionale alle richieste dei pazienti, anche sulla presa in carico e sulla gestione proattiva della cronicità e della fragilità.

Tale aspetto si concretizza grazie al passaggio da un approccio reattivo, basato sul paradigma «dell'attesa» dell'evento, tipico delle malattie acute, a un approccio proattivo, improntato al paradigma della medicina d'iniziativa, intercettando i problemi per evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia.

La Casa della Salute rappresenta, inoltre, il luogo della valorizzazione e sviluppo delle professioni, della contaminazione dei saperi e delle visioni professionali.

La professionalizzazione infermieristica rappresenta un'occasione di sviluppo organizzativo, in quanto in questo modo l'infermiere può sperimentare ruoli di autonomia e responsabilità professionale negli ambulatori infermieristici per patologia (scompenso cardiaco), sviluppare competenze

specifiche finalizzate al rinforzo della compliance alle cure e promuovere l'autogestione delle problematiche di bassa complessità e l'autocura.

Lo specialista, d'altro canto, attraverso il contatto ripetuto con il MMG, modifica la sua visione, allargandola dal ristretto campo dell'episodio di malattia, alla presa in carico di un "paziente" che ha un suo portato anche sociale e culturale. Da contro il MMG affinerà, attraverso l'apporto dello specialista, ha occasione di affinare la propria capacità di visione verticale dell'evento patologico, superando logiche autoreferenziali e un tradizionale isolamento.

La ASL di Rieti, anche in ottemperanza a quanto previsto nei Programmi Operativi 2013-2015, ha l'obiettivo di realizzare nel proprio territorio due Case della Salute, la prima nel Comune di Magliano Sabina, la seconda nella Città di Rieti, con caratteristiche diverse, nella consapevolezza che non esiste un unico modello di Casa della Salute, ma che esso dovrà essere espressione dei tratti distintivi delle diverse realtà.

La progettazione/realizzazione della Casa della Salute di Magliano Sabina si inserisce nell'ambito di un processo di riconversione dell'Ospedale di Magliano che, in una prima fase, secondo quanto previsto

nei programmi operativi e nel DCA 80/2012, è stato trasformato in CeCAD (Centro clinico assistenziale distrettuale) ed in questa seconda fase, sulla base delle più recenti indicazioni normative (DCA 40/2014), vede ridefinita e perfezionata la sua identità in Casa della Salute.

In coerenza con quanto stabilito dal DCA 40/2014, il modello organizzativo della Casa della Salute di Magliano Sabino sarà di tipo modulare, con funzioni di base e moduli funzionali aggiuntivi:

L'area dell'assistenza primaria:

- L'assistenza primaria garantita da MMG e PLS,
- L'assistenza specialistica ambulatoriale,
- Ambulatorio infermieristico,
- Attività diagnostica strumentale di primo livello.

L'area Pubblica:

- Area dell'accoglienza,
- Sportello CUP,
- Punto Unico Accesso,
- Area di sorveglianza temporanea,
- Area del volontariato e della mutualità,
- Emergenza-urgenza.

I moduli aggiuntivi:

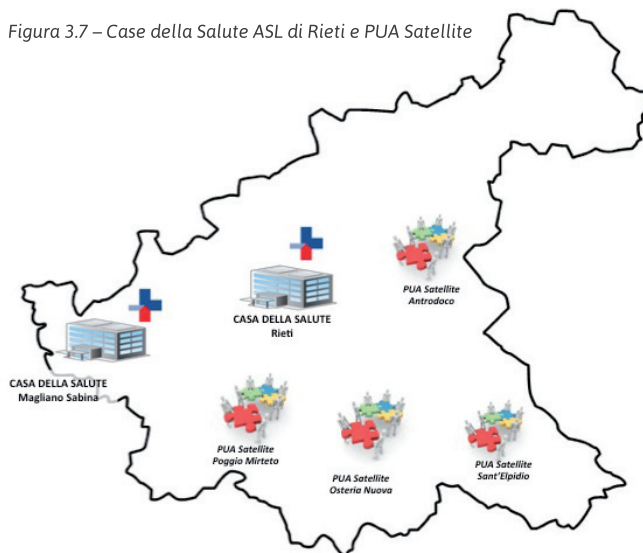
- Area delle cure intermedie a gestione infermieristica,
- Assistenza farmaceutica,
- Punto di Primo intervento,
- Dialisi (non previsto DCA 40/2014),
- 20 p.l. di RSA,
- Attività ambulatoriale chirurgica.

In merito all'attività ambulatoriale chirurgica, essendo la Casa della Salute di Magliano Sabina un ex presidio ospedaliero, dotato di sale operatorie di recente costruzione, si presta facilmente alla realizzazione di tale attività. Risulta però necessario che la Regione intervenga con un'integrazione al DCA 40/2014; ciò consentirà alla ASL di Rieti di stipulare accordi con la ASL di Viterbo finalizzati all'esecuzione di interventi in APA da parte di specialisti dell'Ospedale di Civitacastellana.

La particolare situazione geografica, la difficile viabilità, la numerosità dei Comuni e la distribuzione degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale organizzati in diverse UCP fa immaginare nel tempo la necessità di realizzare, oltre alle sedi della Casa della Salute anche sedi **Satellite** di assistenza primaria nei Comuni di Poggio Mirteto, Osteria Nuova, Sant'Elpidio e Antrodoco, allo scopo di garantire equità di accesso per i cittadini ai percorsi dedicati alle patologie croniche e valorizzare il progetto nell'ambito dell'intera Azienda.

Figura 3.7 – Case della Salute ASL di Rieti e PUA Satellite

La figura 3.7 descrive l'articolazione territoriale delle Case della Salute della ASL di Rieti.



3.3.4 - L'Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come «la possibilità di fornire presso il domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione». L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è dunque un sistema di interventi e servizi sanitari offerti al domicilio del paziente, intendendo per domicilio sia l'abitazione del paziente stesso, sia una casa di riposo o una struttura residenziale permanente, e si caratterizza per l'integrazione delle prestazioni offerte e degli interventi progettati e gestiti da figure professionali multidisciplinari. La continuità assistenziale è garantita dal concorso progettuale degli organi professionali coinvolti, dalla condivisione degli obiettivi e delle responsabilità, attraverso cui sono stabiliti i mezzi e le risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

Il servizio di assistenza domiciliare fornito oggi dalla ASL, a causa dell'elevato indice di vecchiaia della popolazione, dei fabbisogni crescenti, di una difficile viabilità del territorio e di una storica e radicata carenza di personale dedicato, non riesce ad assicurare una copertura adeguata ed omogenea su tutto il territorio provinciale.

Pertanto obiettivo dell'Azienda è il potenziamento del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata in modo tale da offrire la migliore assistenza possibile direttamente al domicilio del paziente, con enormi vantaggi in termini di qualità della vita e con grandi risparmi economici per la ASL. Vale la pena ricordare, infatti, che un paziente curato a domicilio richiede una spesa decisamente minore rispetto a un ricovero ospedaliero.

Per potenziare l'ADI e offrire servizi di qualità ai cittadini, l'Azienda intende esternalizzare il servizio. Ciò consentirà in prospettiva anche il recupero di figure professionali da impiegare in altre attività e strutture, evitando dispersione di conoscenze, competenze e risorse.

Seppur puntando all'esternalizzazione, l'Azienda si propone di mantenere comunque centralizzate le funzioni di *gate keeping* e monitoraggio dell'assistenza, con un ruolo centrale di garante di un appropriato svolgimento delle attività. A tale scopo si intende istituire una «cabina di regia», con figure professionali aziendali dedicate, con funzioni di valutazione, presa in carico, elaborazione dei piani terapeutici di trattamento e loro controllo.



3.3.5 - I Percorsi ospedale-territorio e le reti cliniche

Il contesto socio economico ed epidemiologico del territorio provinciale descritto nella Parte I, caratterizzato da una domanda di salute sempre più condizionata dall'invecchiamento progressivo della popolazione e dalla conseguente crescita del bisogno di servizi sanitari e socio-sanitari legati alle patologie che accompagnano i processi degenerativi e di cronicizzazione della malattia, rende centrale il ruolo delle Case della Salute, quale luogo di riferimento prioritario e privilegiato per la cura dei quadri patologici (degenerativi e cronici) che caratterizzano una fascia di utenza in crescita nel territorio aziendale.

L'Azienda intende promuovere, in aggiunta e a integrazione al modello di Casa della Salute delineato, un concetto di «rete locale» che presuppone un processo di condivisione a livello aziendale di protocolli, procedure e metodi che devono approdare a una reale integrazione fra i vari livelli assistenziali aziendali (territorio, ospedale, prevenzione). In tal modo si intende dar vita a reti integrate di servizi grazie alle quali poter offrire all'utenza una sanità «prossima» al suo domicilio.

Una sanità vicina agli utenti è una sanità di qualità. Il potenziamento dei servizi assistenziali territoriali consentirà di offrire risposte più appropriate sia nei Distretti sanitari di base, sia nelle altre strutture della Rete dei Servizi, primo fra tutti il Polo Ospedaliero Unificato che finalmente potrà concentrare le proprie competenze e risorse sulla cura dell'acuzie. In tal modo si farà la cosa giusta, alla persona giusta, nel posto giusto, nei modi e tempi giusti.

Una manifestazione concreta e significativa del concetto di «rete» è rappresentato dalla creazione dei **percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi**, che possono essere definiti come un modello basato sulla presa in carico del paziente attraverso una sequenza di atti clinici ed assistenziali fondata su metodi e protocolli condivisi a livello aziendale e non sulla dotazione di mezzi e professionalità di una particolare struttura o luogo. Un criterio che ne fa uno strumento versatile e ne permette l'adattamento a situazioni fra loro anche molto differenti. In altre parole, un paziente affetto da una determinata patologia viene assistito tramite un modello di diagnosi e cura condiviso a livello aziendale e applicato ovunque allo stesso modo e con gli stessi criteri, facilitando l'erogazione di servizi di eccellenza e ponendo in secondo piano le caratteristiche di ciascuna realtà locale.

L'Azienda a livello ospedaliero ha già elaborato percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi, monitorati attraverso audit periodici e caratterizzati da una gestione multidisciplinare delle patologie a carattere oncologico. In questo particolare ambito i risultati ottenuti sono di elevata qualità clinica oltre che di elevata qualità assistenziale. L'introduzione della figura del *Case Manager oncologico* rappresenta il punto di sinergia con il territorio per tutti quei pazienti che vengono reclutati nei PUA Satellite fornendo un'accoglienza personalizzata nel passaggio dal territorio all'ospedale.

Si tratta quindi di estendere anche in altri ambiti dell'assistenza, in particolare quello della cronicità, questo tipo di progettualità ed esperienza dell'Azienda.

Gli Screening

Come riportato nell'analisi di cui alla Parte 2, gli screening Aziendali hanno avuto un arresto nell'anno 2013.

Dall'insediamento della nuova Direzione Generale è stato costituito un Gruppo di Lavoro finalizzato alla riattivazione degli screening in Azienda. Ad oggi sono state messe in atto tutte le azioni necessarie alla riattivazione e che prevedono lo start up entro il 2014.

L'Azienda sta prevedendo una intensa campagna pubblicitaria finalizzata alla diffusione informativa della riattivazione dell'attività di screening su tutto il territorio provinciale.

Come previsto nel paragrafo riguardante la rete oncologica, gli screening rappresentano uno dei punti di reclutamento per l'inserimento dei pazienti nei percorsi oncologici aziendali.

Screening mammella

L'Azienda ha previsto la collocazione di mammografi digitali/digitalizzati presso le sedi di Magliano Sabina, Poggio Mirteto, Passo Corese, Rieti (Viale Matteucci) e Amatrice e la correlata trasmissione di immagini presso la sezione senologica della UOC di Radiologia del Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice, ove verrà effettuata la lettura in doppio cieco e, qualora necessario, l'eventuale approfondimento di secondo livello.

Screening cervice uterina

Attraverso il personale ostetrico presente nei consultori familiari distribuiti nell'ambito territoriale vengono effettuati gli esami di Pap test la cui lettura è di competenza della UOC Anatomia Patologica del Polo Ospedaliero Unificato. In caso di positività, il secondo livello viene effettuato con un esame colposcopico a cura della UOC Ostetricia e Ginecologia.

Screening colon retto

Rappresenta la linea di attività contraddistinta dalla scarsa adesione della popolazione target.

La ASL di Rieti sta quindi ricercando soluzioni che facilitino l'accesso dell'utenza al percorso di screening, tuttavia la vera criticità è rappresentata dal secondo livello conseguente ad un esito positivo nel test di ricerca del sangue occulto. Anche in questo caso l'Azienda è alla ricerca di soluzioni che consentano di far fronte al prevedibile aumento delle colonscopie.

Nell'Tabella 3.2 sono evidenziati gli obiettivi di sviluppo dell'attività di screening nel prossimo triennio.

Tabella 3.2 - Cronoprogramma screening ASL di Rieti.

	2014	2015		2016	
		inviti	adesioni	inviti	adesioni
Mammella Popolazione Target 6.882	AVVIO	50%	30%	90%	45%
Cervice Uterina Popolazione Target 13.357		50%	30%	90%	40%
Colon Popolazione Target 14.635		50%	30%	90%	45%

Si tratta certamente di un piano ambizioso, difficilmente realizzabile con le sole risorse interne all'Azienda.

Il Percorso Nascita

Il Percorso Nascita è l'insieme di tutte le prestazioni offerte per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire adeguata assistenza in gravidanza, all'atto del travaglio e del parto e, successivamente, durante il puerperio e l'allattamento. L'Azienda realizza questo percorso affinché ogni donna possa vivere in modo più sereno la propria gravidanza, comprendendo dove e quando prenotare i vari appuntamenti per le visite ostetriche, le ecografie, gli esami di laboratorio, le indagini prenatali, i corsi di accompagnamento alla nascita, la consulenza e la visita per l'analgesia del parto, il pre ricovero della 37a settimana. Il Percorso Nascita ha anche lo scopo di rendere più sereno il parto, la degenza dopo il parto, l'allattamento e il puerperio.

Quanto sopra, al fine di recuperare la fiducia da parte delle utenti che, come analizzato nella Parte 2 del Piano, per quanto riguarda in particolare la specialità di ostetricia e ginecologia, tendono a «migrare» in strutture extraprovinciali ed extraregionali.

I percorsi per le patologie croniche: BPCO, Scompenso, Diabete

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, il diabete e le malattie respiratorie croniche. In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Le malattie croniche si caratterizzano per il fatto di presentare sintomi che perdurano nel tempo, talvolta in maniera costante, con fasi di remissione parziale e di riacutizzazione. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione.

Tali patologie, per la loro crescente prevalenza e incidenza, per la loro complessità clinica, per la frequenza e severità di complicanze sistemiche, richiedono un peculiare modello di cura della cronicità. A questa peculiarità deve rispondere la revisione della rete gestionale del percorso clinico-assistenziale ed organizzativo tale da garantire la maggiore flessibilità d'intervento in funzione dello stadio della malattia e del suo grado di complessità.

La «rete» non nasce da un semplice raccordo tra servizi e operatori, ma da una reale integrazione organizzativa ed operativa, basata essenzialmente su un continuo scambio di informazioni raccolte in maniera omogenea. In altri termini, un «sistema» diviene tale se, oltre alle singole parti e componenti, sa governare le interfacce organizzative, usualmente poco presidiate, e se, nel rispetto della specificità dei diversi contributi, sa effettivamente andare oltre le tendenze autoreferenziali che scaturiscono da specifici punti di vista.

In particolare gli specialisti, i Medici di Medicina Generale (MMG) e tutti gli altri interlocutori sanitari possono intervenire in modo integrato e coordinato, migliorare le proprie conoscenze per fornire appropriate indicazioni. Di non secondaria importanza è anche il ruolo del Volontariato che deve divenire un interlocutore stabile e partner per lo sviluppo di programmi e attività di informazione/educazione dei pazienti e dei caregiver.

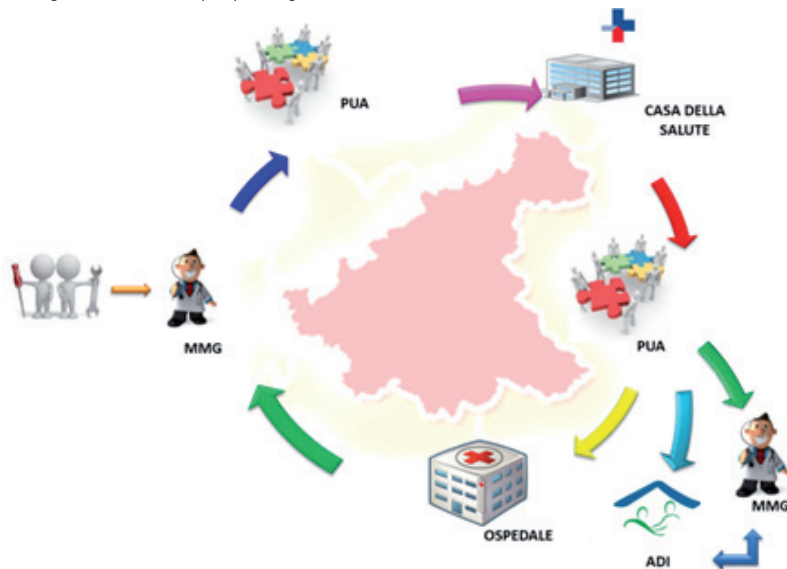
Obiettivo dell'Azienda è indirizzare verso un sistema che realizzi l'integrazione fra i Medici di Medicina Generale, capillarmente presenti sul territorio (assistenza primaria), con i team di specialisti (diabetologi, pneumologia, cardiologia), eventualmente raccordati con centri regionali di alta specialità.

Il modello di riferimento per la presa in carico nei percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi è quello rappresentato nella figura 3.8, dove i MMG contribuiscono, in collaborazione con altri specialisti, alla definizione del percorso clinico-assistenziale ed organizzativo personalizzato di ogni paziente e alla definizione e verifica degli obiettivi terapeutici individuali. Questa visione di gestione integrata «multicentrica» riconosce, quindi, il valore di ogni componente, dà centralità ai fabbisogni dei pazienti calibrando su di essi il disegno del follow up ed è finalizzata a evitare confusione di ruoli, scongiurando che sia la pura occasionalità a indirizzare il paziente e a guidarne le scelte. Tale visione comporta il miglioramento

dell'efficacia della prestazione assistenziale integrata sfruttando l'esistenza di studi medici associati, con presenza di personale infermieristico e tecnologia necessaria all'adeguata raccolta e condivisione delle informazioni cliniche, da cui sia agevole anche ricavare gli indicatori di performance.

L'Azienda, per rispondere in modo adeguato al trattamento delle patologie croniche, ha previsto nelle Case della Salute il luogo privilegiato per la presa in carico dei pazienti cronici. La gestione informatizzata di questa attività consente l'inserimento del paziente nel percorso dall'ambulatorio del Medico di Medicina Generale che, attraverso tale

Figura 3.8 - Percorsi per patologie croniche.



strumento, potrà procurare un appuntamento al paziente di sua competenza presso il PUA della Casa della Salute. Nel momento dell'accesso al PUA, l'operatore integrerà con le informazioni sociali (tramite un'intervista al paziente) quanto inserito dal Medico di Medicina Generale inviante.

Tutta la documentazione inerente il paziente inserito nel percorso verrà informaticamente conservata con un numero nosologico specifico andando ad alimentare di volta in volta il dossier sanitario del paziente stesso. Il Medico di Medicina Generale riceverà per via informatica tutti i documenti di refertazione.

Il sistema consente il coinvolgimento della componente ospedaliera per quei pazienti che, avendo complicanze derivanti dalla patologia di base, richiedono una presa in carico assistenziale di maggiore complessità (ad esempio piede diabetico); anche in questo caso le ulteriori informazioni andranno ad arricchire il dossier sanitario del paziente.

La Rete Oncologica

L'oncologia costituisce ormai da alcuni anni, in ragione dell'alta incidenza e della prevalenza, una delle priorità delle politiche sanitarie internazionali, nazionali e regionali. Il paziente con neoplasia necessita di interventi caratterizzati da una risposta sistemica e interdisciplinare, realizzata in chiave «biopsicosociale». Il modello generale assunto a riferimento dalla ASL è quello rappresentato nella figura 3.9.

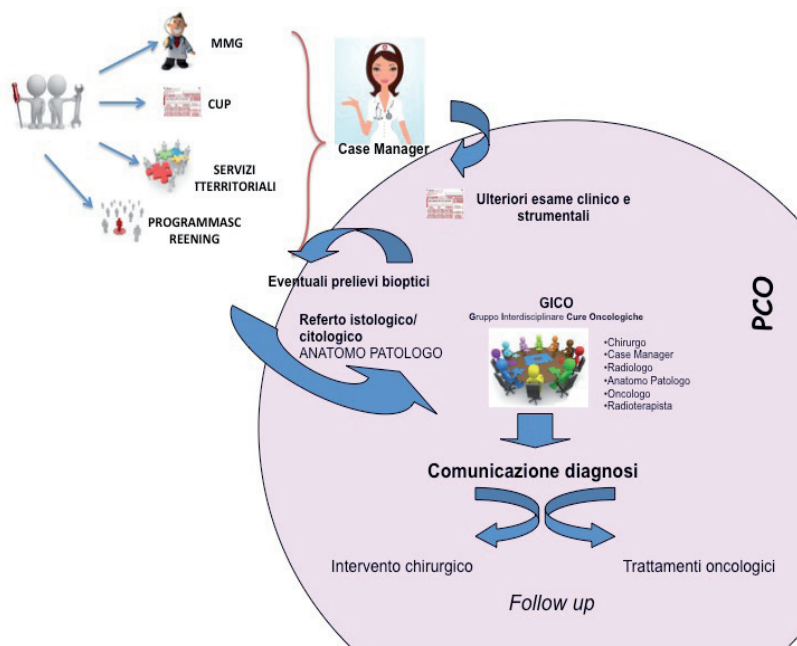
La rete oncologica offre servizi di alta specializzazione attraverso una gestione multidisciplinare che, nei percorsi ospedalieri codificati, contempla tutte le figure professionali necessarie alla soluzione del caso. Le figure coinvolte nei percorsi oncologici sono rappresentate dal chirurgo di riferimento, dal radiologo, dall'oncologo, dal radioterapista e dall'anatomopatologo.

I percorsi attivi in Azienda riguardano:

- il carcinoma mammario,
- il carcinoma prostatico,
- il carcinoma del colon-retto,
- il carcinoma della tiroide,
- il carcinoma della vescica.

L'inserimento dei pazienti nel percorso avviene sin dal momento del sospetto diagnostico e gli ambiti di intercettazione sono prevalentemente territoriali, in quanto possono derivare dall'attività di screening, da esami diagnostici ambulatoriali o da visite specialistiche ambulatoriali.

Figura 3.9 - Il modello delle reti oncologiche.



L'organizzazione attivata prevede anche il trattamento dei pazienti oncologici con terapie palliative presso il proprio domicilio, e, se necessario, l'accoglienza in Hospice. Quanto descritto trova applicazione a condizione che sia funzionante la rete dei Case Manager presenti nei diversi ambiti descritti (CM del PUA, CM dei Percorsi oncologici, CM ADI).

3.3.6 - Le Reti e i Dipartimenti Interaziendali

La riorganizzazione delle reti ospedaliere per le prestazioni di alta specialità, avviata dalla Regione Lazio nel 2010, è volta a garantire un utilizzo più appropriato delle risorse che assicuri, all'interno dei diversi bacini di utenza, l'equilibrio tra copertura territoriale, qualità dei servizi, equità di accesso e necessità di concentrazione della casistica più complessa in pochi centri altamente qualificati.

Il modello organizzativo di collegamento adottato dalla Regione Lazio è quello cosiddetto *Hub&Spoke* che si fonda sulla interazione e sulla complementarietà funzionale dei presidi e delle strutture, indipendentemente dalla loro collocazione fisica ed amministrativa.

Ad evidenza, la costruzione della rete comprende la necessità di un sistema di trasporto primario e inter-ospedaliero efficiente, che è parte costituente della rete stessa. La rete funzionale Hub&Spoke deve integrare tutte le strutture coinvolte nell'assistenza al paziente, non solo per la garanzia della tempestività e del livello tecnologico appropriato rispetto al caso da trattare, ma anche della qualità degli interventi e della continuità assistenziale, tenendo conto della globalità delle esigenze del paziente, inclusi gli aspetti legati alla riabilitazione.

Il modello della Rete sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario, anche se le singole prestazioni sono assicurate da Unità Operative diverse.

Ad oggi l'Azienda di Rieti nell'ambito delle Reti Regionali si colloca come da tabella 3.3.

Tabella 3.3 - La ASL di Rieti nelle Reti Regionale.

Rete	Hub	ASL di Rieti
Emergenza	Policlinico Gemelli	DEA I Livello
Emergenza Pediatrica	Policlinico Gemelli – San Camillo (Roma)	Spoke
Cardiologica	Policlinico Gemelli	E (con p.l. di Cardiologia, UTIC ed Emodinamica)
Ictus	Policlinico Gemelli	Spoke – UTN I
Trauma grave e Neurotrauma	Policlinico Gemelli	Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (PST)
Perinatale	Policlinico Gemelli	I Livello (in grado di assistere parti a medio rischio e neonati con patologia intermedia)
Malattie emorragiche	Policlinico Umberto I	Presidio di I Livello
Malattie Infettive	Policlinico Gemelli - Policlinico Umberto I	Spoke
Oncologica	Policlinico Gemelli	Spoke
Trattamento del dolore cronico non oncologico	Policlinico Tor Vergata	Spoke

Fonte: UOC Sviluppo Strategico e Organizzativo

Oltre alla previsione delle Reti Regionali, con l'adozione delle linee guida per la redazione dell'Atto aziendale, la Regione Lazio prevede la possibilità di attivare Dipartimenti Interaziendali. La ASL di Rieti sta aderendo ad un protocollo per lo sviluppo della rete interaziendale della Sanità Penitenziaria di cui al successivo paragrafo 4.6.

3.3.7 - La reingegnerizzazione delle funzioni ospedaliere

Il Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice eroga prestazioni sanitarie specifiche in regime di ricovero e ambulatoriale nelle modalità previste dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale, nel rispetto del Livelli Essenziali di Assistenza e del principio dell'appropriatezza.

Il DCA 368/2014 attribuisce 429 posti letto al Polo Ospedaliero Unificato come di seguito indicato:

Tabella 3.4 – Posti letto previsti DCA 368/2014

Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice

Area	Codice	Descrizione	Posti Letto	
			R.O.	D.H.
M	08	CARDIOLOGIA	20	
		AREA MEDICA	146	
	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		20
TOTALE			166	20
C		AREA CHIRURGICA	104	
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		20
TOTALE			104	20
AC	49	TERAPIA INTENSIVA	8	
	50	UNITA' CORONARICA	6	
	51	ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	4	
	UTN	UTN	4	
TOTALE			22	
MIP	370	OSTETRICIA	17	
	39	PEDIATRIA	12	1
	62	NEONATOLOGIA	4	
TOTALE			33	1
	24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	14	
	40	PSICHIATRIA	12	2
TOTALE			26	2
PA	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	15	2
	60	LUNGODEGENZA	18	
TOTALE			33	2
TOTALE			384	45

Sono inoltre previsti 7 posti letto di ricovero ordinario e 2 posti letto di day surgery di Chirurgia Vascolare.

Il Polo Ospedaliero Unificato di Rieti-Amatrice, date le dimensioni e la relativa complessità organizzativa, è articolato nei seguenti Dipartimenti che riuniscono Unità Operative caratterizzate dall'omogeneità delle tecnologie utilizzate e/o dalla omogeneità della funzione svolta nel generale assetto produttivo aziendale:

- Dipartimento di Medicina;
- Dipartimento di Chirurgia;
- Dipartimento di Emergenza ed Accettazione;
- Dipartimento dei Servizi.

L'Azienda adotta il modello dipartimentale solo ed esclusivamente nelle forme e nelle modalità organizzative che consentano la realizzazione della migliore economicità di gestione, attraverso l'integrazione e il coordinamento tra le diverse Unità Operative, delle azioni strategiche, dei processi tecnico-produttivi, delle risorse umane, tecnologiche e strumentali, nella ricerca della maggiore appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate. Il Dipartimento si costituisce, pertanto, come contesto per il governo clinico con particolare riguardo al governo e all'autogoverno dei comportamenti professionali e alla relativa continua valutazione.

I principi ispiratori per la reingegnerizzazione del Polo Ospedaliero Unificato sono:

- organizzazione orientata per intensità di cura;
- razionalizzazione e centralizzazione dei servizi diagnostici e di supporto (radiologia, laboratorio, CUP, sistema di accettazione, sistema informativo, ecc.);
- organizzazione centrata sul ruolo della professione infermieristica e tecnica nel governo dei processi assistenziali;
- sviluppo del governo clinico e della qualità dei percorsi, con forte attenzione alla qualità assistenziale e all'integrazione interdipartimentale e con i servizi territoriali;
- sviluppo continuo dei percorsi di umanizzazione (logistica, comfort, facilità di accesso, sicurezza);
- consolidamento delle competenze direzionali per lo sviluppo di processi di riorganizzazione e di innovazione;
- valorizzazione delle attività di eccellenza interne con sviluppo di partnership con altre aziende ospedaliere e sanitarie e con strutture di offerta private.

Il modello di funzionamento che si intende promuovere e progressivamente implementare converge verso il paradigma dell'ospedale cosiddetto *care focused* o *patient focused* ed è volto a garantire, da un lato, la migliore e più appropriata risposta assistenziale al paziente e, dall'altro, una gestione efficiente delle risorse produttive disponibili.

La soluzione organizzativa poggia innanzitutto sul principio della separazione del controllo delle risorse strutturali dal controllo del processo clinico, in modo tale da poter focalizzare le professionalità del medico sull'efficacia della cura e sul rapporto con il paziente.

Coerentemente a tale impostazione di fondo, i principali ruoli organizzativi potranno essere configurati secondo una matrice delle responsabilità che prevede tre principali focalizzazioni:

- Asset management (efficienza della gestione operativa);
- Knowledge management (specializzazione e gestione delle competenze professionali);
- Disease Management (efficacia e appropriatezza dei processi assistenziali).

La soluzione organizzativa progettata poggia sull'individuazione di **aree produttive multispecialistiche** all'interno delle quali si sviluppano i **percorsi del paziente**.

Le aree o piattaforme produttive previste sono:

- le Aree di Degenza per intensità di cura,
- l'Area Critica,
- la Piattaforma Ambulatoriale,
- il Blocco Operatorio.

Figura 3.10 – la reingegnerizzazione per piattaforme produttive del PO Rieti-Amatrice.



3.3.8 - L'Area Medica Multidisciplinare per intensità di cura

L'ospedale è una organizzazione a elevata complessità, in continua evoluzione e adattamento per dare risposte ai cambiamenti di offerta e domanda. Di conseguenza si sta modificando l'organizzazione e la struttura stessa dell'ospedale che viene quindi riconfigurato secondo più moderni requisiti riconducibili all'idea dell'ospedale per intensità di cura e che vede il paziente al centro del sistema per rendere il servizio più funzionale e aderente ai bisogni assistenziali. Per perseguire tale scopo la ASL di Rieti rivede la propria organizzazione per aree multidisciplinari, non più basate sull'idea di aree di degenza divise rigidamente per specialità, ma orientate a specifici problemi di salute e conseguenti azioni per l'erogazione di procedure sanitarie.

E' questo il «nuovo» modello di ospedale che l'Azienda sta realizzando per coniugare al meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza, mettendo ancora di più al centro il paziente e le attività clinico assistenziali appropriate al suo bisogno di cura.

In particolare, si ipotizza una strutturazione in:

- area critica (Rianimazione, Terapia Intensiva, UTIC, UTN);
- medio-alta complessità clinica ed assistenziale a forte connotazione multidisciplinare;
- medio-bassa complessità clinica ed assistenziale;
- post acuto;
- moduli a gestione infermieristica.

A completamento del nuovo modello organizzativo, l'Azienda prevede la creazione di un'area di Day Hospital centralizzato.

L'offerta di prestazioni si fonda su "livelli per intensità di cura", che riconosce la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico e di bisogno di assistenza. Attraverso quest'approccio, si delinea l'esigenza di organizzare un percorso diagnostico-terapeutico unico in cui ricevere un'assistenza più personalizzata e appropriata.

Ne deriva che la risposta ospedaliera non può più essere gestita all'interno del tradizionale "reparto" strutturato per singola branca specialistica, ma deve essere integrata dall'apporto di più discipline specialistiche e da più professionisti.

E', quindi, un ospedale che cambia per valorizzare tutte le conoscenze cliniche e le competenze assistenziali sul paziente, rimodellando tutti i livelli di cura necessari all'interno di nuove aree di degenza (setting – moduli di degenza).

In tale ottica, cambia l'approccio riservato al paziente che deve essere diverso da persona a persona, poiché influenzato da molti fattori, quali ad esempio: l'instabilità delle condizioni cliniche, lo stato attuale della malattia o la presenza di più malattie. Non ultimo, la complessità della malattie croniche dovute all'invecchiamento della popolazione, che richiedono una risposta ospedaliera attenta e uno stretto legame con i servizi del territorio per la gestione della dimissione.

Da qui l'ospedale per intensità di cure: non più divisioni organizzative per singole specializzazioni (i vecchi reparti), ma nuove aree di ricovero (setting – moduli eggenza) costruite per ricomporre attorno ai bisogni dell'assistito, tutte le risorse utili alla soluzione dei problemi clinici ed assistenziali.

In base a questo principio, nei setting – modulo di degenza il paziente è accolto, preso in carico ed assistito.

Sono comunque fatte salve tutte le esigenze sanitarie, come ad esempio in casi di malattie che richiedono isolamento individuale.

Non cambia la modalità di ricovero ospedaliero che può avvenire nei seguenti modi:

- ricovero urgente, effettuato sempre attraverso il Pronto Soccorso 24 ore su 24;
- ricovero programmato, disposto dal medico ospedaliero su proposta del medico di famiglia, del medico di continuità assistenziale, del medico specialista.

Al momento dell'accesso, sia da Pronto Soccorso che programmato, la persona verrà assegnata, in base alla tipologia di cure di cui ha bisogno, al setting – modulo di degenza appropriato e agli specialisti della patologia cui è affetto.

Il paziente, quindi, è preso in carico da un medico specialista (tutor), per i problemi clinici prevalenti e da un infermiere (tutor) per i bisogni assistenziali.

Per la realizzazione di tale soluzione risulta assolutamente prioritaria la valutazione del paziente dal punto di vista clinico e dal punto di vista assistenziale sin dal momento del suo accesso in Pronto Soccorso.

3.3.9 - Il nuovo ruolo del Pronto Soccorso

La riorganizzazione dell'ospedale «per intensità di cura» attribuisce un ruolo centrale al Pronto Soccorso che deve quindi ripensare i propri criteri, modalità e condizioni di funzionamento in coerenza ai percorsi del paziente, alle aree di degenza e ai setting assistenziali.

Tutte le sue funzioni dalle più «tipiche» di triage, stabilizzazione, osservazione e valutazione del paziente devono essere ripensate in modo funzionale al modello per intensità di cure.

Il ricorso al cosiddetto “triage avanzato” rappresenta la soluzione più efficace per garantire risposte tempestive e appropriate nella fase di primissimo accesso al Pronto Soccorso. Condizione indispensabile è la presenza di personale infermieristico specificamente selezionato, formato e motivato.

L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) deve assumere un ruolo di polmone in cui effettuare un'attenta valutazione, ovviamente non per i codici rossi, delle condizioni cliniche e più in generale assistenziali di ciascun paziente prima di procedere alla sua dimissione o al ricovero. Quest'ultimo evento infatti deve poter avvenire nel setting – modulo di degenza appropriato a seguito di una valutazione da realizzarsi attraverso opportune scale integrate.

L'obiettivo ambizioso che si pone la ASL di Rieti è che l'OBI possa evitare il ricorso ai ricoveri notturni alleggerendo in tal modo il carico organizzativo nelle aree di degenza.

Da ultimo, la definizione di appositi percorsi agevolati per la diagnostica e la consulenza dovrà quindi favorire una ulteriore ottimizzazione della gestione dei flussi in entrata al Pronto Soccorso.

3.3.10 - Il Potenziamento dell'Area Oncologica

L'Azienda intende perseguire l'eccellenza in area oncologica e rappresentare un punto di attrazione per le seguenti motivazioni:

- il settore ha da anni adottato un modello organizzativo incentrato sulla reingegnerizzazione del percorso diagnostico e di cura e sulla presa in carico del paziente tramite Case Manager appositamente formati nonché i G.I.C.O. (Gruppi Interdisciplinari delle Cure Oncologiche) che approcciano in modo multidisciplinare i casi da trattare e adottano un sistema di coinvolgimento del paziente nel processo di cura;
- la UOC Radioterapia è un esempio, premiato più volte a livello nazionale, per l'elevato livello di umanizzazione e di attenzione al paziente, anche attraverso l'organizzazione di eventi musicali, teatrali, ecc., dedicati ai pazienti e ai loro familiari;
- sulla chirurgia della mammella è attualmente in grado di assicurare circa 90 interventi l'anno ad opera di un clinico specialista, garantendo anche la chirurgia ricostruttiva;
- le tecnologie sono di buon livello.

L'eccellenza che si intende perseguire avviene attraverso:

- l'acquisizione, come da Piano degli Investimenti, di un secondo acceleratore lineare e di un Mammotom;
- la candidatura, come da relazione della precedente direzione sanitaria, a nuovo centro regionale idoneo ad ospitare un servizio di Medicina Nucleare con Tac-Pet;
- l'acquisizione di un direttore per l'unità operativa di Chirurgia Generale esperto in Chirurgia Oncologica (addome, polmone).

Gli investimenti strutturali e tecnologici sono riportati nel paragrafo 6.3 del presente Piano Strategico, mentre, per quanto concerne la dotazione di personale, si rappresenta che, al fine di sviluppare appieno tale linea di attività, risultano necessarie le seguenti ulteriori figure professionali:

ONCOLOGIA MEDICA

1 dirigente medico
1 infermiere

RADIOTERAPIA

2 dirigenti medici
1 dirigente fisico
3 tecnici sanitari di
radiologia medica
1 Infermiere

MEDICINA NUCLEARE

3 dirigenti medici
4 infermieri
7 tecnici sanitari di
radiologia medica

Il personale sopra riportato permetterà di ampliare l'attività dell'area oncologica anche nel pomeriggio, generando per l'Azienda un sostanziale risparmio anche in termini di prestazioni aggiuntive.

Quanto sopra riportato è a condizione che venga aumentato il finanziamento di parte corrente per l'Azienda.

3.3.11 - Il Potenziamento dell'Area Critica e la reingegnerizzazione del Blocco Operatorio

La focalizzazione delle strutture ospedaliere sulla gestione della fase acuta delle malattie e quindi su attività "a ciclo breve" richiede oltre ad un generale efficientamento di tutti i processi diagnostici e clinico-assistenziali anche una spiccata capacità di gestire le emergenze e l'attività chirurgica.

Diventa quindi indispensabile un ripensamento del ruolo e delle modalità di funzionamento di:

- Rianimazione, Terapia Intensiva, UTIC e Stroke Unit,
- Blocco operatorio.

In particolare, occorre ripensare il ruolo di queste strutture in una chiave di processo e quindi di ottimizzazione del percorso del paziente.

Le linee secondo cui sviluppare la progettazione prevedono:

- la rimodulazione dell'attività chirurgica in moduli di degenza di Long Surgery, Week Surgery e Day Surgery;
- la gestione infermieristica del posto letto attraverso un approccio multidisciplinare;

- la geriatria a supporto dell'attività chirurgica, visto il progressivo invecchiamento della popolazione ed il conseguente aumento delle pluripatologie nell'anziano;
- la gestione centralizzata della programmazione del Blocco Operatorio secondo classi di priorità, tipologia e durata dell'intervento.

La realizzazione di quanto sopra esplicitato richiede nuove competenze di programmazione dell'attività chirurgica che in prospettiva dovrebbero portare ad identificare una specifica funzione organizzativa in staff alla direzione di presidio.

3.3.12 - Il rilancio dell'Area Materno Infantile: verso la clinicizzazione

Nell'ottica di un miglioramento della qualità dei servizi erogati e del mantenimento del recupero di fiducia da parte dell'utenza l'Azienda ha avviato un percorso di collaborazione con l'Università La Sapienza di Roma per trasformare la **Pediatria e Neonatologia** e **l'Ostetricia e Ginecologia** in unità operative a direzione universitaria.

La clinicizzazione dovrebbe tra l'altro permettere l'accesso degli specializzandi nel Presidio Ospedaliero e, attraverso una forte integrazione con il territorio, arrivare ad una presa in carico globale della maternità.

L'obiettivo è un forte recupero di immagine ed una radicale inversione di tendenza nel fenomeno di fuga che ha connotato negli ultimi anni questa linee di attività.

3.3.13 - Lo Stabilimento di Amatrice

Lo Stabilimento di Amatrice viene configurato, ai sensi del DCA 368/14, come "Ospedale di zona disagiata" dotato di:

- 24 posti letto di ricovero ordinario, distinti in 13 posti letto di Medicina Interna e 11 posti letto di Lungodegenza post acuzie (cod. 60) a vocazione riabilitativa, 1 posto letto di Day Hospital e 5 posti letto di Day Surgery;
- un Pronto Soccorso le cui attività sono assicurate dai medici del DEA di riferimento, con 2 posti letto di OBI ed elisuperficie;
- attività ambulatoriali;
- un servizio di radiologia con trasmissione di immagini collegate all'Ospedale di Rieti;
- indagini laboratoristiche di Pronto Soccorso;
- emoteca.

L'avviamento progressivo delle attività avverrà in funzione delle risorse aggiuntive autorizzate dalla Regione Lazio.

3.3.14 - Il Governo delle Liste d'Attesa

La Direzione Aziendale riconosce come obiettivo prioritario il contenimento dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie ed è impegnata con molta determinazione sul tema del loro governo. Fa propri i principi espressi nel Piano Regionale ed esplicita gli obiettivi da perseguire e le azioni da mettere in campo nel Piano attuativo aziendale, deliberato nel maggio 2014, nella consapevolezza che si possono ottenere risultati significativi intervenendo attraverso:

- lo sviluppo di un'adeguata valutazione dei bisogni espressi della popolazione, da parte dei Direttori di Distretto e l'elaborazione di un piano annuale del fabbisogno;
- la definizione e gestione di percorsi diagnostico-terapeutici prioritari;
- l'ottimizzazione della programmazione dell'offerta di prestazioni mediante strumenti di semplificazione e facilitazione dell'accesso e l'elaborazione di percorsi condivisi con i professionisti;
- la revisione e monitoraggio periodico dell'attività prescrittiva, mediante audit e analisi campionaria delle prescrizioni;
- un'informazione accessibile e trasparente e l'empowerment degli utenti.

Coerentemente, l'Azienda ha revisionato l'articolazione dell'offerta sul territorio di competenza anche in relazione alla prossima realizzazione delle Case della Salute di Magliano Sabina e Rieti. L'impegno è quello di assicurare i bacini di afferenza secondo principi di accessibilità per il cittadino a **livello aziendale** per le prestazioni più complesse/costose, a **livello sovra distrettuale** per le prestazioni di livello intermedio, ed **in prossimità** nell'ambito di residenza dell'utente, per quelle prestazioni a più larga diffusione utilizzate nell'inquadramento diagnostico e/o nei trattamenti delle affezioni più comuni individuando, per singolo punto di erogazione, un volume di attività necessaria a garantire:

- il mantenimento della clinical competence;
- l'adeguato livello di dotazione tecnologica;
- il massimo grado di sicurezza della prestazione.

La programmazione delle attività è definita in modo da garantire al cittadino la possibilità di prenotare qualsiasi prestazione, sia di primo accesso che per gli accessi successivi, per un tempo sufficientemente lungo. Inoltre la promozione della multicanalità per le prenotazioni che possono essere effettuate tramite sportelli CUP con operatore, farmacie, call center o cup web si propone di contribuire a facilitare l'accesso.

La gestione delle agende si basa su criteri di efficienza e trasparenza e si concentra su alcuni interventi :

- disponibilità di agende di prenotazione a lungo orizzonte temporale;
- costruzione delle agende con distinzione tra primo contatto o contatto successivo, quest'ultimo inteso come visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow-up da riportare sul ricettario SSN;
- monitoraggio e verifica dell'utilizzo delle Liste Aperte (agende utilizzate dallo specialista per le visite in continuità diagnostico – terapeutica) al fine di valutarne l'effettivo e corretto utilizzo da parte dello specialista, per recuperare eventuali disponibilità a favore delle prime visite;
- uniformare, a livello Aziendale, l'attuale tempistica adottata per le prestazioni, in attesa della definizione del tempario Regionale;
- estensione di tipologie e volumi di prestazioni non presenti nel sistema CUP (fisioterapia, prestazioni ambulatoriali di laboratorio analisi e trasfusionale);
- monitoraggio del drop-out (attualmente del 15-20%) su tutte le prestazioni critiche al fine di predisporre modalità di prenotazione in overbooking ed avviare un'attività di Recall aziendale tramite SMS o chiamata telefonica per quelle prestazioni di lunga durata con tempi d'attesa critici.

In sintesi, l'Azienda intende fornire all'utente le seguenti garanzie:

- il rispetto dei tempi di attesa per i cittadini, in base alla normativa regionale, è sempre garantito per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che rivestono il carattere dell'urgenza a giudizio del prescrittore anche attraverso l'attivazione del sistema aziendale e regionale del Dr. Cup, esse si possono ricondurre a due tipologie:
 - **prestazioni urgenti:** prestazioni per le quali non è necessario l'accesso al Pronto Soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire entro le successive 72 ore;
 - **prestazioni urgenti differibili:** prestazioni la cui effettuazione, pur avendo carattere di urgenza, può essere differita di qualche giorno, ma non oltre i 10 giorni;
- attivazione temporanea di **agende di garanzia** per quelle prestazioni ambulatoriali specialistiche ad alto contenuto professionale quando non fosse possibile garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa. Tali agende, riservate ai residenti nell'ASL di Rieti, nell'ambito di obiettivi specifici, prevedono l'acquisizione di pacchetti di prestazioni aggiuntive negoziate con i professionisti aziendali.
- attivazione di energiche azioni di **riduzione del numero delle persone in lista di attesa**, soprattutto per le prestazioni critiche con lunghi tempi d'attesa, mediante "iniezioni/bolli" di prestazioni di specialistica ambulatoriale in aggiunta ai normali volumi di produzione per periodi di tempo limitato da parte di specialisti dipendenti, anche utilizzando l'istituto delle prestazioni aggiuntive;

- avvio di esperienze di **modulazione temporale della produzione**, per periodi di tempo limitati ed in riferimento all'erogazione di volumi di prestazioni di diagnostica con lunghi tempi d'attesa in orari serali, prefestivi e festivi, anche attraverso il ricorso a prestazioni aggiuntive, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle tecnologia di diagnostica.

Fra gli obiettivi prioritari legati all'implementazione di criteri di appropriatezza, l'Azienda intende favorire comportamenti omogenei da parte dei professionisti medici e promuovere il confronto diretto e la collaborazione fra chi richiede e chi esegue prestazioni. Intende altresì promuovere lo sviluppo della capacità di selezione della domanda, attraverso l'identificazione delle indicazioni cliniche appropriate sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, esplicitando i tempi desiderabili d'erogazione e quindi consentendo di definire le prestazioni alle quali poter accedere in urgenza sulla base di linee guida.

La definizione dei criteri di governo degli accessi alle prestazioni appropriate, ma non urgenti, consente il passaggio da una gestione delle liste di attesa basata su meri criteri temporali, ad una che sappia tenere conto delle effettive esigenze cliniche del paziente.

L'Azienda di Rieti ha adottato le seguenti misure atte a ridurre l'inappropriatezza prescrittiva, clinica ed organizzativa nell'ambito dell'assistenza specialistica:

- sono attivi gruppi di lavoro ad hoc, costituiti da MMG e Specialisti, per la verifica del manuale RAO in essere per RMN, e per la definizione dei manuali RAO per l'ecocolordoppler, ecocardiogramma e prestazioni di diagnostica particolarmente critiche;
- estensione dei PDTA, già attivi a livello ospedaliero, nel territorio con il coinvolgimento dei MMG e specialisti ambulatoriali (diabete non insulino-dipendente e scompenso cardiaco) al fine di semplificare e standardizzare le modalità di accesso/fruizione delle prestazioni secondo criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa;
- definizione di modalità di collaborazione con il centro screening per favorire l'accesso alla mammografia per le donne in età di screening in alternativa alla mammografia clinica prescritta in assenza di sintomatologia;
- sono operative le commissioni per la appropriatezza prescrittiva distrettuale sia per il controllo della spesa farmaceutica, che per il monitoraggio delle prestazioni specialistiche ambulatoriali prescritte dai MMG;
- sono previste nell'ambito dell'attività delle commissioni per l'appropriatezza prescrittiva della specialistica ambulatoriale occasioni di confronto sui comportamenti prescrittivi a rischio di inappropriatazza con i singoli professionisti attraverso disponibilità di reportistica ad hoc, con indicatori di spesa e consumo per branca specialistica;
- verifica su base campionaria della corretta compilazione delle richieste di prestazioni (presenza di quesito diagnostico o motivazione clinica e priorità di accesso);
- completamento del processo di informatizzazione dell'Azienda che include la prescrizione specialistica online, che favorirà la completezza e correttezza della prescrizione .

Regolamentazione dell'attività ambulatoriale in ALPI

L'Azienda ha regolamentato l'attività in ALPI già da diversi anni. Il regolamento prevede che l'esercizio dell'attività libero professionale non possa essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda e che debba essere sempre assicurato un corretto ed equilibrato rapporto in termini di volumi di attività, orario e tempi di attesa.

Ad oggi le verifiche svolte sui volumi di attività erogati, vengono effettuate per unità operativa e per specialista ed il controllo è volto a verificare che il volume di attività in regime libero professionale non superi quello in regime ordinario.

L'Azienda considera l'attività libero professionale intramoenia come un valido strumento per concorrere al contenimento delle liste di attesa. In tal senso l'Azienda intende valutare la fattibilità di appositi **progetti, da realizzare con i professionisti in regime di libera professione**, al fine di erogare prestazioni con tariffe sociali sovrapponibili al ticket pagato dai pazienti non esenti.

In tal modo, per le prestazioni critiche, sarà possibile avere un doppio canale di erogazione, migliorando le condizioni di accessibilità alle liste di attesa ordinarie

Piano di comunicazione

L'Azienda intende porre particolare attenzione alle informazioni da fornire a pazienti e prescrittori sulle scelte aziendali in materia di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale. L'impegno è quello del coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni di tutela dei diritti del malato con iniziative specifiche per far crescere la sensibilità per la fruizione consapevole dei servizi, per l'affermazione dei propri diritti, anche in materia di appropriatezza, ma anche sul dovere di disdetta delle prestazioni prenotate.

L'Azienda sta lavorando per implementare modalità di comunicazione efficaci dedicate ai diversi target, ed in particolare:

- sito web istituzionale,
- pubblicazione sul sito aziendale del tempo di attesa delle prestazioni critiche negli ambiti di garanzia Aziendali,
- diffusione di opuscoli informativi presso gli studi medici, le farmacie e gli sportelli di prenotazione,
- eventi, open day.



4 - Gli ulteriori interventi

4.1 - L'Assetto Territoriale: offerta residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale

Nell'ambito Nell'ambito delle azioni volte alla riqualificazione dell'assistenza territoriale e nell'ottica del complessivo riequilibrio fra l'offerta territoriale e quella ospedaliera, l'Azienda, l'Azienda pone grande attenzione all'attività di riabilitazione sia ambulatoriale, attraverso la collaborazione con il centro RiaH di prossimo accreditamento, sia esternalizzando il servizio inerente l'attivazione e gestione di 60 posti letto di riabilitazione in regime residenziale per l'assistenza a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale presso la struttura sanitaria di Poggio Mirteto.

Presso tale struttura sono stati effettuati da parte della ASL lavori di ristrutturazione degli spazi da destinare a centro di riabilitazione per prestazioni sanitarie per 60 posti letto, realizzati a seguito di finanziamento della Regione Lazio con fondi ex. Art. 20 legge 67/88 per un importo pari a circa 4 milioni di euro. All'interno della struttura coesistono nuclei assistenziali diversi: n. 17 posti letto sono riservati al trattamento riabilitativo estensivo, dedicato a persone con disabilità complessa con finalità di recupero funzionale in un tempo definito, e n. 43 posti letto sono dedicati al trattamento socio-riabilitativo di mantenimento, riservato a persone con grave disabilità che necessitano di azioni di recupero finalizzate ad evitare l'aggravamento e a favorire l'autonomia nella vita quotidiana.

La presa in carico residenziale, da garantire in via prioritaria ai pazienti residenti nella provincia di Rieti e a quelli dimessi dai reparti del Presidio Ospedaliero, comprende, in relazione al progetto personalizzato elaborato, il complesso delle azioni atte a supportare la vita del paziente stesso garantendo, pertanto, l'assistenza riabilitativa, l'assistenza infermieristica diurna e notturna, l'assistenza nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane (quali la somministrazione dei pasti, ecc.). Le prestazioni di medicina generale, specialistiche e di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagine, farmaceutiche e di assistenza protesica vanno garantite con le modalità ed i limiti previsti dal SSN.

In merito all'assistenza residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, la Regione Lazio ha una dotazione di posti ben al di sotto del valore medio nazionale. Pertanto, al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni e agevolare i processi di deospedalizzazione, con DCA 39/2012, successivamente integrato dal DCA 76/2013, la Regione ha individuato un fabbisogno per singola ASL da considerare come obiettivo a tendere. Tale offerta è attualmente in fase di ridefinizione.

Nell'attesa del nuovo assetto Regionale, sono numerose le strutture, pubbliche e private, che hanno intrapreso l'iter per l'accreditamento. Tra queste, in merito alle attività riabilitative sui minori, l'Azienda è in attesa dell'accreditamento definitivo della struttura RiaH, che consentirà di dare una risposta, seppur parziale, alle criticità evidenziate nella Parte 2 sull'area dell'età evolutiva.

4.2 - L'Hospice e le Cure Palliative

La linea di attività Hospice e Cure Palliative ha come obiettivo la presa in carico di pazienti terminali, ossia di malati inguaribili la cui malattia non risponde più a trattamenti specifici volti alla guarigione o al rallentamento della malattia stessa. Viene individuata la fase cosiddetta terminale nei mesi che precedono la morte come fase in cui il malato ha bisogno non solo del controllo dei sintomi fisici, ma del sostegno psicosociale e spirituale più possibile continuativo in funzione del sollievo del dolore globale.

Il modello organizzativo che l'Azienda immagina per la gestione dell'Hospice, nasce dall'esigenza di adottare un modello di gestione più coerente possibile con la cultura prevalente in tema di cure palliative al fine di fornire un'assistenza all'avanguardia. L'obiettivo ultimo è quello di organizzare un Hospice che deve essere chiaramente identificato come il luogo in cui riprodurre la professionalità tipica dell'ospedale coniugata con l'ospitalità ed il calore di casa, in cui il personale tratta la persona e non la malattia.

Il modello assistenziale deve prevedere la rotazione del persone tra domicilio ed Hospice in modo tale da non modificare mai completamente le èquipe assistenziali; lo scopo è quello di assicurare la presa in carico globale del paziente attraverso èquipe multidisciplinari, briefing quotidiani di pianificazione delle attività ed incontri settimanali multidisciplinari per affrontare problematiche etiche ed aspetti maggiormente delicati di gestione del rapporto Paziente/Famiglia.

Anche le eventuali dimissioni del paziente dall'Hospice (dimissioni protette al domicilio o presso altre strutture sanitarie e/o assistenziali) sono da pianificare in anticipo con il coinvolgimento del paziente, della sua famiglia e del MMG.

L'introduzione del modello organizzativo ed assistenziale sopra delineato porta i seguenti benefici per l'Azienda:

- un miglioramento dei percorsi assistenziali;
- una diminuzione, nel contempo, dei ricoveri impropri presso le strutture per acuti;
- una maggior appropriatezza nel trattamento dei pazienti;
- una maggiore efficienza di utilizzo delle risorse del sistema.

L'assoluta inadeguatezza delle risorse attuali presso l'Hospice insieme al dato di fatto che il servizio domiciliare è assicurato attualmente da società esterna, fanno ritenere che un siffatto modello organizzativo possa essere attivato solo attraverso l'esternalizzazione dell'intera rete aziendale delle cure palliative (hospice-domicilio).

4.3 - L'Informatizzazione e la Telemedicina

I sistemi di telemedicina supportano lo scambio e la gestione di informazioni di tipo medico, clinico e amministrativo attraverso tecnologie ICT che consentono “ un rapido accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni cliniche sul paziente indipendentemente da dove il paziente o il medico si trovino” (Comunità Europea 1999).

Un ruolo a parte, seppur rilevante, rivestono i progetti che riguardano l'informatizzazione della cartella clinica, l'integrazione con il sistema RIS-PACS, che consentono sia di tracciare il percorso del paziente nella struttura ospedaliera, che la consultazione dei referti on line e la possibilità di informatizzare la gestione dei percorsi per patologia su cui l'Azienda sta già investendo.

Un'area di particolare interesse riguarda i progetti di telemonitoraggio e teleassistenza di pazienti anziani affetti da patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, BPCO) che, insieme ai progetti di telediagnosi per patologie proprie della medicina generale (lesioni dermatologiche, ulcere da decubito..) ed alle esperienze di second opinion per le diverse specialità (in remoto o in real time) nelle quali è previsto lo scambio di immagini radiografiche digitalizzate e filmati da microscopi e telecamere, rappresentano opportunità che un sistema sanitario moderno ed efficiente non può non cogliere.

Lo sviluppo di progetti di telesorveglianza delle patologie croniche diventa un'interessante occasione di integrazione fra i diversi setting assistenziali (assistenza ospedaliera e territoriale, Case della Salute, RSA) e i professionisti e avvicina, nell'operatività, il Medico di Medicina Generale, lo specialista territoriale ed ospedaliero. Con tali modalità operative si può assicurare appropriatezza e qualità dell'assistenza a distanza, diventando questo un elemento particolarmente pregnante per le aree geograficamente decentrate. Tali iniziative, infatti, assecondano il percorso di deospedalizzazione e danno sostanza organizzativa alla continuità dell'assistenza in particolare nelle aree in cui le caratteristiche geomorfologiche del territorio, con viabilità disagiata e con popolazione anziana, costituiscono un limite oggettivo all'accesso alla rete dei servizi ed in tutte quelle condizioni in cui c'è la necessità di teletrasportare le informazioni e non i pazienti.

La Telemedicina:

- qualifica i progetti di assistenza domiciliare, assicurando la prossimità delle cure e la distribuzione efficiente di competenze professionali;
- favorisce il mantenimento dei pazienti nel proprio contesto abitativo e sociale il più a lungo possibile, riducendo l'ospedalizzazione evitabile;
- migliora la cooperazione tra gli interventi di tipo sanitario e sociale;
- concorre all'ottimizzazione delle risorse ed al miglioramento della compliance del paziente responsabilizzandolo sulla gestione della malattia;

- crea condizioni che assicurano maggiore equità di accesso ai servizi.

Nella nostra Azienda sono già in corso esperienze di:

- tele monitoraggio per pazienti con insufficienza respiratoria e in ossigenoterapia,
- teleconsulto con la neurochirurgia del Policlinico Gemelli,
- trasmissione immagini dalle sedi periferiche dell'Azienda alla centrale di refertazione di radiologia del Polo Ospedaliero Unificato,

con buoni risultati che si intende consolidare in un disegno sistematico e diffuso territorialmente.

Tale sviluppo passa anche da un potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), essendo questo servizio quello che maggiormente esprime il valore di prossimità alle esigenze degli utenti con necessità assistenziali più o meno complesse legate alla loro condizione di non autosufficienza.

L'esperienza della telemedicina ha permesso all'Azienda di comprendere a fondo quanto l'innovazione tecnologica può contribuire ad un miglioramento e ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria. A tal proposito l'Azienda ha sviluppato anche importanti percorsi di informatizzazione ospedaliera. Il filo conduttore dell'azione aziendale in tema di Information and Communication Technology (ICT) è la dematerializzazione e la conseguente distribuzione dell'informazione in rete.

Lo sviluppo, l'implementazione e l'attuazione di un progetto di dematerializzazione in un contesto ampio e complesso come quello sanitario risulta possedere un carattere fortemente innovativo con un impatto notevole sulla normale operatività. Le normative e i progetti inerenti la dematerializzazione dei flussi cartacei sia di tipo amministrativo che clinico e l'automatizzazione di processi attraverso sistemi di gestione documentale non vanno considerati come uno stravolgimento del "modus operandi" quotidiano, ma un modo efficace di rendere più snelle e convenienti le procedure, eliminando attività ridondanti e sprechi di materiali.

La particolare natura della documentazione sanitaria prevede, però, l'adozione di indispensabili regole e accorgimenti sia sotto il profilo dell'autenticità e dell'immodificabilità nel tempo, sia sotto il profilo della protezione dei dati personali contenuti in tali documenti. Per tale motivo l'Azienda ha posto particolare attenzione nella gestione documentale mediante la produzione di referti con firma elettronica.

A valle di tale processo di dematerializzazione dell'attività sanitaria è prevista l'implementazione della Cartella Clinica Informatizzata entro il 2015, che attraverso un portale dedicato andrà a costituire il fascicolo personale del paziente e consentirà la gestione, al letto dello stesso, della farmaco terapia.

L'informatizzazione dell'Azienda passa anche attraverso l'integrazione fra i diversi software ed in particolare:

- integrazione dei software sanitari mediante anagrafica unica (sistema regionale ASUR);
- interazione di tutti gli applicativi sanitari di gestione;
- cartella ambulatoriale integrata;
- alimentazione delle attività del laboratorio analisi, dell'anatomia patologica e dell'ambulatorio mediante sistema ReCUP;
- integrazione con il sistema regionale Lazio Escape per la pubblicazione dei referti del laboratorio analisi.

La dematerializzazione dei documenti in Azienda è stata condotta prevalentemente in ambito clinico-sanitario piuttosto che in quello amministrativo per la presenza di sistemi, prevalentemente diagnostici, predisposti per la produzione di referti e immagini già originariamente in forma digitale.

Ciò nonostante sono stati avviati:

- il processo di fatturazione elettronica, attiva e passiva;
- i mandati elettronici di pagamento;
- il collegamento con il Ministero dell'Economia e delle Finanze per la gestione delle buste paga;

ed è in progetto la dematerializzazione dell'intera gestione amministrativa documentale.

4.4 - Il Dipartimento di Prevenzione

L'attività di prevenzione ha una valenza fortemente strategica per un'Azienda che intenda orientare la propria funzione nella direzione della presa in carico dei bisogni di salute espressi dal territorio di riferimento in tutte le sue fasi e manifestazioni.

La definizione e gli ambiti di intervento della prevenzione sono cambiati nel corso del tempo e appare evidente la «dinamicità» del concetto stesso di prevenzione. La definizione dei confini, obiettivi e attori coinvolti sono mutati con l'evoluzione del contesto di riferimento e con i progressi tecnologici e scientifici. Le macroaree e gli ambiti di intervento delle attività di prevenzione presenti nel Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) – inizialmente adottato per il periodo 2010-12, e poi prorogato a tutto il 2013 – risultano più estesi rispetto al passato. Le linee programmatiche del Ministero della Salute comprendono la necessità di valorizzare e implementare le politiche relative alla prevenzione in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa possa essere applicata. Le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete e le malattie respiratorie, e i grandi fattori di rischio ad essi associati quali fumo, alimentazione scorretta, obesità e sedentarietà rappresentano oggi una linea prioritaria di intervento. L'obiettivo è quello di stimolare comportamenti di salute corretti e appropriati. In tale prospettiva sono ricomprese azioni di prevenzione volte a:

- garantire lo sviluppo di condizioni che permettano il mantenimento del livello di salute con l'obiettivo di stimolare comportamenti di salute corretti e appropriati (promozione della salute);
- prevenire l'insorgenza delle patologie trasmissibili e non (prevenzione primaria), ma anche al raggiungimento di diagnosi precoci attraverso gli screening (anticipazione diagnostica e prevenzione secondaria), così da favorire il pieno recupero dell'ammalato, in quanto identificato in una fase di malattia più facilmente aggredibile;
- infine, realizzare una risposta assistenziale capace di gestire le patologie croniche (profilassi terziaria), rallentandone il decorso e impedendo l'insorgenza di complicanze.

La ASL di Rieti intende pertanto organizzare un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, collettiva e individuale, universale e per categorie a rischio, che possa accompagnare il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Le ragioni di tale scelta risiedono nella convinzione che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisca una scelta vincente, capace di contribuire al mantenimento, nel medio e lungo periodo, della sostenibilità anche economica del sistema sanitario.

Allo stesso tempo, lo sviluppo e il potenziamento delle attività connesse con la prevenzione, deve rispondere a stringenti criteri di sostenibilità. In particolare appare necessario intervenire sul progressivo processo di specializzazione che, negli anni, ha portato i Dipartimenti di Prevenzione a frammentare le linee di attività e di responsabilità, rendendo sempre più onerosa la macchina organizzativa e creando elevati fabbisogni di integrazione e coordinamento. La prevenzione, per sua natura, attiva processi trasversali a più aree di risultato all'interno dell'azienda sanitaria e mostra un quadro piuttosto composito di unità operative e attori coinvolti, con livelli e competenze diverse (soggetti erogatori e soggetti responsabili). Il progetto strategico per il triennio 2014-2016 prevede due linee principali di intervento:

1. la riorganizzazione in chiave multidisciplinare delle linee di attività attraverso la costituzione di *task force* multiprofessionali, in grado di fornire risposte integrate e coordinate alle esigenze di monitoraggio e controllo delle attività produttive presenti sul territorio;
2. lo sviluppo di soluzioni in grado di avvicinare il Dipartimento all'utente, fornendo accessibilità ed equità.

Le linee operative qualificanti della riorganizzazione sono:

- **Audit.** La Regione Lazio ha recepito l'Accordo Stato Regione inerente "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria", raggruppando, in un'ottica sistematica, i requisiti previsti dal Reg. CE 882/2004. Nella programmazione Regionale l'attività di audit è stata pianificata a partire dal mese di maggio 2014, prevedendo un percorso di adeguamento mirato alla riorganizzazione sia delle attività di controllo ufficiale che delle Autorità Competenti (A.C.). I controlli ufficiali devono essere svolti da

più unità competenti, assicurando il coordinamento e la cooperazione, garantendo l'imparzialità, la qualità e la coerenza dei controlli a tutti i livelli, e solo conseguentemente, attuare un'attività di audit (UNI EN ISO 9000-17000-19011) per la verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel Regolamento stesso.

- **Sportello unico.** Quale nodo di una Rete che si intende sviluppare per la provincia di Rieti e che è posto in una posizione di osservatore e di potenziale facilitatore di un fitto reticolo di interdipendenze infra e inter organizzative. Questo reticolo è in parte codificato attraverso ruoli, strumenti e criteri formalizzati di accesso, valutazione, autorizzazione e monitoraggio nell'ambito della rete aziendale, ma è anche il risultato di processi di sedimentazione organizzativa; in parte risulta non formalizzato e/o differenziato nelle diverse articolazioni territoriali così che i ruoli di fatto assumibili dai diversi attori e i reali processi di integrazione attivabili possono risultare molto aperti e variabili. La ricostruzione di una visione d'insieme – in termini di attori coinvolti, natura degli stessi, posizionamento strategico e operativo di ciascuno nel sistema, target di utenza a cui si rivolgono, servizi, ruoli e obiettivi perseguiti – è quindi oggetto di una analisi organizzativa preliminare volta a creare le necessarie basi informative per una consapevole determinazione, da parte di tutti gli attori del sistema di prevenzione, di un disegno unitario, intrinsecamente coerente, degli assetti di funzionamento. Lo sviluppo integrato della funzione di gatekeeping propria dello Sportello Unico è preposta al governo degli accessi ai servizi e ha quindi la finalità di orientare verso quegli ambiti di intervento (e quei corrispondenti ambiti di responsabilità) più opportuni e adeguati.
- **Governance degli screening** che, a partire dalle linee nazionali e regionali e nell'intento di riavviare i Programmi di screening nella Provincia (bloccati a partire dal 2013), sappia intervenire sulle principali criticità. Tra queste si riportano quelle di reclutamento della popolazione target, di riduzione delle tempistiche per l'effettuazione delle prestazioni di secondo livello, il superamento della frammentazione organizzativa e delle barriere specialistiche, da cui conseguono prassi differenziate anche a partire da impostazioni sostanzialmente omogenee. Le aree di miglioramento risiedono nella trasversalità e integrazione degli interventi, nella presa in carico e gestione dell'intera filiera, ma anche l'implementazione di una progettualità comune che sappia evidenziare più efficacemente il grado di variabilità riguardo ai risultati raggiunti in termini di espansione, impatto ed efficienza dei programmi di screening. Per valutare l'impatto dei progressi sulle attività di screening si intende analizzare: il trend dell'estensione dei programmi; il gap tra estensione teorica ed estensione effettiva; il trend relativo all'adesione corretta e i fenomeni di auto organizzazione della popolazione target che appaiono sempre più estesi. Il Dipartimento di Prevenzione coordina, oltre alle attività di screening, anche i programmi di vaccinazione aziendale.



4.5 - La Salute Mentale

Il sistema dei servizi di salute mentale, che ha anticipato culturalmente e sperimentato istituzionalmente alcune grandi intuizioni in sanità - la centralità del paziente, la continuità dei percorsi, la presa in carico della cronicità, il riconoscimento dell'intreccio della clinica con la vita - è attualmente impegnato in diverse e ulteriori sfide, al tempo stesso culturali, metodologiche, scientifiche ed organizzativo-gestionali.

Il fabbisogno espresso dal territorio è indubbiamente in crescita e rappresenta attualmente due evidenti criticità:

- da un lato, aumentano i pazienti con disturbi gravi di personalità, quelli affetti da patologie d'abuso e da disturbi psicopatologici (doppia diagnosi), ma anche i ricoveri in SPDC, segnatamente nelle fasce di età più giovani e nella tarda adolescenza, e la necessità di prevedere brevi e medi periodi di inserimento dei pazienti più gravi, non aderenti al progetto terapeutico, nelle strutture residenziali al fine di garantire un contenimento emotivo, di monitorare le condizioni psicopatologiche e di decongestionare temporaneamente il contesto familiare;
- dall'altro, le relative condizioni di disagio sociale e le difficoltà delle famiglie di appartenenza determinano situazioni che richiedono sempre più forme di presa in carico multidimensionali e complesse: la maggior parte dei pazienti con patologie psichiatriche gravi (in carico al DSM) vivono in famiglia; le famiglie multiproblematiche aumentano; aumentano anche i pazienti con disturbi psichiatrici che necessitano di una presa in carico multidisciplinare in ambito territoriale.

In una situazione che esige un'attenta considerazione delle condizioni economiche dell'Azienda e delle risorse professionali disponibili, si tratta quindi di operare per riconnettere i principi ispiratori della «psichiatria di comunità» alle pratiche della Rete dei Servizi, lungo un percorso che, a partire dall'analisi del contesto d'azione, individua le seguenti priorità:

- **centralità dei diritti sociali e di cittadinanza**, in particolare quelli relativi alla cura delle persone affette da disturbi psichiatrici, in primo luogo da quelli più invalidanti, a sostegno di un approccio clinico non violento e non intrusivo, nella sfera della mente e del corpo, ma altamente responsabile sotto il profilo tecnico ed etico;
- sviluppare **sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti**, all'interno di una cultura della trasparenza, come effettivo superamento dell'autoreferenzialità, attraverso la diffusione di conoscenze e strumenti già in uso in altri campi dell'intervento sanitario (appropriatezza, accreditamento professionale, audit clinico), anche ai fini del miglioramento continuo e dimostrabile della qualità delle cure, sviluppando anche programmi di valutazione da parte dei cittadini;
- definire in modo più preciso i contenuti dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in merito alla salute mentale, in modo da rendere i percorsi di cura effettivamente esigibili. Si tratta di superare la discrezionalità giustificata dalla carenza di risorse, ma anche superare alcuni alibi rispetto alla difficoltà di assumersi le responsabilità sulle priorità di intervento;
- porre una **nuova attenzione al lavoro di équipe**, riconoscendone il valore strategico nei processi di presa in carico di pazienti complessi, nella specializzazione dei trattamenti, nella gestione di bisogni multifattoriali e nella loro sintesi possibile, ma anche rilanciando la soluzione di problemi multidimensionali attraverso una maggiore integrazione con tutte le risorse rilevanti, istituzionali e non, presenti nel territorio;
- sviluppare percorsi di formazione, ricerca e intervento che sappiano utilizzare al meglio le conoscenze prodotte dalla ricerca scientifica, ma che siano anche effettivamente indipendenti sul piano della valutazione e del loro utilizzo nella pratica clinica.

Appare quindi necessario ridisegnare le coordinate di sviluppo con modalità di lavoro che siano maggiormente capaci di intercettare e rispondere alle nuove domande con un approccio che sia basato su alcuni principi di fondo:

- incentrato non solo sull'assetto organizzativo, ma soprattutto orientato alla progettualità;
- capace di sviluppare connessioni;
- integrato nell'utilizzo delle risorse, pubbliche e private;

- flessibile nella capacità di erogazione e di coordinamento tra tutte le professionalità coinvolte (medico, psicologo, assistente sociale, infermiere) e con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari;
- in equilibrio tra le esigenze di diffusione territoriale e quelle di specializzazione.

Le linee di intervento organizzativo risiedono nel potenziamento delle équipe territoriali, nell'adozione di una logica di lavoro multidisciplinare, di presa in carico attiva e globale delle famiglie e, quindi, di un ruolo centrale del Dipartimento come garante del «governo clinico» della salute mentale del territorio e di gestore e coordinatore dei servizi pubblici e privati (privato sociale e privato imprenditoriale) secondo comuni scopi e obiettivi.

Tra gli interventi di tipo strutturale si evidenzia il progetto di riconversione e adeguamento del Centro "Girasoli", con spostamento della sede nello stabile adiacente la Comunità Terapeutica. La ristrutturazione potrà consentire:

- una potenziata e più appropriata capacità di accoglienza,
- una migliore organizzazione e gestione del personale socio-sanitario;
- la possibilità di ridurre il carico delle famiglie con inserimenti definiti e per brevi periodi di tempo precisando un target preferenziale di pazienti (in particolare quelli affetti da patologie psichiche complesse, es. doppia diagnosi, e di età media 40/50 anni);
- un incremento, in termini qualitativi e quantitativi, di spazi, condivisibili, per lo svolgimento delle attività riabilitative.

Si prevedono quindi azioni di sensibilizzazione, tramite convegni, tavole rotonde, conferenze, promosse dal Dipartimento, per un maggiore coinvolgimento degli Enti Pubblici, in primo luogo i Comuni, per la stipula di appalti con le Cooperative Sociali ai sensi della Legge 381 e della Legge 68/99. Ciò al fine di permettere l'inserimento di pazienti in un contesto lavorativo e di reinserimento sociale idoneo e altamente riabilitativo.

Il Dipartimento di Salute Mentale cogliendo la crescente capacità degli utenti, dei loro familiari, delle loro associazioni, ad affermare autonomamente l'area dei propri bisogni e delle risposte da loro attese, potrà quindi operare affinché, nella quotidianità delle loro scelte, siano favoriti livelli partecipativi che esprimano il raggiungimento di obiettivi come:

- la costruzione di un progetto terapeutico individuale, personalizzato e condiviso;
- la scelta di un'organizzazione orientata al servizio del territorio, aperta alla partecipazione della popolazione interessata;
- la promozione di politiche condivise nell'ambito della progettualità congiunta con gli enti locali, anche con la pianificazione di Protocolli di intervento e Protocolli d'intesa con i diversi interlocutori istituzionali.



4.6 - La Sanità Penitenziaria

La Sanità Penitenziaria è un'area caratterizzata da una elevata complessità di gestione dovuta a diversi fattori: la popolazione detenuta presenta mediamente un'incidenza superiore di patologia di quella espressa dalla popolazione generale, con particolare rilevanza delle patologie psichiatriche e da dipendenza di sostanze stupefacenti; l'accesso alle cure non è determinato dalla sola volontà del paziente; l'offerta assistenziale risente delle difficoltà derivate dal transito delle competenze sanitarie dal Ministero di Giustizia ai Sistemi Sanitari Regionali.

La Casa circondariale di Rieti "Nuovo Complesso", estendendosi su un'area di 60.000 metri quadrati ed ospitando 400 detenuti oltre al personale, ha sostituito nel 2009 l'ex casa circondariale "Santa Scolastica" che ospitava 40 detenuti. La creazione del nuovo carcere ha comportato, pertanto, oltre ai già citati problemi di complessità gestionale tipici di ogni carcere, un considerevole aumento della popolazione detenuta, generando un conseguente incremento della domanda di servizi a carico dell'Azienda.

La ASL di Rieti, per gestire al meglio le attività tipiche della Sanità Penitenziaria, aderisce al protocollo d'intesa tra le Direzioni Generali delle ASL Roma A, Roma B, Roma F e Viterbo in materia di assistenza alle popolazioni detenute nel territorio regionale del Lazio.

Tale protocollo prevede un progetto di sviluppo finalizzato a costituire un modello organizzativo a rete delle strutture di assistenza carceraria e delle relative risorse disponibili.

Il modello si fonda su:

- la costituzione del coordinamento tecnico interaziendale formato dalle Aziende aderenti al protocollo d'intesa e finalizzato a definire le risorse effettivamente disponibili, i livelli prestazionali erogati ed attesi, protocolli operativi uniformi, percorsi diagnostico terapeutici, nonché le prospettive di riorganizzazione auspicabili e la pianificazione di possibili modalità di finanziamento del nuovo sistema anche attraverso la partecipazione a Bandi Europei;
- la revisione organizzativa delle risorse assistenziali in termini di posti letto, di risorse ambulatoriali, di tecnologie e di personale al fine di costruire una rete finalizzata alla presa in carico del soggetto detenuto;
- la costituzione di una centrale operativa (hub) e di punti di gestione operativa presso ogni struttura sanitaria di rete che operino come back up della centrale operativa;
- l'utilizzo ottimale, da parte della centrale operativa, delle risorse disponibili della rete riducendo in modo significativo i trasferimenti, liberando risorse di polizia penitenziaria;
- la costituzione di un team multiprofessionale interaziendale che consenta la mobilità del medico specialista presso le case circondariali a seconda delle esigenze;
- l'utilizzo della telemedicina, del teleconsulto e della teleconferenza per l'effettuazione di esami, anche di diagnostica strumentale, al fine di evitare lo spostamento del detenuto;
- un raccordo funzionale, nell'ambito del coordinamento interaziendale, delle attività cliniche ed assistenziali afferenti alla salute mentale a all'area Sert, permanendo le autonomie correlate alle funzioni proprie svolte a livello di ogni singola Azienda.

Per il 2016 è prevista la realizzazione di un Dipartimento interaziendale regionale della Medicina Penitenziaria finalizzato a portare a regime i processi di riorganizzazione dell'intera area con la finalità di innalzare la qualità dell'assistenza e di razionalizzare le risorse economiche attualmente impiegate.

5 - Il Piano della Performance

Negli ultimi anni la Pubblica Amministrazione ha vissuto una forte spinta al cambiamento sia per le crescenti esigenze dei cittadini di avere servizi sempre più efficienti, sia per la richiesta di maggiore trasparenza nella gestione della “cosa pubblica”. Il Decreto n° 150/2009, “Decreto Brunetta”, introduce nella Pubblica Amministrazione sistemi di gestione della performance simili a quelli utilizzati in contesti privati, pur nella consapevolezza che tali istituzioni, erogando servizi di pubblica utilità, hanno finalità di welfare. La Riforma intende innovare, responsabilizzando i dipendenti e riconoscendone il merito e la professionalità. Lo scopo è quello di garantire la massima qualità, lavorando sugli sprechi e le inefficienze, tramite la “valorizzazione” dei risultati ossia la valorizzazione delle performance, organizzativa ed individuale. La valorizzazione delle professionalità presenti in Azienda rappresenta un punto fondamentale sia per l’identità aziendale che per il processo di crescita e modernizzazione.

Per una corretta comprensione delle finalità e delle caratteristiche del sistema, è importante distinguere tra:

- la performance dell’Azienda nel suo complesso;
- la performance organizzativa, riferita a ciascuna delle unità operative in cui è articolata l’Azienda o ad equipe professionali specificamente individuate;
- la performance individuale, riferita a ciascun operatore.

Le performance dell’Azienda sanitaria nel suo complesso sono pianificate in sede di elaborazione del Piano della Performance: il documento programmatico triennale aziendale attraverso il quale, coerentemente con le risorse assegnate e nel rispetto dei vincoli del Piano di Rientro della Regione Lazio e di bilancio, sono definite le performance attese a fronte degli obiettivi individuati per le diverse aree strategiche aziendali. Il Piano delle Performance recepisce in modo consapevole la programmazione che l’Azienda delinea per il triennio e mette in relazione missione, obiettivi strategici, obiettivi operativi ed attività in connessione con il bilancio di previsione, diventando il momento di sintesi degli strumenti di programmazione.

Il Piano della Prestazione e dei Risultati, declinato annualmente in sede di definizione del budget aziendale, determina un forte collegamento ed integrazione del sistema delle performance all’interno degli strumenti della gestione aziendale. In particolare, è dal 2008 che l’Azienda adotta logiche di misurazione e valutazione della performance organizzativa codificate nel Regolamento aziendale di Budget. Nello specifico, il processo di budgeting introdotto è parte integrante del più generale sistema di Programmazione e Controllo della Gestione, ed è finalizzato alla responsabilizzazione delle unità operative e delle altre articolazioni organizzative sui risultati gestionali da conseguire ed è strettamente correlato con il sistema di valutazione del personale e con il sistema premiante. In questa ottica, è configurato come un potente strumento di orientamento, valutazione e controllo dei comportamenti organizzativi ed è improntato alla valorizzazione dell’autonomia dei dirigenti.

A fianco alla valutazione della performance organizzativa e fortemente integrata con essa, l’Azienda ha introdotto la valutazione della performance individuale che è finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. In questa accezione, la performance individuale è declinata secondo tre dimensioni:

- il contributo individuale ai risultati della gestione da esplicitare e misurare attraverso obiettivi individuali, tipicamente e prevalentemente riferibili ai cosiddetti comportamenti organizzativi, o di équipe;
- le conoscenze, capacità/abilità agite attraverso le competenze da orientare con percorsi formativi e/o di sviluppo professionale;
- le competenze tecniche, ossia quelle che caratterizzano ciascuna professione, da mantenere e sviluppare.

La valutazione della performance individuale si basa sul principio della valutazione da parte del diretto conoscitore dell'attività del valutato.

La valutazione della Performance Organizzativa e la Valutazione della Performance Individuale vanno ad alimentare il Sistema Aziendale di Performance Management che, già introdotto in via sperimentale, ha per oggetto la misurazione e la valutazione della performance intesa come il contributo che ciascun soggetto (definito come unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è costituita.

Il ciclo di gestione delle performance mette in relazione tra loro i Sistemi di Misurazione, Valutazione e Premiante e può essere definito come il complesso articolato delle fasi e delle attività attraverso le quali si attivano i diversi strumenti e processi del Sistema di Performance Management, al fine di programmare, misurare, gestire e valutare le performance relative ad un periodo temporale determinato.

Il miglioramento della qualità dei servizi sanitari è una delle sfide che ogni giorno il sistema sanitario deve fronteggiare; i progressi scientifici e tecnologici, l'invecchiamento della popolazione, le limitate risorse economiche, comportano una maggiore attenzione alle competenze dei professionisti del sistema sanitario. L'Azienda vuole porre particolare attenzione alla "Formazione" dei professionisti, al fine di affrontare le sfide quotidiane ed innalzare la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

In tale logica e in stretta correlazione con il sistema di valutazione aziendale, la formazione del personale viene finalizzata quale strumento di promozione della valorizzazione, della crescita ed effettivo sviluppo delle competenze. L'Azienda, infatti, intende orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc che mirano all'acquisizione di nuove tecniche, metodiche e manualità da misurare attraverso la Scheda di Addestramento.

L'attività di aggiornamento e formazione non si esaurisce però in una sequenza, anche organizzata, di momenti puntuali di acquisizione di conoscenze o competenze, ma, piuttosto, è da intendere come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa.



6 - La Sostenibilità Economica

La presente parte del Piano Strategico è tesa a valutare l'impatto delle diverse politiche ed azioni strategiche sull'equilibrio economico dell'Azienda per il triennio di riferimento.

Il paragrafo, e più in generale il Piano stesso, si conclude quindi con l'elaborazione dei Conti Economici dell'Azienda per il 2015 e il 2016. Tale previsione è costruita assumendo a riferimento la proiezione del Conto Consuntivo 2014, realizzata in concomitanza con la trasmissione del terzo CE 2014, e dei Conti Economici "Tendenziali" trasmessi dai competenti uffici regionali.

Sui CE "Tendenziali" sono state inserite le dinamiche correttive indotte dai Progetti sviluppati nel presente Piano Strategico Aziendale, con l'obiettivo dichiarato di raggiungere un sostanziale pareggio di bilancio nell'anno 2016, pur in presenza di diversi progetti di sviluppo che, inevitabilmente, richiederanno investimenti in tecnologie e competenze professionali.

6.1 - Politiche del Personale

6.1.1 - Riconversioni personale in somministrazione lavoro

I contratti di somministrazione lavoro sono una particolare forma di "contratto di fornitura di prestazioni di lavoro temporaneo" con il quale le aziende possono beneficiare temporaneamente di una prestazione lavorativa, senza assumersi tutti gli oneri che derivano dall'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato. Nella ASL di Rieti il ricorso al lavoro in somministrazione è diventato un elemento stabile nell'organizzazione, come evidenziato nella Parte 2 del presente Piano Strategico, ben l'11% circa del personale occupato in Azienda ha un contratto di somministrazione lavoro. Tale personale ricopre funzioni "stabili" ed è occupato presso la ASL da almeno 4/5 anni.

Considerando la natura del contratto di somministrazione che vede tra i suoi elementi cardini la **temporaneità**, è facile capire come questa Azienda debba ricondurre a forme contrattuali più idonee il personale assunto a tempo determinato.

Ad oggi i profili in forza presso l'Azienda ed il loro relativo costo annuo stimato sono quelli elencati nella tabella 3.5.

Tabella 3.5 – Profili e costo annuo personale interinale.

Profili	Unità attualmente in servizio	Costo annuo stimato
Ausiliari	56,5	€ 1.800.000
Infermieri	59	€ 2.800.000
Altre figure sanitarie (ostetriche, tecnici, fisioterapisti)	24,5	€ 1.200.000
Amministrativi	39,5	€ 1.400.000
TOTALE	179,5	€ 7.150.000

Per quanto sopra esposto l'Azienda elabora per il triennio 2014-2016 i seguenti programmi di riconversione del personale in somministrazione lavoro.

1. Esternalizzazione del servizio di ausiliariato

L'obiettivo è l'esternalizzazione complessiva del servizio di ausiliariato e quindi l'azzeramento del personale interinale del profilo corrispondente attualmente in servizio.

Prevedendo che la procedura di evidenza pubblica per l'esternalizzazione del servizio in oggetto possa essere realizzata nella seconda metà del 2015, gli effetti economici sono quelli di cui alla tabella 3.6 in cui si è ipotizzato che il costo dell'esternalizzazione sia pari al costo del corrispondente personale in somministrazione.

Tabella 3.6 – Esternalizzazione servizio di ausiliariato.

	2014	2015	2016
Personale interinale ausiliari	0	- 1/3 del costo annuo stimato - € 600.000	- 100% costo annuo stimato - € 1.800.000
Servizi	0	+ 1/3 del costo annuo stimato € 600.000	+ 100% costo annuo stimato € 1.800.000

2. Esternalizzazione dei servizi assistenziali nelle residenze psichiatriche gestite dalla ASL

L'obiettivo è la progressiva sostituzione del personale a tempo indeterminato, del profilo infermieristico, attualmente operante nelle residenze psichiatriche della ASL, con personale interinale dello stesso profilo, sempre già presente in Azienda, al fine di arrivare, nel corso del 2015, ad una esternalizzazione dei servizi assistenziali.

Prevedendo che la procedura di evidenza pubblica per l'esternalizzazione del servizio in oggetto possa essere realizzata non prima dell'autunno 2015, gli effetti economici sono quelli di cui alla tabella 3.7, in cui si è ipotizzato che il costo dell'esternalizzazione sia pari al costo del corrispondente personale in somministrazione.

Tabella 3.7 – Esternalizzazione servizi assistenziali delle residenze psichiatriche gestite dalla ASL.

	2014	2015	2016
Personale interinale infermieri	0	- 1/4 del 50% del costo annuo stimato - € 350.000	- 100% del 50% del costo - € 1.400.000
Servizi	0	+ 1/4 del 50% del costo annuo stimato € 350.000	+ 100% del 50% del costo € 1.400.000

Si ipotizza comunque il mantenimento di circa 30 unità di personale infermieristico interinale per garantire livelli indispensabili di flessibilità nell'organizzazione del lavoro.

3. Trasformazione rapporto di lavoro di altro personale sanitario da interinali a Tempo Determinato

Questo progetto mira a garantire stabilità e competenze in settori di più spiccata connotazione tecnica, acquisendo alcuni profili professionali tra cui:

- i tecnici della riabilitazione,
- i tecnici sanitari di radiologia medica,
- i tecnici di neurofisiopatologia,
- i tecnici sanitari di laboratorio,
- ostetriche.

Gli effetti economici sono quelli di cui alla tabella 3.8, in cui si è ipotizzato che il costo dei tempi determinati sia il 10% circa inferiore rispetto alle corrispondenti figure interinali.

Tabella 3.8 – Trasformazione rapporto di lavoro di altro personale sanitario da interinali a Tempo Determinato

	2014	2015	2016
Personale interinale vari profili sanitari	0	- 80% del costo annuo stimato - € 960.000	- 100% del costo annuo stimato - € 1.200.000
Personale a tempo determinato	0	+ 70% del costo annuo stimato € 860.000	+ 90% del costo annuo stimato € 1.080.000

4. Riorganizzazione funzioni amministrative

Con il nuovo Atto aziendale si avvierà una complessiva riorganizzazione delle funzioni amministrative. Oltre agli obiettivi di razionalizzazione ed efficientamento dei processi amministrativi, lo scopo è quello di ridurre almeno del 50% il personale interinale di tali profili.

Gli effetti economici sono quelli di cui alla tabella 3.9.

Tabella 3.9 – Riorganizzazione funzioni amministrative.

	2014	2015	2016
Personale interinale profilo amministrativo	0	- 50% del 50% del costo - € 350.000	- 100% del 50% del costo - € 700.000

In sintesi, l'insieme di questi progetti di razionalizzazione produrranno i seguenti effetti economici:

	2014	2015	2016
Riduzione unità di personale	0	- 37 unità	- 106.5 unità
Riduzione costo del personale	0	- 1.400.000 euro	- 4.020.000 euro
Aumento costi per servizi appaltati	0	+ 950.000 euro	+ 3.200.000 euro
Effetto netto in termini economici	0	- 450.000 euro	- 820.000 euro

6.1.2 - Rimodulazione Laboratorio Analisi

La rimodulazione della rete dei Laboratori Analisi, prevista con il DCA 219/2014, configura il Laboratorio del Polo Ospedaliero Unificato come Laboratorio di Base afferente al Laboratorio di Elevata Complessità (LEC) dell'Ospedale San Filippo Neri.

L'individuazione quale Laboratorio di Base configura un'attività al servizio esclusivo dei reparti ospedalieri, mentre gli esami a favore dei pazienti esterni verranno inviate al LEC di riferimento.

Tuttavia, tale riorganizzazione potrà produrre effetti operativi concreti e quindi benefici economici solo nel lungo periodo stanti le esigenze di adeguamento strutturale ed organizzativo dell'Ospedale San Filippo Neri.

6.1.3 - Rimodulazione Servizio Immunotrasfusionale

Il piano di riordino dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio ha disposto che la ASL di Rieti si qualifichi quale centro di raccolta sangue e non di produzione. Quest'ultima attività verrà assicurata dall'Ospedale San Filippo Neri a partire dal 2015. Pertanto, a partire da tale data l'unità operativa si articolerà quale Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, attivo 24 ore su 24, per la raccolta e distribuzione di emocomponenti.

A seguito di tale rimodulazione, il personale in forza presso la struttura risulta adeguato al nuovo standard lavorativo richiesto.

6.1.4 - L'Area medica multidisciplinare per Intensità di cura, l'Hospice e le Cure Palliative

La riorganizzazione dell'area medica multidisciplinare per intensità di cura, secondo il modello delineato nel precedente paragrafo 3.3.8, consente, grazie all'integrazione clinico-professionale e alla condivisione degli spazi, di recuperare efficienza produttiva e flessibilità organizzativa nell'utilizzo delle risorse, mettendo il paziente al centro dell'assistenza.

La ASL di Rieti ha attualmente 142 posti letto attivi di ricovero ordinario da dedicare all'area medica multidisciplinare per intensità di cura e, in relazione alla programmazione regionale, l'Azienda attiverà ulteriori posti letto per riabilitazione e lungodegenza.

La riorganizzazione delle attività nell'area medica multidisciplinare per intensità di cura consentirà non solo di far fronte agli ulteriori posti letto programmati a livello regionale con il personale infermieristico esistente, ma anche una significativa sostituzione di alcune unità infermieristiche con Operatori Socio Sanitari (OSS).

Inoltre, come descritto al precedente paragrafo 4.2, la ASL di Rieti intende attivare un processo di esternalizzazione per la filiera dell'Hospice e delle Cure Palliative. L'esternalizzazione consentirà di liberare figure professionali infermieristiche ed OSS da dedicare alla realizzazione del modello per intensità di cura.

In estrema sintesi, l'insieme delle operazioni previste dal presente paragrafo dovrebbe avere un impatto zero dal punto di vista dei costi del personale e, anzi, rendere disponibili per altre funzioni un numero significativo di figure infermieristiche. Per contro, l'esternalizzazione di cui al presente paragrafo comporterà maggiori costi per l'Azienda quantificabili in circa 2.200.000 euro annui per garantire l'attività dell'Hospice e delle Cure Palliative domiciliari.

6.1.5 - L'Area Critica e l'attività chirurgica

La riorganizzazione prevista per l'Area Critica e il potenziamento dell'attività chirurgica comportano, prevedibilmente, l'acquisizione di diverse figure professionali.

In particolare, il Blocco Operatorio, ad oggi, opera esclusivamente con turni H6. Al fine di sviluppare l'attività chirurgica nelle specialità con elevate liste d'attesa, quali l'ortopedia e la chirurgia vascolare, nonché per una ottimizzazione della produttività del Blocco Operatorio stesso, è indispensabile addivenire ad una organizzazione H12.

Complessivamente, considerando l'ulteriore necessità di potenziare l'Area Critica, si valuta come necessario un potenziamento delle seguenti figure professionali:

- n. 6 anestesisti,
- n. 1 ortopedico,
- n. 1 chirurgo vascolare,
- n. 10 OSS.

Dalle azioni previste nel presente paragrafo ne conseguirebbe un aumento della spesa per il personale di circa 1 milione di euro su base annua con decorrenza dal 2015.

6.1.2 - Altri fabbisogni di personale

Come esplicitato in maniera esaustiva nella Parte 2 del presente Piano Strategico, negli ultimi anni la ASL di Rieti ha visto una progressiva riduzione degli organici, soprattutto sanitari, sia nell'area della dirigenza che del comparto, a fronte dell'avvio di diverse nuove linee di attività (emodinamica, vascolare, oncologia, radioterapia e hospice).

Se da un lato il blocco pressoché totale delle assunzioni ha consentito all'Azienda di raggiungere l'obiettivo di riduzione della spesa per il personale all'1,4% rispetto al costo sostenuto nel 2004, dall'altro l'Azienda ha dovuto avviare importanti percorsi di riorganizzazione del lavoro finalizzati all'ottimizzare dell'utilizzo delle risorse di personale per mantenere i livelli essenziali di assistenza.

In particolare, si è determinata una pesante contrazione del personale di ruolo che è passato dalle 1.906 unità nel 2004 alle 1.461 unità nel 2013.

La tabella 3.10 evidenzia il pieno rispetto del tetto di spesa del personale previsto della legge n° 191/2009 nel consuntivo 2013:

Tabella 3.10: Rispetto tetti di spesa L. 191/2009.

COSTO DEL PERSONALE ANNO 2004 A LODO DEGLI ONERI CONTRIBUTIVI E FISCALI	
Personale dipendente a tempo indeterminato e determinato comprensivo di oneri previdenziali	85.516.231,00
Personale co.co.co	1.441.497,00
Personale interinale	-
Irap personale dipendente	5.973.145,00
Irap personale co.co.co	299.026,00
TOTALE	93.229.899,00
Riduzione 1,4% art. 1 comma 565 della L. 296 del 27.12.2006	1.305.218,59
TOTALE NETTO ANNO 2004	91.924.680,41
COSTO PERSONALE ANNO 2013 A LODO DEGLI ONERI CONTRIBUTIVI E FISCALI	
Personale dipendente a tempo indeterminato e determinato comprensivo di oneri previdenziali	86.575.983,00
Altro personale (co.co.co., LSU, interinali)	8.484.930,00
Irap personale dipendente	5.692.961,00
Irap altro personale	100.799,00
TOTALE	100.854.673,00
Riduzione per rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (art. 1 comma 565 della L. 296 del 27.12.2006)	10.787.814,00
TOTALE NETTO	90.066.859,00

In conseguenza delle dinamiche del personale sopra delineate, per il prossimo triennio è da prevedersi l'assunzione di alcune figure professionali essenziali per lo sviluppo strategico dell'Azienda ed in particolare per far fronte alla crescente mobilità passiva:

- il direttore della UOC Chirurgia Generale,
- due direttori universitari per le unità operative di "Ostetricia e Ginecologia" e di "Pediatria e Neonatologia",
- 10 dirigenti medici di varie specialità per garantire il rispetto della normativa sui turni di lavoro e sui riposi¹,
- 4 dirigenti medici per la Casa della Salute,
- 2 assistenti sociali,
- 1 psicologo,
- 2 fisioterapisti.

L'insieme di tali manovre comporterebbe un ulteriore incremento dei costi del personale per circa 1 milione e mezzo di euro su base annua, sempre dal 2015.

A fronte di tali maggiori costi l'Azienda mira a realizzare un significativo recupero della mobilità passiva stimabile, in termini di competenza, in un 5% per il 2015 e un 10% per il 2016.

Tabella 3.11: Riepilogo piano delle dinamiche del personale

		Personale in servizio a tempo indeterminato al 31/12/2013	Cessazioni anno 2014	Assunzioni autorizzate per l'anno 2014	Variazione
Ruolo Sanitario	Dirigenza Ruolo Sanitario	298	10	4	292
	Comparto Ruolo Sanitario	816	24	0	792
Ruolo Professionale	Dirigenza Ruolo Professionale	3	0	0	3
	Comparto Ruolo Professionale				
Ruolo Tecnico	Dirigenza Ruolo Tecnico	2	0	0	2
	Comparto Ruolo Tecnico	193	5	0	188
Ruolo Amministrativo	Dirigenza Ruolo Amministrativo	5	0	0	5
	Comparto Ruolo Amministrativo	144	1	0	143
TOTALE		1461	40	4	1425

Tabella 3.12: Dettaglio Piano delle dinamiche del personale Dirigente

Profilo Professionale	Personale in servizio a tempo indeterminato al 31/12/2013	Cessazioni anno 2014	Assunzioni autorizzate per l'anno 2014	Variazione
Dirigenti medici - Direttori	22	3		19
Dirigenti medici	229	6	4	227
Dirigenti Psicologi	23	1		22
TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	274	10	4	268

Tabella 3.13: Dettaglio Piano delle dinamiche del personale comparto

Profilo Professionale	Personale in servizio a tempo indeterminato al 31/12/2013	Cessazioni anno 2014	Assunzioni autorizzate per l'anno 2014	Variazione
Infermiere - cat. Ds	39	4		35
Infermiere - cat. D	551	12		539
Infermiere generico e psichiatrico esperto - cat. C	41	3		38
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedica	24	2		22
Fisioterapista	39	1		38
Ortottista	3	1		2
Ex Animatore Polivalente	4	1		3
TOTALE COMPARTO SANITARIO	816	24	0	792
Assistente Tecnico	6	1		5
Operatore Socio Sanitario	45	1		44
Operatore tecnico addetto all'assistenza	5	1		4
Ausiliario Specializzato	77	2		75
TOTALE COMPARTO - RUOLO TECNICO	133	5	0	128
Assistenti Amministrativi - cat. C	35	1		34
TOTALE COMPARTO - RUOLO AMMINISTRATIVO	35	1	0	34

¹ Si richiamano le pesanti sanzioni comminate a questa Azienda per mancato rispetto della normativa in materia di orario di lavoro e riposi da parte della Direzione Territoriale del Lavoro

6.2 - Politiche beni e servizi

6.2.1 - Farmaceutica Ospedaliera

Per perseguire gli obiettivi di appropriatezza l'Azienda, già nel 2014, ha avviato specifici strumenti di monitoraggio ed audit dell'andamento della spesa e del consumo di farmaci in ambito ospedaliero:

- reportistica analitica periodica per ogni unità operativa;
- audit finalizzati all'analisi congiunta dei report e alla conseguente individuazione di possibili percorsi clinico-terapeutici;
- incentivazione all'utilizzo dei farmaci equivalenti e biosimilari;
- collegamento del sistema gestionale della Farmacia con la cartella clinica elettronica delle singole unità operative.

Sotto il profilo dell'abbattimento del rischio clinico correlato all'uso dei farmaci, nel corso del 2014 l'Azienda ha inoltre avviato:

- l'allestimento in Farmacia del laboratorio centralizzato per la preparazione degli antiblastici;
- l'attivazione della procedura aziendale finalizzata alla prevenzione degli errori di erogazione e somministrazione correlati ai farmaci LASA (farmaci soggetti a possibile scambio per suono o confezionamento simile);
- la revisione della procedura per la corretta gestione dei farmaci endovenosi contenenti potassio.

L'insieme di tali azioni mira a realizzare un risparmio nei costi per la farmaceutica ospedaliera pari a circa il 5% già dal 2015.

6.3 - Politiche investimenti/tecnologie

L'attuazione del Piano Strategico Aziendale, con la conseguente applicazione dei nuovi setting assistenziali, sia per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera (organizzazione per intensità di cura), sia per quanto riguarda l'assetto territoriale (presa in carico dell'utente nell'ottica complessiva della continuità delle cure), richiede necessariamente un piano specifico e dettagliato degli investimenti, finalizzato proprio a realizzare le strutture e ad acquisire le tecnologie nei settori con maggiori potenzialità e con migliori prospettive di evoluzione.

Nell'ottica dell'appropriatezza per livelli assistenziali erogati e della ricerca di spazi gestionali idonei, è quindi necessario delocalizzare quelle attività non strettamente correlate alla degenza per acuti. In particolare, è ipotizzabile delocalizzare in prossimità dell'ospedale, e comunque in modo accessibile, quei servizi che sono destinati all'utenza esterna ed interna allo stesso.

In tale quadro si ritiene di evidenziare che per quanto riguarda l'oncologia ed in particolare il Centro di Radioterapia, lo straordinario sviluppo tecnologico avvenuto negli ultimi anni ha reso obsolete alcune tecniche di trattamento radioterapico, ancora oggi sul mercato. Apparecchiature che dovranno essere obbligatoriamente sostituite a causa dell'avanzamento tecnologico e della conseguente richiesta di adeguamento per l'acquisizione di requisiti tecnici e strutturali minimi per l'accreditamento.

Al fine di perseguire gli obiettivi posti nel presente Piano Strategico, si è avviato un attento esame della situazione attuale, che ha rilevato, per quanto riguarda lo stabilimento di Rieti, la necessità di rivedere la collocazione di alcuni reparti di degenza in modo da assicurare una migliore gestione ed organizzazione degli stessi e dei percorsi interni. Ciò anche in considerazione della necessità di intervenire, in alcune zone, con una "ristrutturazione pesante", per permettere la rimodellazione delle camere di degenza con i servizi igienici annessi (realizzazione di camere a tre e due posti letto, in osservanza dei requisiti minimi dimensionali di mq 9 per posto letto) e delle opportune dotazioni impiantistiche.

Obiettivi generali del Progetto

Gli obiettivi principali in ordine prioritario consistono in interventi per adeguamenti normativi e potenziamenti funzionali:

- adeguamento sismico, ove necessario;
- completamento della messa a norma impiantistica;
- adeguamento antincendio dell'intero complesso ospedaliero finalizzato all'ottenimento del Certificato Prevenzione Incendi (CPI);
- rivalutazione dell'assetto architettonico-distributivo, che oltre a garantire idonei requisiti minimi strutturali e dimensionali (ex DPR 14.1.1997 e smi), contribuisca a far raggiungere un "adeguato comfort di tipo alberghiero" ed una "umanizzazione" più volte auspicata nella legislazione vigente;
- il potenziamento funzionale e tecnologico del sistema ospedaliero e poliambulatoriale.

La tabella che qui di seguito si riporta illustra gli interventi che si intendono realizzare in presenza delle necessarie risorse che saranno trasferite dalla Regione e i tempi di realizzazione dal momento dell'affidamento del finanziamento.

Tabella 3.14: Interventi su politiche di investimenti e tecnologie.

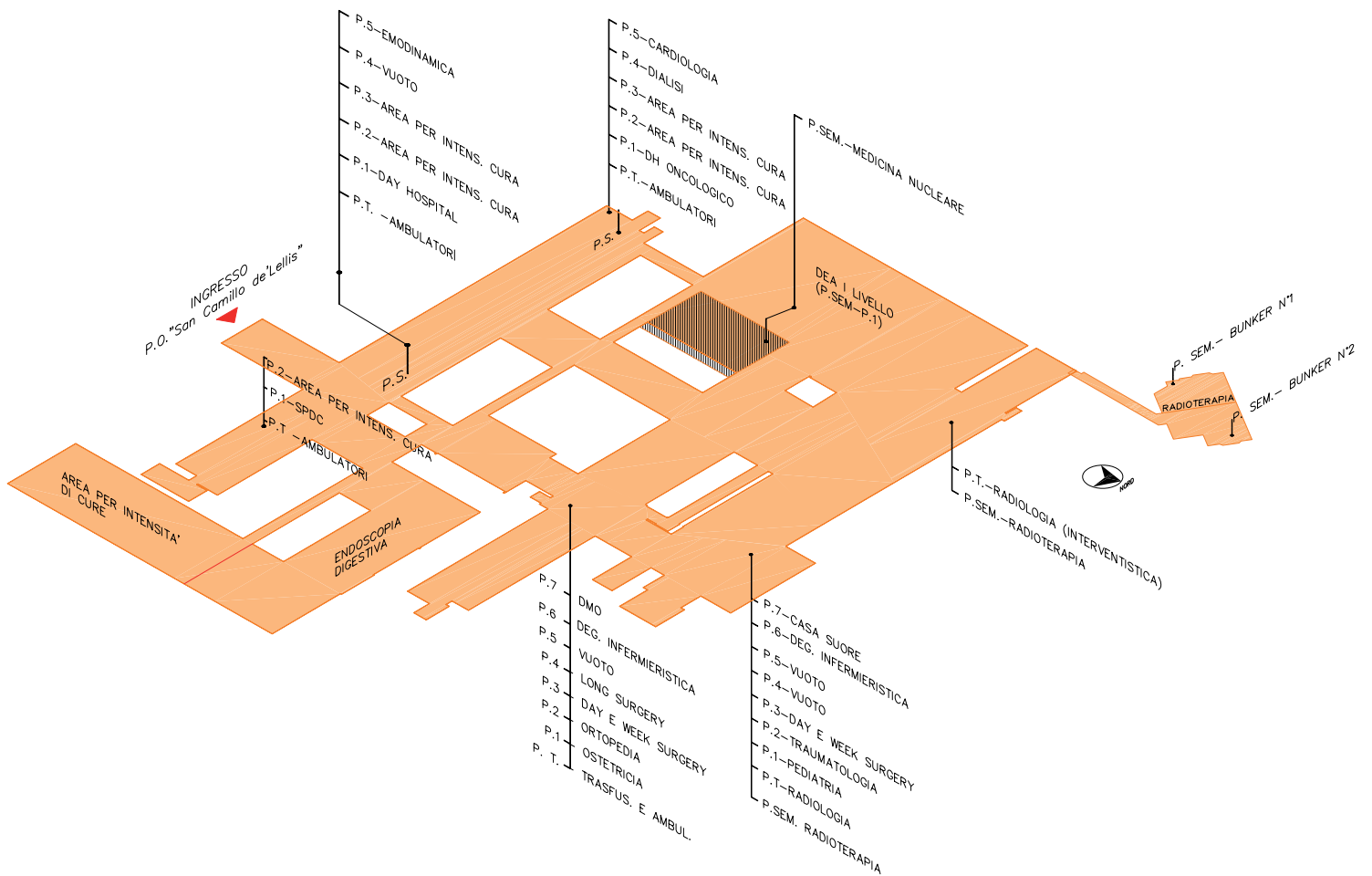
STABILIMENTO S.CAMILLO DE LELLIS	euro	tempo di realizzazione
Adeguamento sismico	16.954.200	36 mesi
Sub Totale	16.954.200	
Ristrutturazioni		
- reparto di medicina piano secondo per area medica a intensità di cura	2.682.475	16 mesi
- reparto di medicina piano terzo per area medica a intensità di cura	2.682.475	16 mesi
- reparto piano quarto per area medica a intensità di cura	1.101.507	12 mesi
- piano primo lato sud ex pediatria da destinare a area medica a intensità di cura	1.101.507	12 mesi
- piano primo lato sud ex pediatria da destinare a area medica a intensità di cura	1.730.570	18 mesi
- ala est blocco nord per realizzazione pediatria	1.101.507	12 mesi
- VI piano lato nord-est	1.109.101	12 mesi
- V piano lato nord e area ex sala operatoria	2.682.596	20 mesi
- area radiologia	3.777.120	24 mesi
- piano terra ex Direzione Medica Ospedaliera	1.191.635	12 mesi
- SPDC	1.191.635	12 mesi
Ex laboratorio e CUP	3.748.450	24 mesi
Adeguamento antincendio	5.592.502	30 mesi
Completamento messa a norma impianti con QGBT e QGSZ centrale idrica e sottocentrali idrica e termica	1.530.368	10 mesi
Sub Totale	31.223.448	60 mesi

POTENZIAMENTO FUNZIONALE E TECNOLOGICO		
STABILIMENTO S.CAMILLO DE LELLIS	euro	tempo di realizzazione
Completamento 2 ^a Bunker e acquisizione Acceleratore lineare (di euro 3.600.000)	4.256.500	12 mesi
Acquisizione sistema Momotom da applicare sul mammografo	35.000	
Sub Totale	4.291.500	
STRUTTURA SANITARIA (ex Ospedale) Magliano Sabino		
Realizzazione Casa della Salute	450.000	4 mesi
Potenziamento piastra poliambulatoriale, di diagnostica per immagini, con sostituzione TAC	2.100.000	18 mesi
Realizzazione RSA 20 pl	1.200.000	16 mesi
Adeguamento sismico e CPI	5.555.300	24 mesi
Sub Totale	9.305.300	

STRUTTURA SANITARIA Poggio Mirteto	euro	tempo di realizzazione
importo lavori di miglioramento della funzionalità dei locali piano terra e primo sede distretto	576.000	9 mesi
importo lavori per restauro facciate	405.000	9 mesi
Rifacimento della viabilità esterna e miglioramento accesso	360.000	9 mesi
sostituzione degli infissi	640.000	9 mesi
Lavori per ottenimento CPI	580.000	9 mesi
Sub Totale	2.561.000	
Importo lavori di miglioramento della funzionalità dei locali piano terra e primo sede distretto	576.000	9 mesi

ADEGUAMENTO NORMATIVO	euro	Tempo di realizzazione
Sede Distretto I Rieti viale Matteucci	9.250.000	
Stabilimento Amatrice	2.900.000	
Sede Passo Corese (ampliamento Poliambulatorio)	1.150.000	
Sub Totale	13.300.000	
Totale	77.635.448	

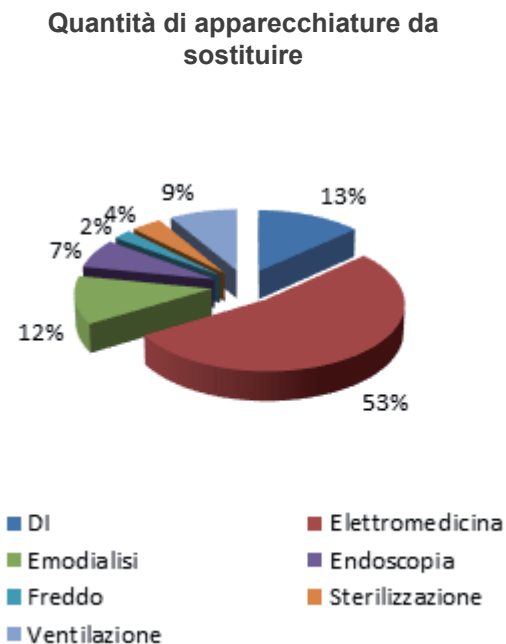
Tabella 3.11: Prospetto dello Stabilimento S. Camillo de Lellis a seguito della riorganizzazione.



Si evidenzia che di detta somma circa € 11.500.000 sono destinati all'innovazione del parco tecnologico e circa € 4.000.000 sono destinati alla sostituzione delle attrezzature obsolete.

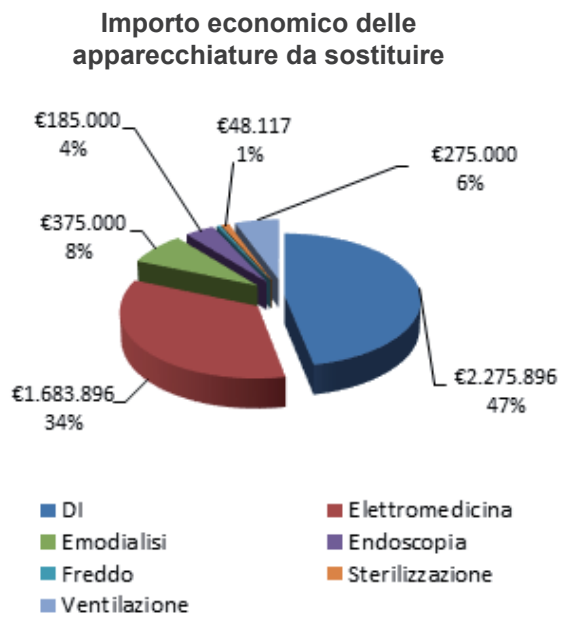
In particolare l'Azienda ha predisposto il Piano di Rinnovo 2014-2015 basato sulle considerazioni di cui alla Parte 2. Nelle figure 3.12 e 3.13 si evidenziano la quantità e il valore delle apparecchiature da sostituire negli anni 2014-2015.

Figura 3.12 - Quantità di apparecchiature suddivise per Classi inserite nel Piano di Rinnovo 2014-2015.



Fonte: UOC Tecnico Patrimoniale

Figura 3.13 - Valore di Rinnovo delle apparecchiature suddivise per Classi inserite nel Piano di Rinnovo 2014-2015.

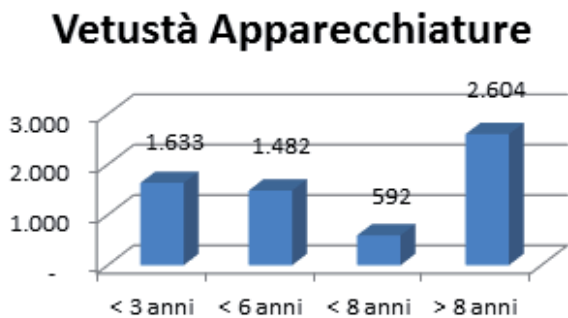


Fonte: UOC Tecnico Patrimoniale

Un aspetto critico di cui si è tenuto conto nella predisposizione del Piano di Rinnovo è la vetustà delle apparecchiature stesse. Ciò ha portato a mettere in piedi un metodo di lavoro che, come si evidenzia dalle figure 3.14 e 3.15, negli ultimi anni ha condotto il parco tecnologico verso un equilibrio tale per cui nel prossimo futuro si arrivi ad avere una vita media dell'installato tra i 6 ed i 9 anni.

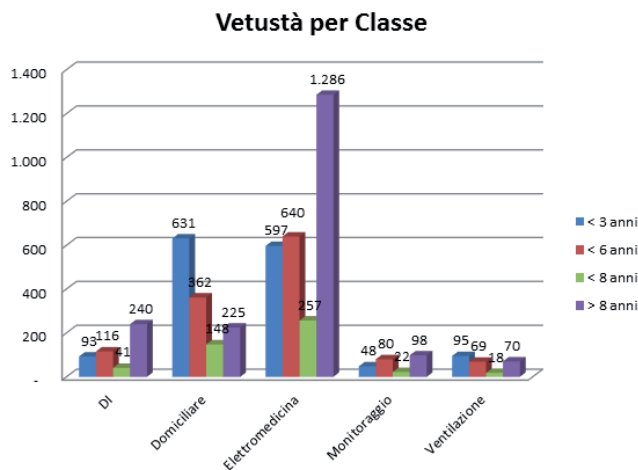
Ne è una prova evidente il fatto che solo circa il 40% delle apparecchiature installate attualmente hanno oltre 8 anni di vita.

Figura 3.14 - Vetustà delle Apparecchiature Biomedicali installate presso la AUSL di Rieti.



Fonte: UOC Tecnico Patrimoniale

Figura 3.15 - Vetustà delle Apparecchiature Biomedicali suddivise per classe installate presso la AUSL di Rieti.



Fonte: UOC Tecnico Patrimoniale

6.4 - L'Andamento tendenziale dei valori economici

AZIENDA USL RIETI - VALORI ECONOMICI TENDENZIALI			
COD	CONTO ECONOMICO	BUDGET 2014	C
A1	Contributi F.S.R.	297.764.712	
A2	Saldo Mobilità	- 58.412.255	
A3	Entrate Proprie	8.883.399	
A4	Saldo Intramoenia	226.740	
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 3.700.000	
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-	
A	Totale Ricavi Netti	244.762.596	
B1	Personale	92.747.461	
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	13.898.843	
B3	Altri Beni e Servizi	52.419.499	
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	4.244.650	
B5	Accantonamenti	3.170.860	
B6	Variazione Rimanenze	- 348.500	
B	Totale Costi Interni	166.132.812	
C1	Medicina Di Base	19.968.000	
C2	Farmaceutica Convenzionata	27.500.000	
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	-	
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	4.244.000	
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	3.794.000	
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	17.386.752	
C3	Prestazioni da Privato	25.424.752	
C	Totale Costi Esterni	72.892.752	
D	Totale Costi Operativi (B+C)	239.025.564	
E	Margine Operativo (A-D)	5.737.032	
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-	
F2	Saldo Gestione Finanziaria	2.371.000	
F3	Oneri Fiscali	7.425.000	
F4	Saldo Gestione Straordinaria	60.000	
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	9.856.000	
G	Risultato Economico (E-F)	- 4.118.968	

TENDENZIALI PER GLI ESERCIZI 2014 - 2015 - 2016

VALORE AL 30 SETTEMBRE 2014	PROIEZIONE A FINIRE 2014	TENDENZIALE REGIONE 2015	TENDENZIALE RETTIFICATO 2015	TENDENZIALE REGIONE 2016	TENDENZIALE RETTIFICATO 2016
223.323.534	297.764.712	305.985.055	305.985.055	305.985.055	305.985.055
- 47.204.010	- 62.948.739	- 63.908.824	- 63.908.824	- 63.908.824	- 60.908.824
6.677.544	8.384.215	9.222.558	9.516.466	9.228.727	9.616.466
28.104	37.485	227.000	107.485	227.000	227.485
- 2.775.000	- 4.500.000	- 8.750.899	- 4.250.899	- 11.600.767	- 3.600.767
-	-	-	-	-	-
180.050.172	238.737.673	242.774.889	247.449.283	239.931.190	251.319.415
68.414.164	91.774.636	92.747.000	92.747.000	92.747.000	91.200.000
10.282.912	13.960.549	14.076.128	13.376.128	14.287.381	13.587.386
41.623.083	55.483.297	57.645.056	58.645.371	58.221.507	62.650.000
3.183.486	3.944.647	4.557.184	3.944.647	4.557.184	3.944.647
2.785.500	3.614.000	2.822.843	2.822.000	2.822.843	2.822.000
-	-	-	-	-	-
126.289.144	168.777.129	171.848.211	171.535.147	172.635.914	174.204.034
14.759.309	19.707.454	20.882.232	20.657.454	21.354.926	20.657.454
20.810.000	27.746.667	28.333.512	28.333.512	28.213.535	28.213.535
3.500	4.500	-	4.500	-	4.500
2.366.315	3.155.087	4.243.564	3.355.087	4.243.564	3.355.087
2.742.407	3.656.542	4.796.000	3.656.542	4.796.000	3.656.542
13.924.321	18.715.428	18.019.188	18.715.428	18.446.447	18.715.428
19.036.543	25.531.557	27.058.752	25.731.557	27.486.011	25.731.557
54.605.852	72.985.678	76.274.496	74.722.523	77.054.472	74.602.546
180.894.996	241.762.807	248.122.707	246.257.670	249.690.386	248.806.580
- 844.824	- 3.025.134	- 5.347.818	1.191.613	- 9.759.196	2.512.835
-	-	-	-	-	-
1.847.230	2.462.974	2.129.000	2.129.000	2.129.000	2.129.000
4.706.668	6.412.878	7.210.133	6.497.878	7.210.133	6.377.503
- 1.405.039	- 4.785.154	408.000	- 4.060.020	408.000	- 6.060.020
5.148.860	4.090.698	9.747.133	4.566.858	9.747.133	2.446.483
- 5.993.684	- 7.115.832	- 15.094.951	- 3.375.245	- 19.506.329	66.352

