

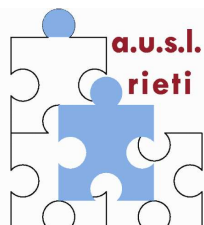
REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

PIANO ATTUATIVO LOCALE

TRIENNIO 2008 – 2010

**Il Direttore Generale
Dr. Gabriele Bellini**



REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

Il Direttore Generale: dr. Gabriele Bellini



Ai Cittadini della Provincia di Rieti

Il presente lavoro intende far conoscere a tutti i cittadini ed ai portatori d'interesse della nostra provincia l'attività svolta dall'Azienda nel corso dell'ultimo triennio ai vari livelli decisionali: strategico, gestionale e clinico-assistenziale.

Il medesimo consente altresì una lettura delle principali linee programmatiche per il prossimo futuro.

Nell'esprimere un ringraziamento a tutti gli operatori di questa Azienda, le Associazioni di volontariato, gli Enti locali, le Parti sociali e quanti hanno contribuito a quanto è stato realizzato sinora, certi di interpretarne i convincimenti e lo spirito di servizio, siamo pronti ad accogliere suggerimenti e proposte per il miglioramento continuo del sistema socio-sanitario reatino per renderlo più rispondente alle esigenze del territorio provinciale.

Rieti lì 10.11.08

Gabriele Bellini

PREMESSA

Il **Piano Attuativo Locale** aziendale è il documento di programmazione triennale incentrato sugli obiettivi ed azioni derivanti dal disposto della Deliberazione della Giunta Regionale Lazio n° 433 del 19.06.2007 “Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio sanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio” e del documento tecnico, parte integrante della deliberazione, predisposto dall’ASP.

Il Piano Locale ossequia altresì il Decreto n° 18 del 5 settembre 2008 del Presidente della regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta “Approvazione della Programmazione sociosanitaria della Regione Lazio e delle Linee guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008 – 2010” ed è in linea con tutti gli altri decreti emanati in funzione della Legge di Assestamento di Bilancio n°14 dell’11.08.08 e del conseguente Piano di Rientro

Esso descrive, in una prima sezione, il territorio provinciale nei suoi aspetti geomorfologico, demografico, epidemiologico e sanitario.

Segue il capitolo dedicato alla presentazione dell’ Azienda USL di Rieti, delle sue finalità istituzionali, degli obiettivi strategici che si è prefissata nell’ultimo triennio, tradotti in specifiche progettualità in corso di realizzazione.

Viene quindi esplosa la tematica dell’ integrazione sociosanitaria nei punti salienti di attuazione voluti dalla Regione.

Seguono i cinque **Piani Attuativi Distrettuali**, ognuno dei quali sviluppa il piano per l’integrazione e gli obiettivi di contorno per la propria realtà e contesto territoriale.

Al fine di rendere la nostra programmazione territoriale triennale coerente con gli obiettivi dei Piani di Zona abbiamo voluto sottoporre ogni PAD all’approvazione dell’Assemblea dei Sindaci in ogni distretto.

Ottenuto il consenso delle cinque Assemblee, l’intero documento è stato presentato alla Conferenza dei Sindaci per ulteriore condivisione della programmazione presentata.

INDICE

PREMESSA	pag. 1
Cap. 1 - ANALISI DEL CONTESTO	pag. 2
1. la geografia della Provincia di Rieti	pag. 2
2. la demografia della Provincia di Rieti	pag. 6
3. la struttura della popolazione della Provincia di Rieti	pag. 13
4. l'Azienda USL di Rieti	pag. 18
4.1 personale e dotazione organica	pag. 22
Cap. 2 - LE FINALITÀ ISTITUZIONALI ED ANALISI STRATEGICA	pag. 24
1. la dichiarazione di <i>mission</i>	pag. 25
2. la <i>vision</i>	pag. 25
3. le quattro prospettive di analisi strategica	pag. 26
4. <i>focus</i> sull'identità organizzativa: il nuovo Atto Aziendale	pag. 27
4.1 modelli e principi organizzativi	pag. 27
4.2 l'assetto organizzativo in generale	pag. 28
4.3 i meccanismi organizzativi aziendali	pag. 30
- l'attività di pianificazione, programmazione e controllo	pag. 30
- il sistema aziendale di governo integrato	pag. 31
- il sistema di <i>audit aziendale</i>	pag. 31
- gli strumenti a supporto delle decisioni strategiche	pag. 32
- gli strumenti a supporto della gestione	pag. 32
- il governo clinico e il <i>risk management</i>	pag. 32
- il sistema informativo aziendale	pag. 35
- il sistema di valutazione del personale	pag. 36
- lo sviluppo delle competenze e la formazione	pag. 36
5. altre progettualità a sostegno dell'identità organizzativa	pag. 36
A - Presidio Ospedaliero di Rieti	pag. 37
B - Stabilimenti Ospedalieri di Amatrice e Magliano S.	pag. 38
C - il Dipartimento Salute Mentale	pag. 40
D - il potenziamento del Distretto	pag. 40
6. la progettualità a sostegno della fiducia dell'utenza	pag. 43
7. la progettualità a sostegno della legittimazione istituzionale	pag. 44
Cap. 3 IL PIANO ATTUATIVO TERRITORIALE - PAT - PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	pag. 45
Elementi cardine dell'integrazione	pag. 47
1. il Distretto Socio Sanitario	pag. 47
1.1 Aspetti direzionali di programmazione	pag. 47
- il NOD	pag. 47
- Dipartimento Programmi Salute	pag. 47
1.2 aspetti gestionali	pag. 49
- commissione distrettuale appropriatezza	pag. 49
- il budget del distretto	pag. 50
- accordi aziendali per la medicina convenzionata	pag. 51
- coordinamento delle attività sociali	pag. 51
- sistemi informativi integrati	pag. 51
- incentivi	pag. 51
1.3 aspetti organizzativi e funzionali	pag. 51
1- PUA - Punto Unico di Accesso	pag. 51

2- strumento VAOR-RUG	pag. 51
3- piano di assistenza individualizzato	pag. 52
4- governo infermieristico	pag. 52
il case manager	pag. 52
l'ambulatorio infermieristico	pag. 53
5- percorsi assistenziali integrati	pag. 55
6- integrazione MMG, PLS, Specialisti	pag. 55
RAO - Raggruppamento Attesa Omogenea	pag. 55
7- integrazione nelle patologie croniche	pag. 56
PTP - Presidio Territoriale di Prossimità	pag. 56
8 - coinvolgimento della comunità	pag. 58
9 - tutela della salute dei detenuti	pag. 58
2. integrazione socio sanitaria, sistema informativo integrato	pag. 59
3. cure primarie - MMG e PLS	pag. 60
4. ADI - Assistenza Domiciliare Integrata	pag. 62
5. continuità assistenziale e dimissioni protette	pag. 62
6. l'offerta delle cure intermedie	pag. 63
1.6 Presidio Territoriale di Prossimità	pag. 63
2.6 Residenza Sanitaria Assistenziale	pag. 63
3.6 Hospice	pag. 64
Cap. 4 - PRIORITÀ DELLA PROGRAMMAZIONE LOCALE	pag. 67
1. Punto Unico di Accesso	pag. 67
2. la Valutazione Multidimensionale Integrata	pag. 71
3. la Continuità Assistenziale	pag. 74

PIANI ATTUATIVI DISTRETTUALI

Piano Attuativo Distretto n. 1

Piano Attuativo Distretto n. 2

Piano Attuativo Distretto n. 3

Piano Attuativo Distretto n. 4

Piano Attuativo Distretto n. 5

ALLEGATI

Allegato n° 1 - **studio epidemiologico** malattie cardio - cerebro - vascolari, tumori ipertensione arteriosa, diabete mellito, malattie dell'apparato respiratorio.

Allegato n° 2 - **ambulatorio infermieristico.**

Allegato n° 3 - programma di presa in carico delle **donne in gravidanza e neonati a rischio sociale**

Allegato n° 4 - **percorsi assistenziali ed organizzativi nell'A.D.I.**

Allegato n° 5 - **percorsi organizzativi:**
1. Punto Unico di Accesso
2. Continuità dell'assistenza

Allegato n° 6 **percorso clinico - organizzativo**
Ser.T. - Alcolismo

Allegato n° 7 **customer satisfaction:**
Opuscolo informativo per l'utenza
Questionario conoscitivo

Cap. I - Analisi del contesto

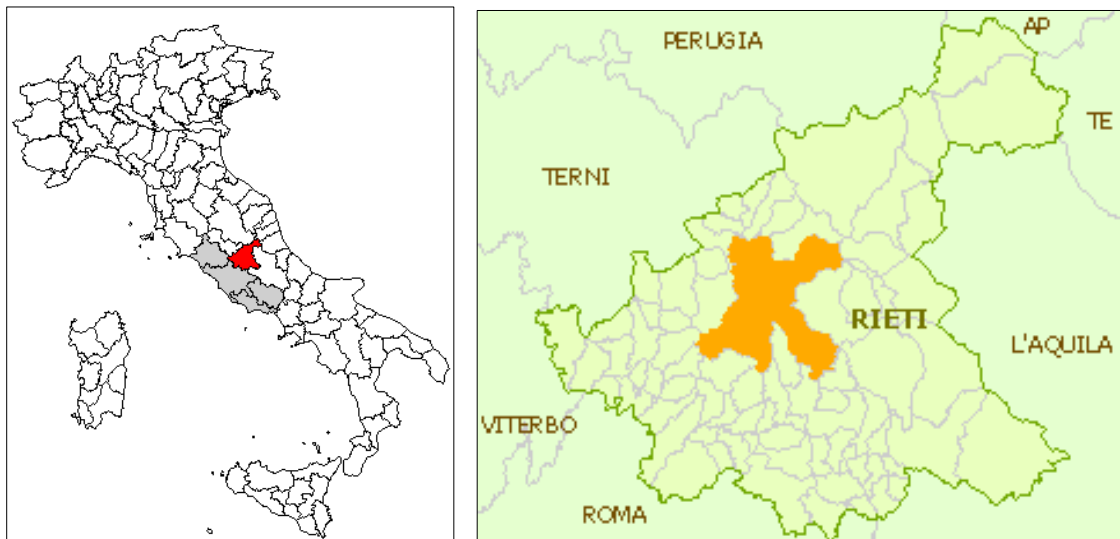
1. LA GEOGRAFIA DELLA PROVINCIA DI RIETI

Fig.1.1 - La Provincia di Rieti: il territorio

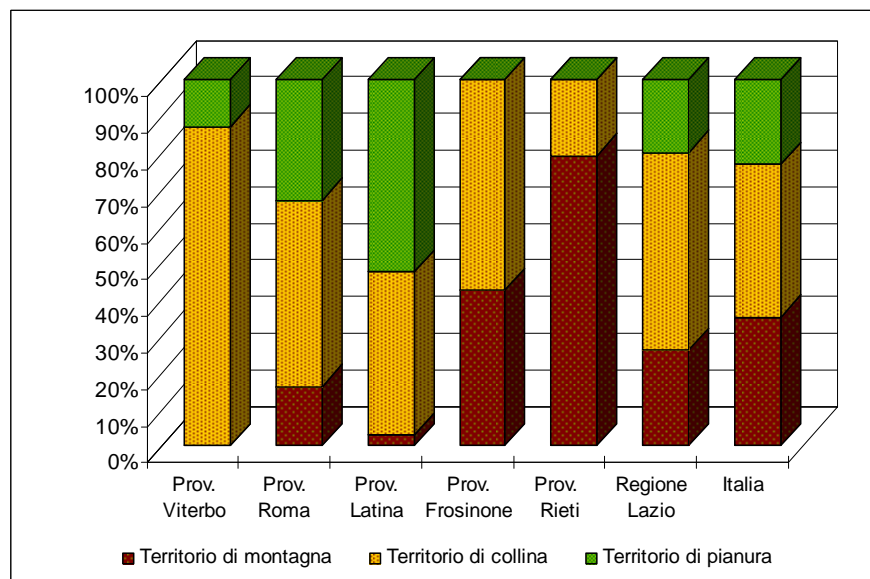


La Provincia di Rieti (Fig.1.1) si estende su una superficie di 2.749 Km^q. E' costituita da 73 comuni ed ha una popolazione residente di circa 155.000 abitanti: confina (Fig.1.2) a ovest, lungo il Tevere, con la Provincia di Viterbo e la Provincia di Roma; a Nord con l'Umbria, provincia di Terni e provincia di Perugia; a est con le Marche, provincia di Ascoli Piceno e con l'Abruzzo, provincia di Teramo e provincia de L'Aquila. Fu creata nel 1923 staccando il sud dell'Umbria ed il Cicolano dall'Abruzzo. Inizialmente fu aggregata alla Provincia di Roma, diventando Provincia autonoma nel 1927.

Fig.1.2 - La Provincia di Rieti: il territorio



Graf. 1.1 - Territorio dell'Italia, della Regione Lazio e delle Province laziali, per tipo di superficie (dati ISTAT, anno 2000)



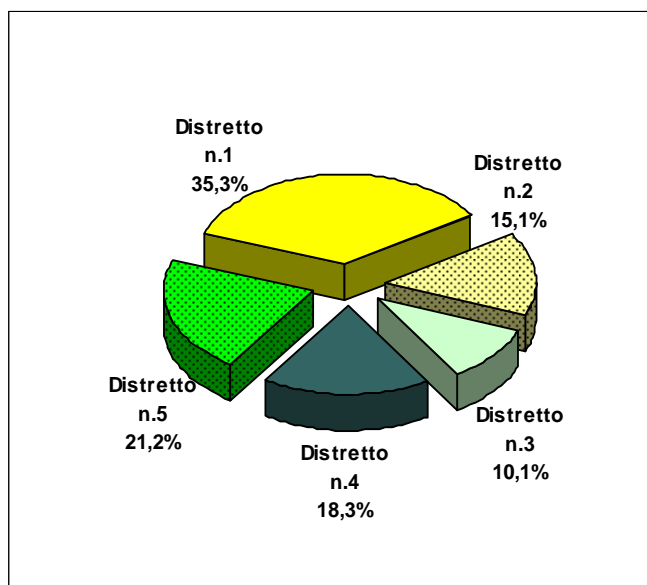
Il 70% del territorio provinciale è montuoso con il massiccio della Duchessa a sud, i Monti della Laga a est ed il Monte Terminillo a nord, con una altitudine media di circa 580m slm.

Il territorio della Provincia di Rieti coincide con quello di competenza dell'Azienda USL di Rieti. L'Azienda è organizzata in cinque Distretti Socio-Sanitari di Base: il Distretto n. 1 - Montepiano Reatino, con sede in Rieti, il Distretto n. 2 - Mirtense, con sede in Poggio Mirteto, il Distretto n. 3 - Salario, con sede in Osteria Nuova di Poggio Moiano, il Distretto n. 4 - Salto Cicolano, con sede in S.Elpidio di Pescorocchiano, ed il Distretto n. 5 - Alto Velino, con sede in Antrodoco.

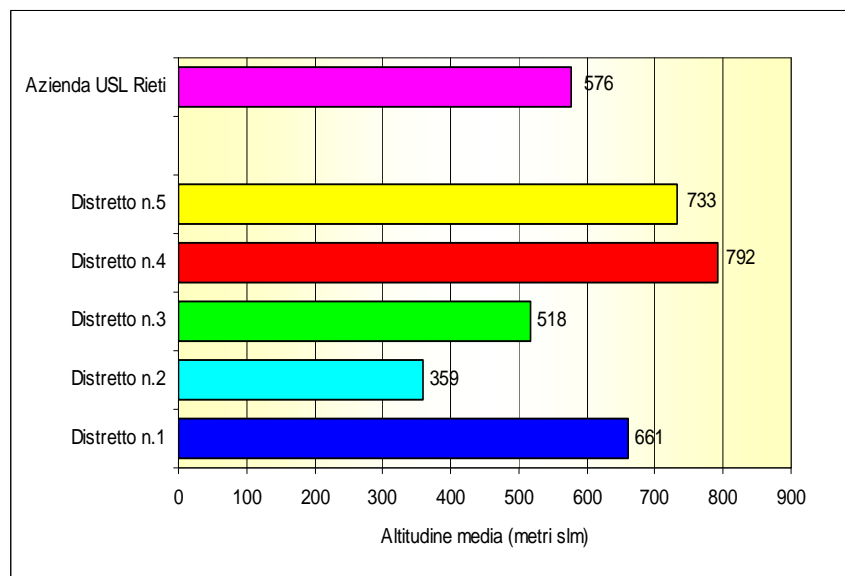
Come evidenzia il Graf. 1.2, il Distretto più esteso territorialmente è il Montepiano Reatino con il 35% circa del territorio provinciale, seguito dai Distretti Salto Cicolano e Alto Velino, con il 20% circa, e dal Mirtense, ca 15%. Il Distretto più piccolo risulta essere il Salario, con il solo 10% del territorio provinciale.

Dal punto di vista orografico i Distretti più montuosi sono il Salto Cicolano e l'Alto Velino, con una altitudine media, rispettivamente, di 790 e 730 metri slm.

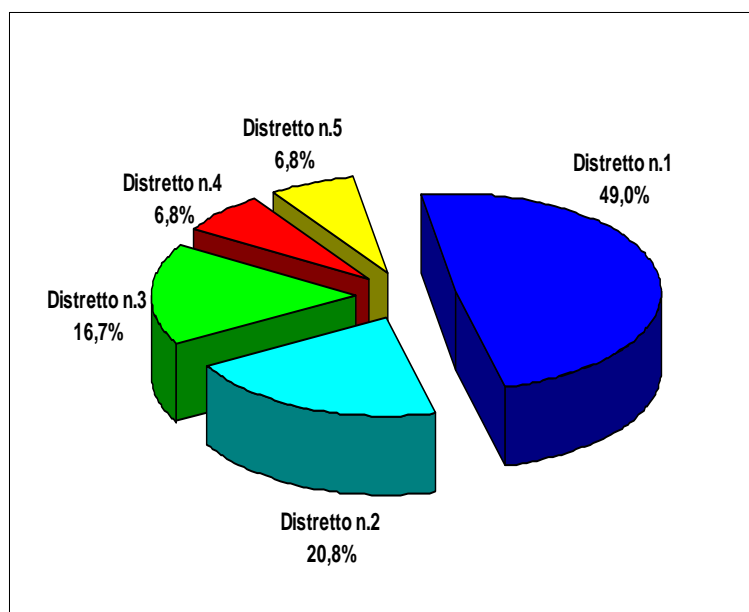
Graf. 1.2 - Estensione territoriale dell'Azienda USL Rieti, per Distretto



Graf. 1.3 - Altitudine Media (metri slm)
dei comuni del territorio dell'Azienda USL Rieti e dei Distretti



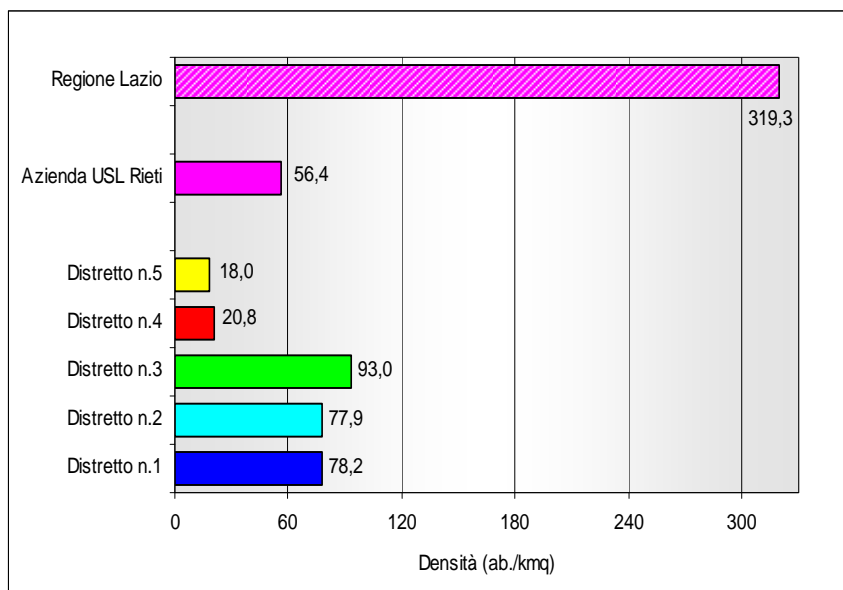
Graf. 1.4 - Popolazione dell'Azienda USL Rieti al 01/01/2007,
per Distretto di residenza



Il 49% della popolazione della Provincia di Rieti risiede nel territorio del Distretto n. 1, seguito dai Distretti n. 2 e n. 3, ove risiede rispettivamente il 20,8% ed il 16,7% circa della popolazione reatina; nei Distretti n. 4 e n. 5 si equiripartisce il restante 13,6%.

La densità abitativa (Graf. 1.5) evidenzia quanto lascia intuire il confronto tra i Graf. 1.2, 1.3 e 1.4: la popolazione che risiede nei Distretti Salto Cicolano e Alto Velino è molto dispersa sul territorio, che si presenta prevalentemente montuoso, impervio e con vie di comunicazione alquanto precarie; per contro, molto più concentrata appare la popolazione residente nel territorio dei Distretti Mirtense e Salario, ove la densità abitativa, di 78 e 93 ab./Kmq rispettivamente, è la più elevata dell'Azienda, comunque bassa, considerato che la densità abitativa della Provincia, pari a 56,4 ab./Kmq è molto al di sotto di quella regionale (320 ab./Kmq circa).

Graf. 1.5 - Densità di popolazione nella Regione Lazio, nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti al 01/01/2007



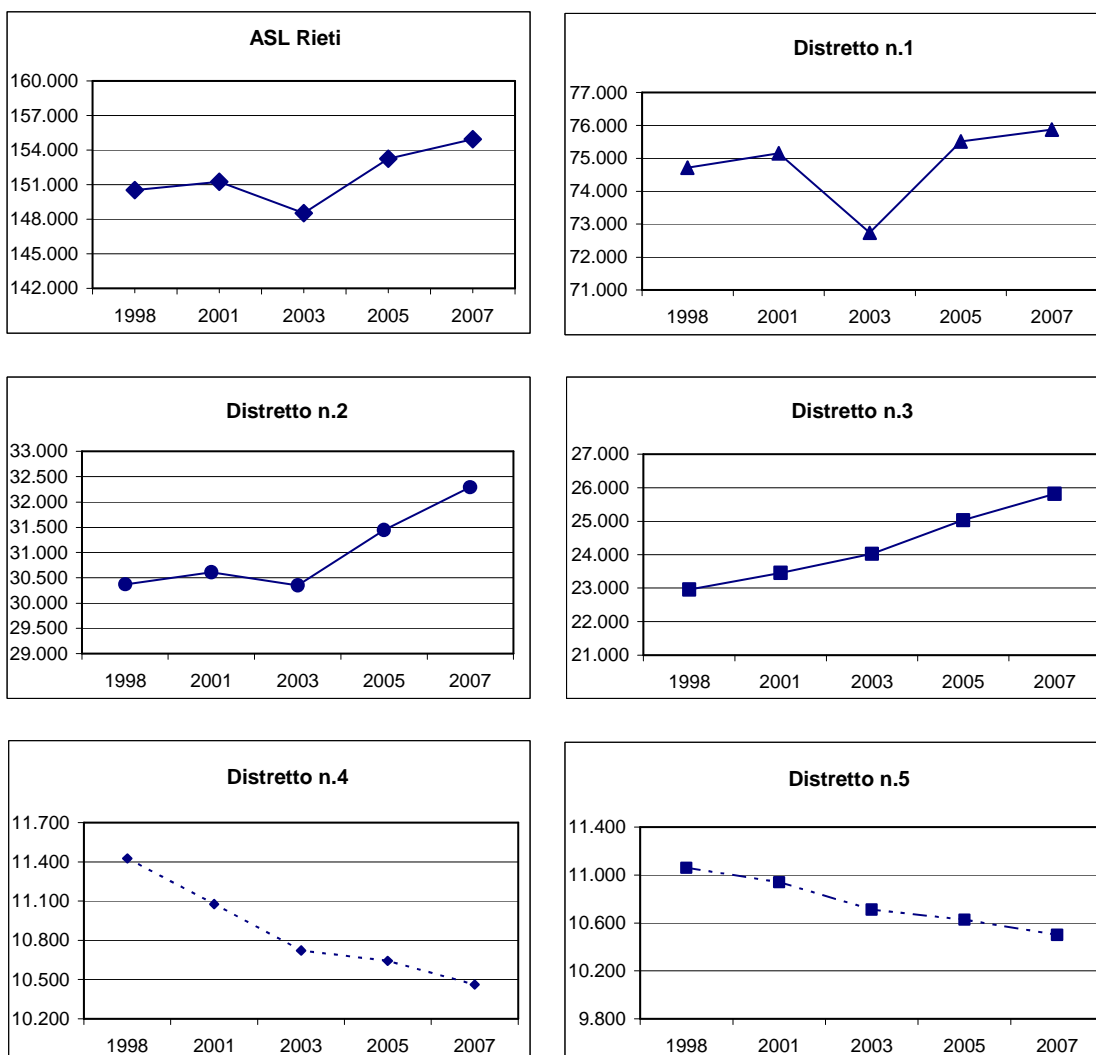
2. LA DEMOGRAFIA DELLA PROVINCIA DI RIETI

La popolazione residente nella Provincia di Rieti al 01/01/2007 risulta pari a 154.949. L'analisi dell'ammontare dei residenti nella Provincia e nei singoli Distretti ASL dal 1998 al 2007 (Tab. 2.1 e Graf. 2.1) mostra un trend crescente per la popolazione provinciale e per quella dei Distretti n. 2 e n. 3, mentre un andamento inverso si rileva nei Distretti n. 4 e n. 5.

Tab. 2.1 - Popolazione residente nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti dal 1998 al 2007

Anno	Distretto n.1	Distretto n.2	Distretto n.3	Distretto n.4	Distretto n.5	ASL Rieti
1998	74.716	30.374	22.957	11.426	11.061	150.534
2001	75.155	30.612	23.456	11.077	10.941	151.241
2003	72.737	30.351	24.024	10.723	10.712	148.547
2005	75.516	31.442	25.029	10.643	10.628	153.258
2007	75.871	32.294	25.820	10.463	10.501	154.949

Graf. 2.1 - Popolazione residente nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti dal 1998 al 2007

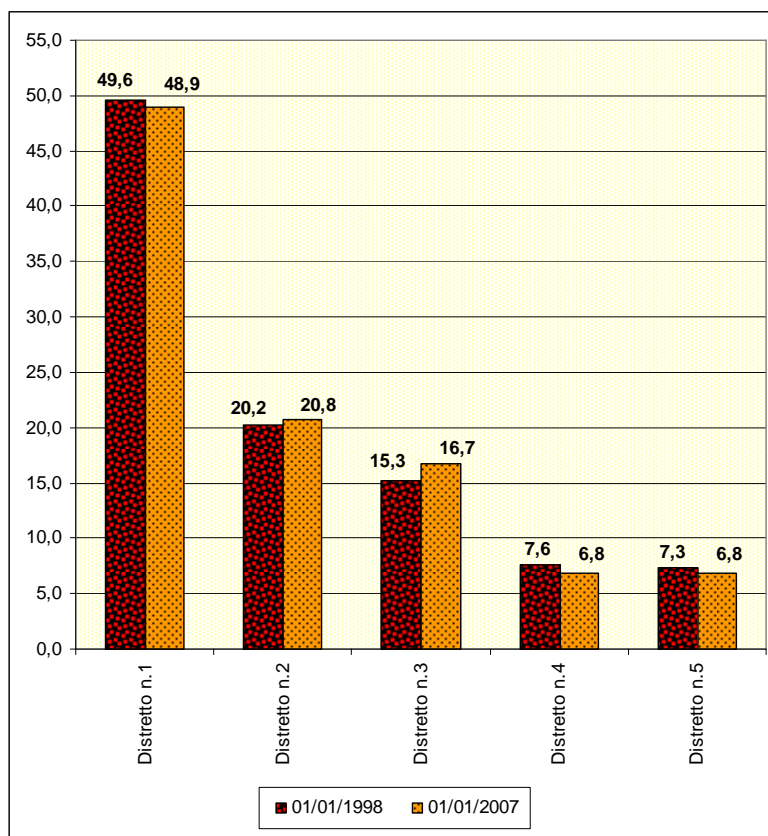


Le distribuzioni percentuali della popolazione residente nei Distretti e in Provincia al 01/01/1998 e al 01/01/2007 (tab. 2.2 e Graf. 2.2) evidenziano che nel periodo indicato all'interno dell'Azienda è aumentato il peso "demografico" dei Distretti Mirtense e Salario per i quali si osserva un incremento di popolazione complessivo del 2% "a scapito" degli altri tre distretti.

Tab. 2.2 - Popolazione residente nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti al 01.01.1998 e al 01.01.2007

Ambito Territoriale	Popolazione residente al 01/01/1998		Popolazione residente al 01/01/2007	
	Val. assoluti	Val. %	Val. assoluti	Val. %
Distretto n.1	74.716	49,6	75.871	48,9
Distretto n.2	30.374	20,2	32.294	20,8
Distretto n.3	22.957	15,3	25.820	16,7
Distretto n.4	11.426	7,6	10.463	6,8
Distretto n.5	11.061	7,3	10.501	6,8
ASL RIETI	150.534	100,0	154.949	100,0

Graf. 2.2 - Popolazione residente nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti al 01.01.1998, 01.01.2005, 01.01.2007



Le variazioni osservate nell'ammontare della popolazione provinciale e distrettuale nonché quelle relative al cambiamento di peso dei Distretti in ambito aziendale derivano dalle modifiche avvenute a livello delle componenti demografiche, che vengono prese in esame nel paragrafo successivo.

2.1 Il movimento della popolazione nell'anno 2007

Al 01/01/2007 il bilancio demografico (Tab. 2.3, Graf. 2.3) nella Provincia di Rieti è positivo, ma questo risultato è dovuto esclusivamente alla componente migratoria la cui consistenza riesce ad annullare il mancato apporto della componente naturale, ormai negativa da anni in Provincia.

A livello distrettuale si rileva la stessa dinamica per i Distretti Montepiano Reatino, Mirtense e Salario. Grave appare invece la situazione nei Distretti Salto Cicolano e Alto Velino, nei quali la componente migratoria è esigua e non riesce a compensare il decremento di popolazione dovuto alla componente naturale negativa cosicché si registra un bilancio prossimo allo zero nel Distretto n. 4 ed addirittura negativo nel Distretto n. 5.

Tab. 2.3 - Bilancio demografico della popolazione della ASL Rieti e dei Distretti, anno 2007

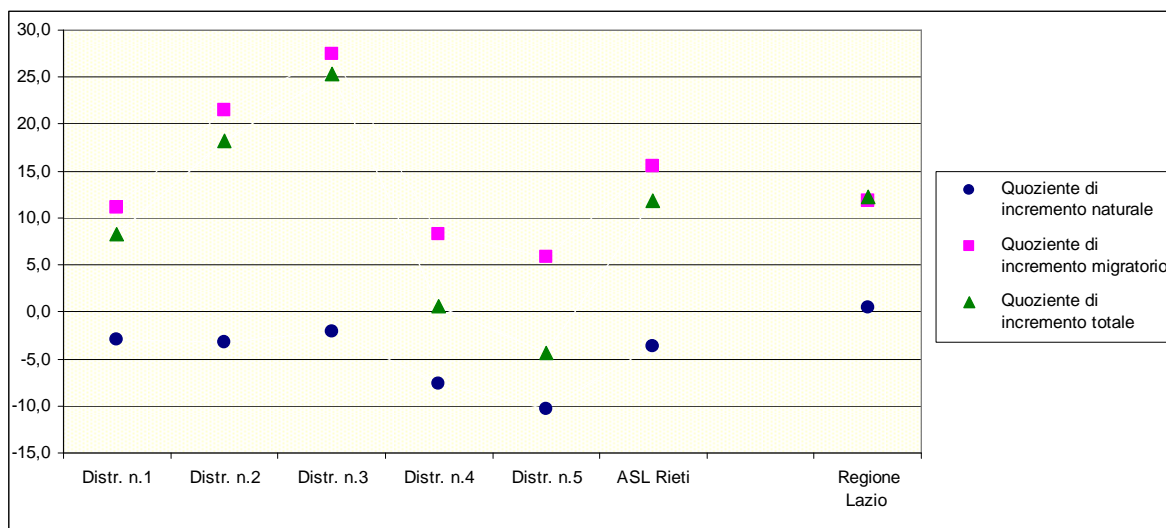
Azienda USL Rieti				Distretto n.1			
Componente	Poste di Bilancio			Componente	Poste di Bilancio		
	Attiva	Passiva	Saldo		Attiva	Passiva	Saldo
Naturale	1.233	1.803	-570	Naturale	573	792	-219
Migratoria	6.237	3.820	2.417	Migratoria	2.328	1.476	852
TOTALE	7.470	5.623	1.847	TOTALE	2.901	2.268	633

Distretto n.2				Distretto n.3			
Componente	Poste di Bilancio			Componente	Poste di Bilancio		
	Attiva	Passiva	Saldo		Attiva	Passiva	Saldo
Naturale	282	389	-107	Naturale	232	288	-56
Migratoria	1.722	1.023	699	Migratoria	1.432	714	718
TOTALE	2.004	1.412	592	TOTALE	1.664	1.002	662

Distretto n.4				Distretto n.5			
Componente	Poste di Bilancio			Componente	Poste di Bilancio		
	Attiva	Passiva	Saldo		Attiva	Passiva	Saldo
Naturale	76	156	-80	Naturale	70	178	-108
Migratoria	440	354	86	Migratoria	315	253	62
TOTALE	516	510	6	TOTALE	385	431	-46

LEGENDA: poste attive: nati - immigrati; poste passive: morti - emigrati; componenti naturali: nati - morti; componenti migratorie: immigrati - emigrati.

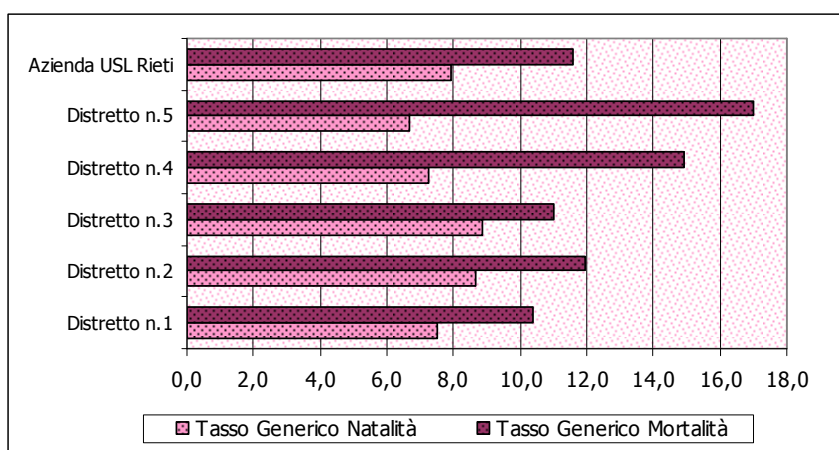
Graf. 2.3 - Quozienti di incremento naturale, migratorio e totale nella Regione Lazio, nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti, anno 2007



Tab. 2.4 - Tassi di natalità e mortalità (per 1.000 ab.) e tasso di eccedenza dei nati sui morti nella ASL di Rieti e nei Distretti, anno 2007

Ambito Territoriale	Nati	Tasso di natalità (per mille ab.)	Morti	Tasso di mortalità (per 1000 ab.)	Tasso di eccedenza naturale (dei nati sui morti)
Distretto n.1	573	7,5	792	10,4	-16,0%
Distretto n.2	282	8,7	389	11,9	-15,9%
Distretto n.3	232	8,9	288	11,0	-10,8%
Distretto n.4	76	7,3	156	14,9	-34,5%
Distretto n.5	70	6,7	178	17,0	-43,5%
Azienda USL Rieti	1.233	7,9	1.803	11,6	-18,8%

Graf. 2.4 - Tassi di natalità e mortalità (per 1.000 ab.) nella ASL di Rieti e nei Distretti, anno 2007



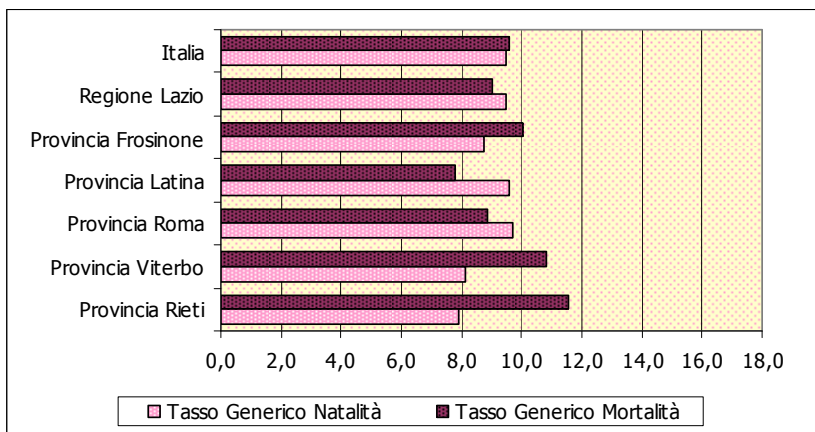
L'analisi delle componenti naturali, nati e morti, mostra (Tab. 2.4, Graf. 2.4) come in ambito provinciale siano omogeneamente eccedenti i morti rispetto ai nati e come questa tendenza raggiunga posizioni estreme nei Distretti n. 4 e n. 5 dove il tasso di mortalità nel 2007 era più del doppio del tasso di natalità.

Tab. 2.5 - Tassi di natalità e di mortalità (per 1.000 ab.) in Italia, nella Regione Lazio e nelle Province laziali, anno 2007

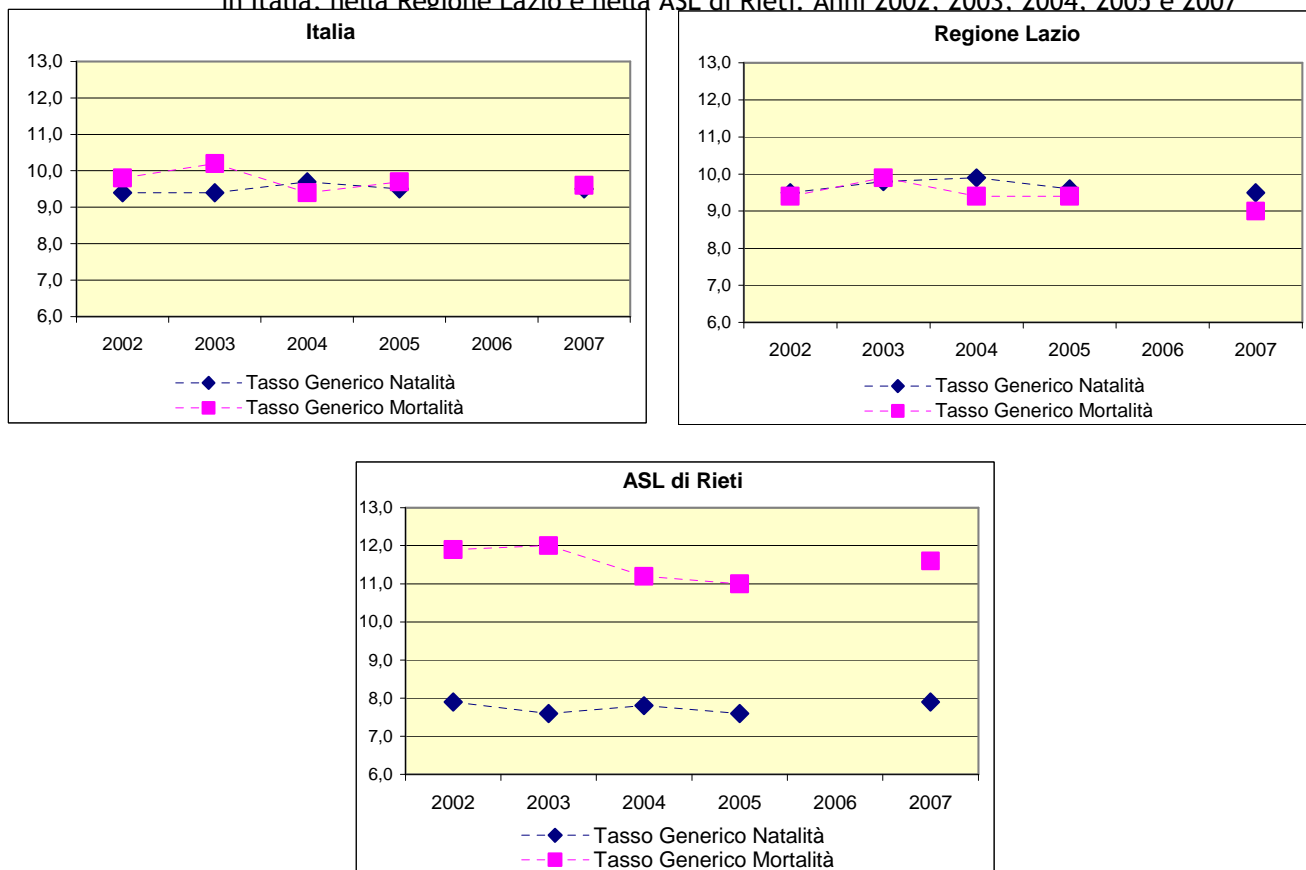
Ambito Territoriale	Nati	Tasso di natalità	Morti	Tasso di mortalità
Provincia Rieti	1.233	7,9	1.803	11,6
Provincia Viterbo	2.499	8,1	3.324	10,8
Provincia Roma	39.270	9,7	35.729	8,8
Provincia Latina	5.123	9,6	4.146	7,8
Provincia Frosinone	4.320	8,8	4.957	10,1
Regione Lazio	52.445	9,5	49.959	9,0
Italia	563.933	9,5	570.801	9,6

In Italia e nelle Province della Regione Lazio (Graf. 2.5,) la situazione risulta sostanzialmente differente rispetto al Reatino, in quanto il gradiente natalità/mortalità è minimo, ad eccezione delle Province di Viterbo e di Frosinone dove, comunque, rispetto alla Provincia di Rieti, la natalità è più elevata e la mortalità è più bassa.

Graf. 2.5 - Tassi di natalità e di mortalità (per 1.000 ab.) in Italia, nella Regione Lazio e nelle Province laziali, anno 2007



Graf. 2.6 - Tassi di natalità e di mortalità (per 1.000 ab.) in Italia, nella Regione Lazio e nella ASL di Rieti. Anni 2002, 2003, 2004, 2005 e 2007



Il Graf. 2.6, che mette a confronto l'andamento nel tempo dei tassi di natalità e di mortalità in Italia, nella Regione Lazio e nella ASL di Rieti, evidenzia come nel Reatino gli elevati livelli di mortalità (11,0-12,0 per mille) non siano sufficientemente compensati da adeguati livelli di natalità che, al contrario, risultano abbastanza bassi, intorno al 7,0-8,0 per mille. In Italia e nel Lazio, invece, natalità e mortalità sono sugli stessi livelli essendo entrambi intorno al 9,0-10,0 per mille in ambo le aree.

L'analisi della componente migratoria, presentata nella Tab. 2.6, evidenzia che nella Provincia di Rieti, così come avviene ormai da tempo in tutta Italia, i flussi migratori prevalenti sono in ingresso, tanto che il tasso di eccedenza degli immigrati rispetto agli emigrati in Azienda nel 2007 è risultato positivo, pari al 24,0%.

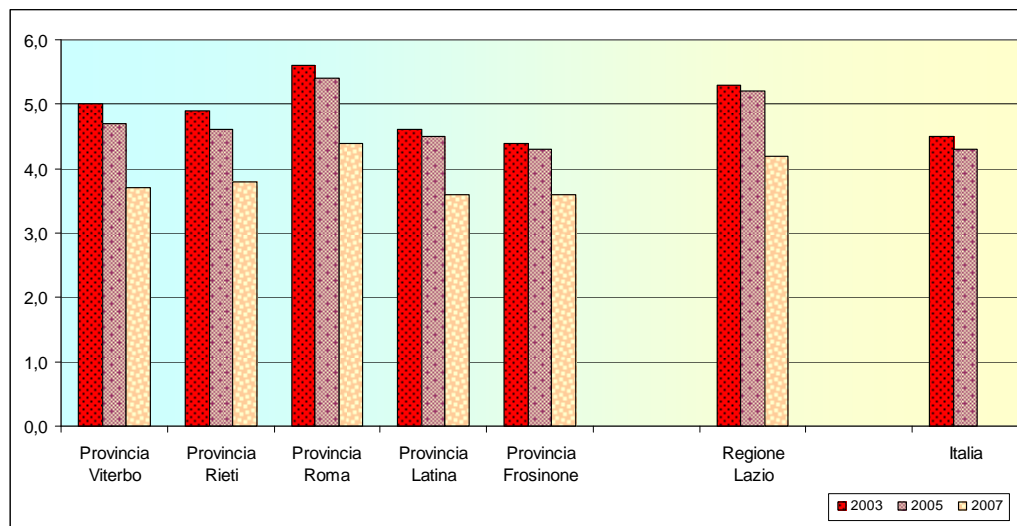
A livello distrettuale si rileva, con chiarezza, come i flussi migratori siano più consistenti nei Distretti n. 2, n. 3 e n. 4: il Distretto Salario è interessato da un intenso flusso in entrata il Distretto Salto Cicolano da un intenso flusso in uscita. Il Distretto Mirtense è invece particolarmente dinamico, con flussi rilevanti in ambo le direzioni.

Tab. 2.6- Tassi di migratorietà (per 1.000 ab.) nella ASL di Rieti e nei Distretti, anno 2007

Ambito Territoriale	Immigrati	Tasso di immigratorietà (per mille ab.)	Emigrati	Tasso di emigratorietà (per mille ab.)	Tasso di eccedenza migratoria (degli immigrati sugli emigrati)
Distretto n.1	2.328	30,6	1.476	19,4	22,4%
Distretto n.2	1.722	52,8	1.023	31,4	25,5%
Distretto n.3	1.432	54,8	714	27,3	33,5%
Distretto n.4	440	42,0	354	33,8	10,8%
Distretto n.5	315	30,1	253	24,1	10,9%
Azienda USL Rieti	6.237	40,0	3.820	24,5	24,0%

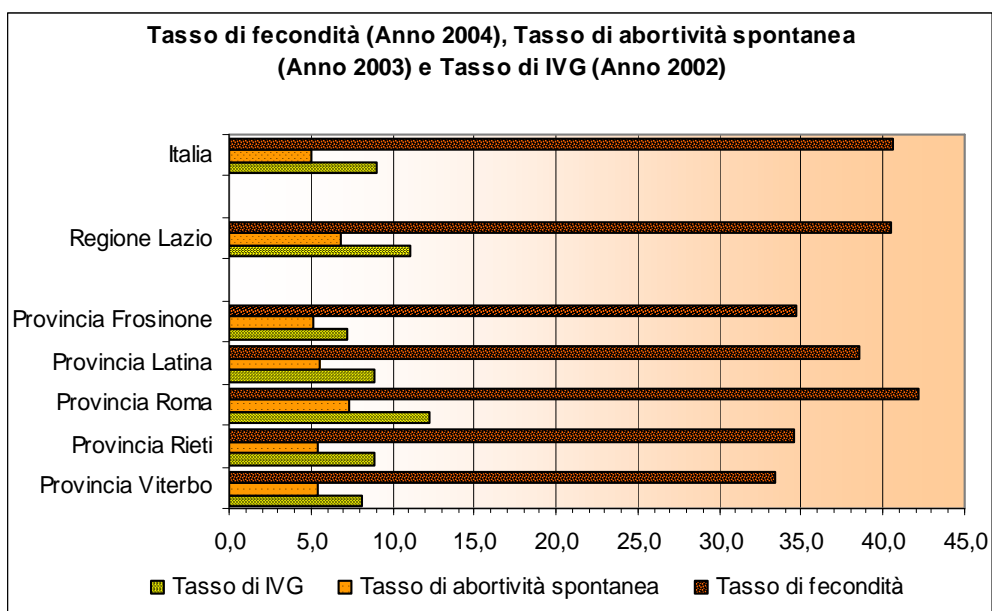
Il Graf. 2.7, ove vengono presentati i tassi di nuzialità in Italia, nella Regione Lazio e nelle Province laziali negli anni 2003, 2005 e 2007, mostrano una diminuzione della nuzialità in tutti gli ambiti territoriali osservati e la Provincia di Rieti non si differenzia dalle altre province laziali.

Graf. 2.7 - Tasso generico di nuzialità in Italia, nella Regione Lazio e nelle Province laziali. Anni 2003, 2005 e 2007



Per quanto riguarda la fecondità (nati vivi su mille donne di età 15-49 anni), riportato nel Graf. 2.8, le Province di Rieti, Viterbo e Frosinone si evidenziano per valori del tasso sostanzialmente più bassi (circa 35 per mille) rispetto al resto della Regione e all'Italia (circa 40 per mille). Il tasso di abortività spontanea (numero di aborti spontanei su mille donne di età 15-49 anni) risulta abbastanza omogeneo nelle aree in esame, mentre il tasso di IVG (numero di interruzioni volontarie di gravidanza su mille donne di età 15-49 anni) è particolarmente elevato nella Provincia di Roma, con conseguente effetto di trascinamento sul tasso dell'intera Regione.

Graf. 2.8 - Tasso di fecondità, di abortività e di IVG, in Italia, nella Regione Lazio e nelle Province laziali. Periodo 2002-2004



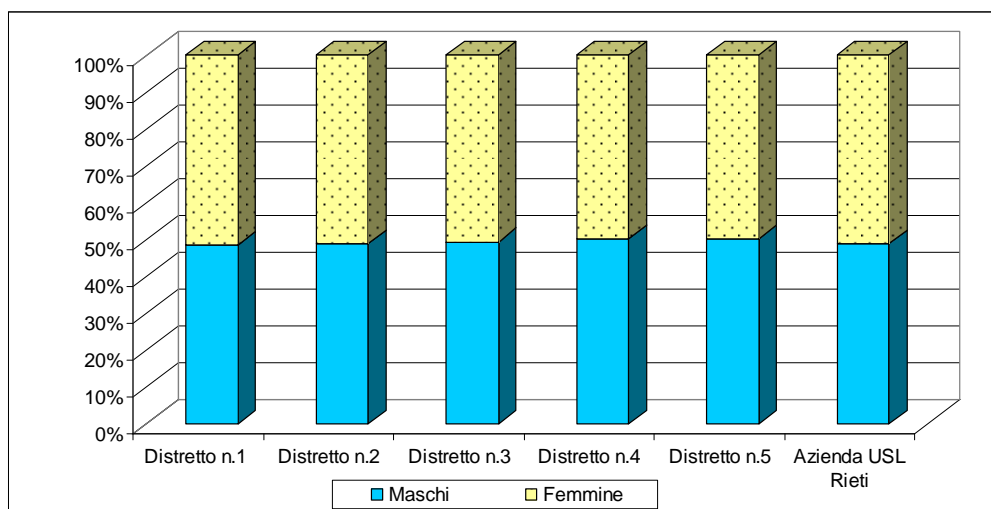
3. La struttura della popolazione al 01/01/2007

Dopo l'esame delle componenti demografiche che entrano nella dinamica della popolazione, si analizza a seguire la struttura demografica della Provincia di Rieti, che costituisce il risultato della dinamica sopra descritta.

Tab. 2.7 - Popolazione dell'Azienda USL Rieti al 01/01/2007, per Distretto di residenza e sesso

AMBITO TERRITORIALE	SESSO					
	Maschi		Femmine		Totale	
	Val.Ass.	Val.%	Val.Ass.	Val.%	Val.Ass.	Val.%
Distretto n.1	36709	48,4%	39.162	51,6%	75.871	100,0%
Distretto n.2	15816	49,0%	16.478	51,0%	32.294	100,0%
Distretto n.3	12739	49,3%	13.081	50,7%	25.820	100,0%
Distretto n.4	5260	50,3%	5.203	49,7%	10.463	100,0%
Distretto n.5	5268	50,2%	5.233	49,8%	10.501	100,0%
Azienda USL Rieti	75.792	48,9%	79.157	51,1%	154.949	100,0%

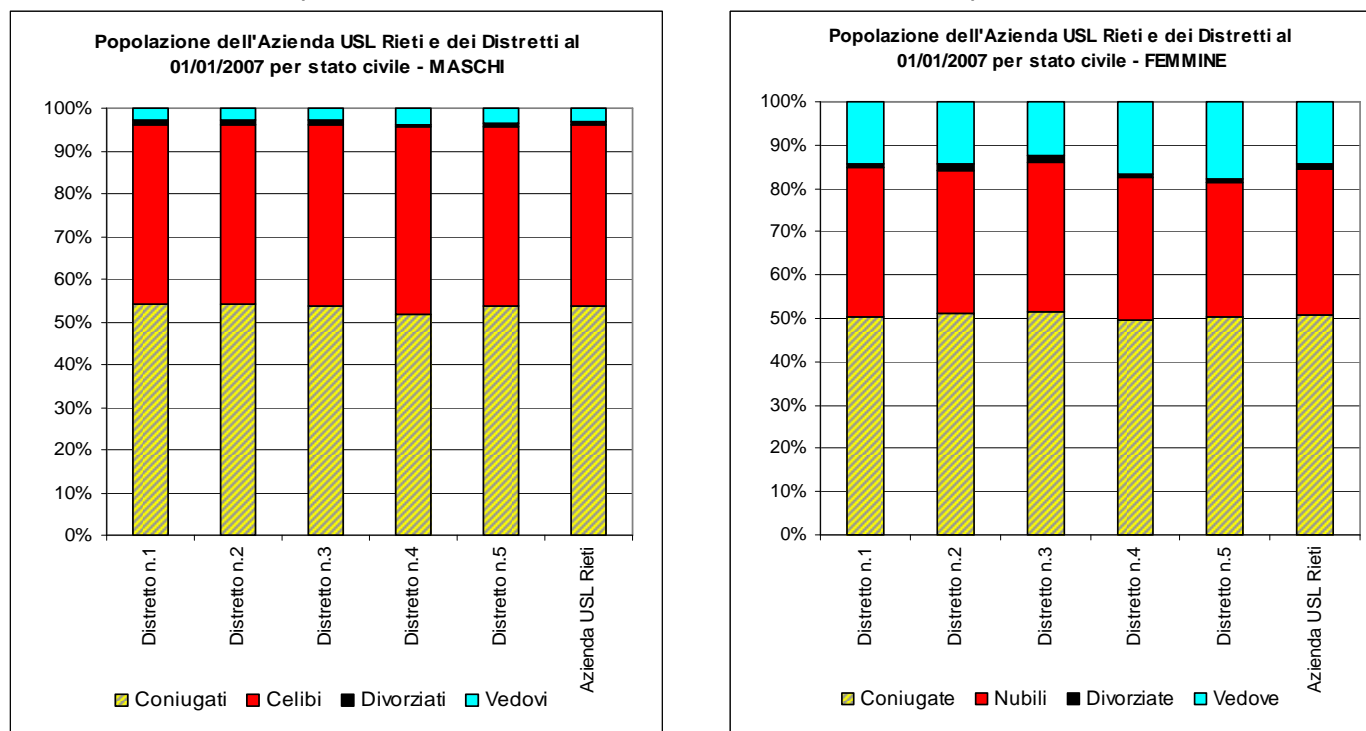
Graf. 2.9 - Popolazione dell'Azienda USL Rieti al 01/01/2007, per Distretto di residenza e sesso



La struttura per sesso della popolazione residente nella Provincia e nei Distretti ASL è rappresentata nella Tab. 2.7 e nel Graf. 2.9, ove è riportata la distribuzione di frequenze.

La struttura per stato civile, distinta per i due sessi, è illustrata nel Graf. 2.10 ove colpisce, in particolare, l'elevata presenza di vedove, che raggiunge circa il 20% nei Distretti n. 4 e n. 5, mentre nei maschi la percentuale di vedovi si aggira intorno al 3% in tutto il territorio provinciale. Inoltre è ben evidente la maggiore presenza di separati/divorziati, di ambo i sessi, nei Distretti n. 2 e n. 3.

Graf. 2.10 Popolazione della ASL di Rieti e dei Distretti al 01/01/07, per sesso e stato civile



La struttura per età della popolazione residente in Italia, nella Regione Lazio, nella Provincia di Rieti e nei Distretti ASL è presentata nella Tab. 2.8 e nel Graf. 2.11. La popolazione della Provincia risulta più vecchia di quella delle Regione e di quella italiana, infatti il 23% circa dei reatini ha 65 anni o più. In ambito aziendale l'invecchiamento demografico risulta particolarmente avanzato nei Distretti Salto Cicolano ed Alto Velino dove gli ultrasessantacinquenni raggiungono circa il 30% della popolazione residente.

Tab. 2.8 - Popolazione residente in Italia, nella Regione Lazio, nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti al 01/01/2007, per età

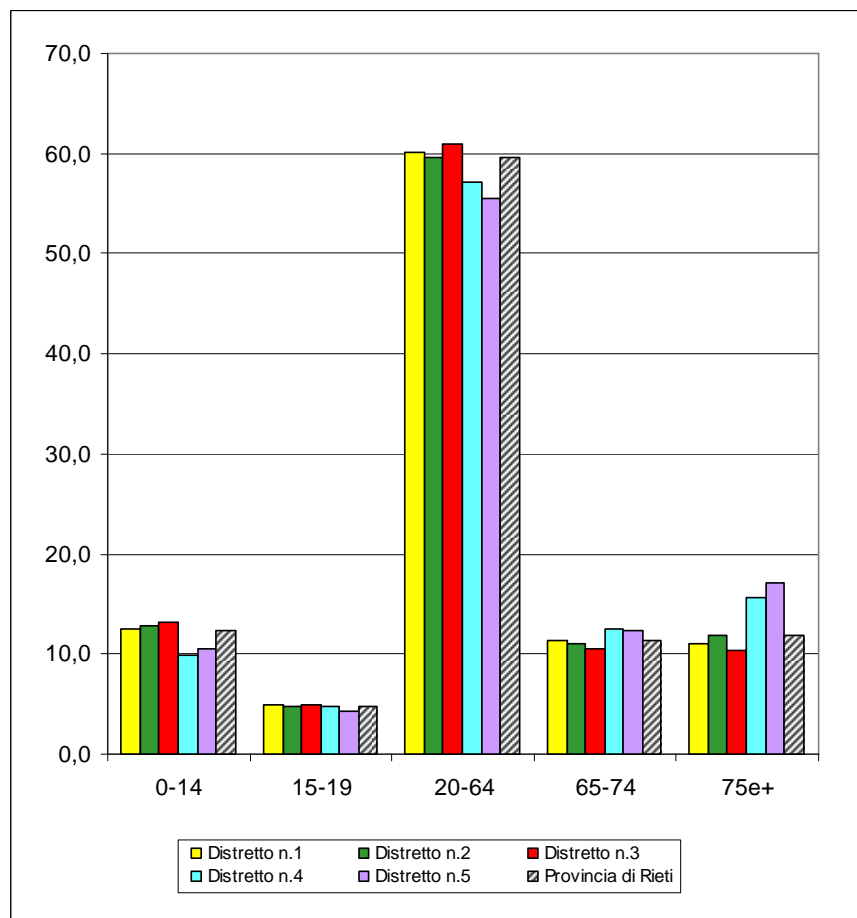
1) Valori assoluti:

Classi età	Italia	Regione Lazio	Provincia Rieti	Distr. n.1	Distr. n.2	Distr. n.3	Distr. n.4	Distr. n.5
0-14	8.321.900	762.973	19.203	9.520	4.131	3.399	1.038	1.115
15-19	2.941.233	263.999	7.441	3.705	1.527	1.267	489	453
20-64	36.075.402	3.400.558	92.532	45.678	19.264	15.768	5.990	5.832
65-74	6.191.160	578.350	17.460	8.574	3.555	2.731	1.303	1.297
75e+	5.601.592	487.428	18.313	8.394	3.817	2.655	1.643	1.804
Totale	59.131.287	5.493.308	154.949	75.871	32.294	25.820	10.463	10.501

2) Valori percentuali:

Classi età	Italia	Regione Lazio	Provincia Rieti	Distr. n.1	Distr. n.2	Distr. n.3	Distr. n.4	Distr. n.5
0-14	14,1	13,9	12,4	12,5	12,8	13,2	9,9	10,6
15-19	5,0	4,8	4,8	4,9	4,7	4,9	4,7	4,3
20-64	60,9	61,9	59,7	60,2	59,7	61,0	57,2	55,5
65-74	10,5	10,5	11,3	11,3	11,0	10,6	12,5	12,4
75e+	9,5	8,9	11,8	11,1	11,8	10,3	15,7	17,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Graf. 2.11 - Popolazione residente nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti al 01/01/2007, per età



Tab. 2.9 - Indici di struttura della popolazione residente nella ASL Rieti e nei Distretti al 01/01/2007

Indicatore	Azienda USL Rieti	Distretto n.1	Distretto n.2	Distretto n.3	Distretto n.4	Distretto n.5
Età media (in anni compiuti)	44,9	44,6	44,6	43,6	47,5	48,5
Indice di vecchiaia (rispetto all'intera popolazione)	23,1	22,4	22,8	20,9	28,2	29,5
Indice di vecchiaia (rispetto alla popolazione 0-14 anni)	186,3	178,2	178,5	158,5	283,8	278,1
Indice di dipendenza	55,0	53,6	55,3	51,6	61,5	67,1
Indice di struttura della popolazione attiva	111,3	111,8	109,8	107,0	109,9	126,6
Indice di carico di figli per donna feconda	20,3	19,6	21,9	21,8	18,0	19,2

Gli indici di struttura della popolazione, calcolati per la Provincia e per i cinque Distretti ASL al 01/01/2007, riportati nella Tab. 2.9, confermano la presenza in Azienda di due Distretti strutturalmente 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.

Tab. 2.10 - Indici di struttura (indice di vecchiaia, indice di dipendenza ed età media) nella popolazione residente nella ASL di Rieti e nei Distretti al 01/01/2001 e al 01/01/2007

Indice	Distretto n.1		Distretto n.2		Distretto n.3		Distretto n.4		Distretto n.5		Azienda USL Rieti	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007
Indice di vecchiaia (su popolaz. 0-14 anni)	154,8	178,2	171,7	178,5	142,4	158,5	236,1	283,8	238,5	278,1	167,0	186,3
Indice di dipendenza	52,1	53,6	55,5	55,3	52,1	51,6	67,7	61,5	69,4	67,1	55,0	55,0
Età media	43,0	44,6	43,8	44,6	42,3	43,6	46,2	47,5	46,9	48,5	43,6	44,9

La Tab. 2.10 mette in evidenza le modifiche strutturali avvenute rispetto all'età dal 2001 al 2007 nei residenti nei Distretti dell'Azienda. E' evidente 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.

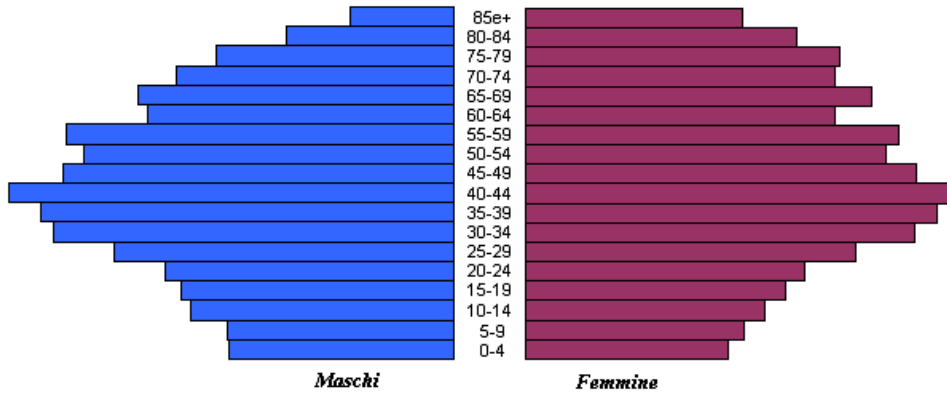
La Tab. 2.11 effettua il confronto nel tempo degli indici di struttura per età delle Province del Lazio, con una fotografia al 01/01/2001 e al 01/01/2005 (al 01/01/2003 per la sola età media). Si ritrova la tendenza, già rilevata in ambito provinciale, al progressivo invecchiamento della popolazione, nonché i livelli di invecchiamento particolarmente elevati raggiunti da tempo nella Provincia di Rieti che si distingue per questo aspetto dalle altre Province della Regione.

Tab. 2.11 - Indici di struttura (indice di vecchiaia, indice di dipendenza, età media) in Italia, Regione Lazio e nelle Province laziali al 01/01/2001, 01/01/2003 e 01/01/2005

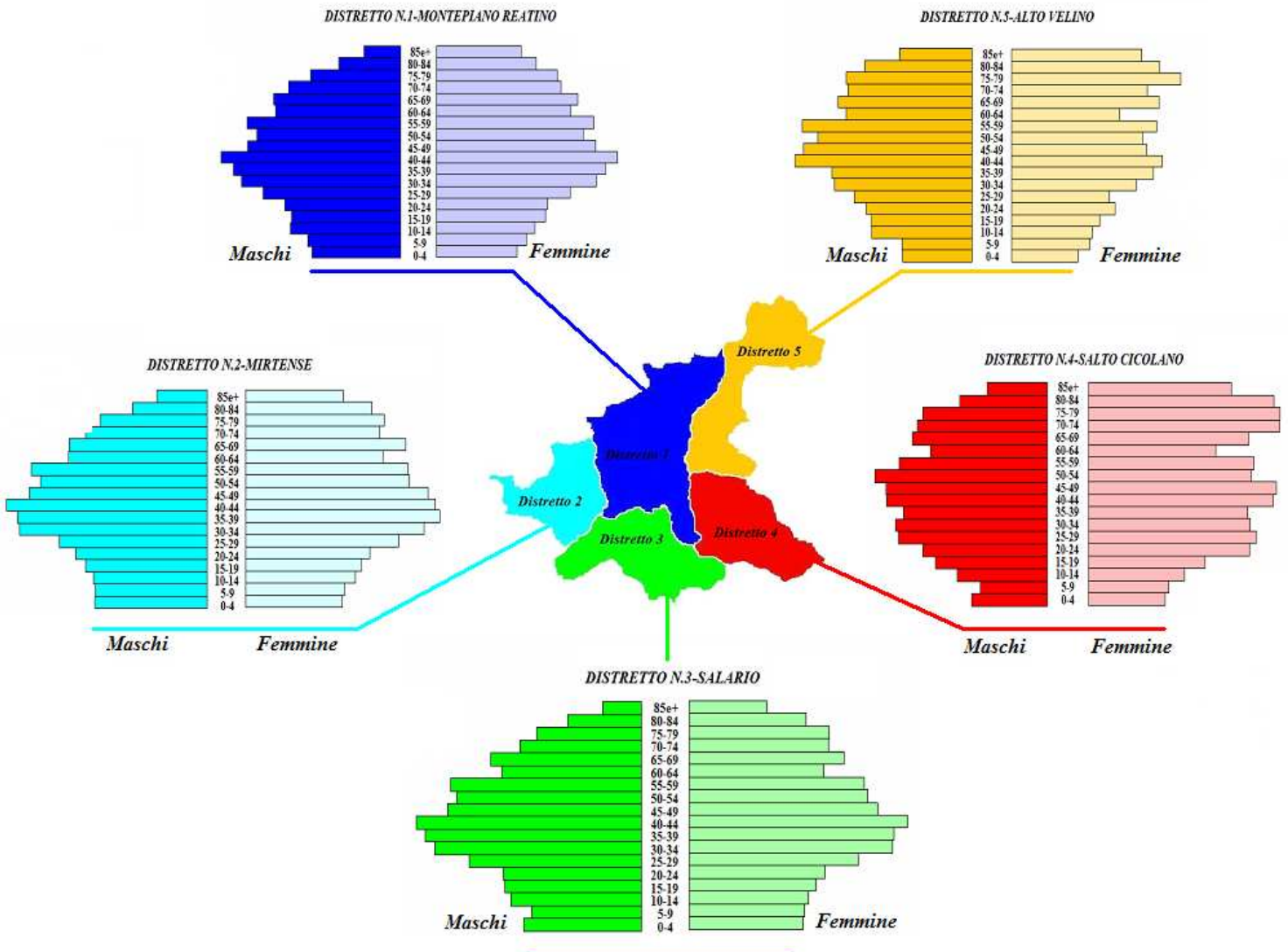
Indice	Italia			Regione Lazio			Provincia Rieti			Provincia Roma			Provincia Latina			Provincia Viterbo			Provincia Frosinone		
	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005
Indice di vecchiaia (su popolaz. 0-14 anni)	127,1	133,8	137,8	123,0	132,8	135,1	167,0	175,6	180,7	123,6	133,2	133,9	94,3	104,1	110,3	157,1	166,9	169,7	120,9	131,2	139,9
Indice di dipendenza	48,4	49,8	50,6	45,9	47,7	48,5	55,0	55,4	55,0	45,0	47,2	48,3	44,6	45,7	45,9	50,2	51,4	50,8	49,9	49,9	49,7
Età media	41,6	42,2	-	41,5	42,1	-	43,6	44,2	44,5	41,7	42,3	-	39,4	40,2	-	43,1	43,7	-	40,9	41,6	-

La struttura per sesso ed età è descritta, infine, con una rappresentazione grafica molto efficace, vale a dire la piramide delle età, realizzata con i dati al 01/01/2007 sia per la Provincia (Graf. 2.12) sia per i cinque Distretti dalla ASL (Graf. 2.137). I due grafici evidenziano la maggiore consistenza dei contingenti di donne di età più elevate in tutta la Provincia. Il fenomeno, dovuto all'invecchiamento della popolazione, è particolarmente evidente nei Distretti più vecchi, il Salto Cicolano e l'Alto Velino. È evidente, altresì, la drastica riduzione delle nascite negli ultimi venti anni, che non compensano più i decessi, causando la contrazione della base delle piramidi, con conseguente distorsione del grafico che, in caso di popolazioni non invecchiate, con elevati livelli di natalità, presentano una forma che approssima bene una piramide.

Graf. 2.12 - Popolazione della ASL di Rieti al 01/01/2007, per sesso ed età



Graf. 2.13 - Popolazione residente nei Distretti della ASL di Rieti al 01/01/2007, per sesso ed età



4 . L'Azienda USL di Rieti: Denominazione, Sede Legale, Logo

Con Legge Regionale del Lazio, 16 giugno 1994, n. 18 è stata costituita l'Azienda USL di Rieti, che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1 bis, del D.L.vo n. 229/99, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

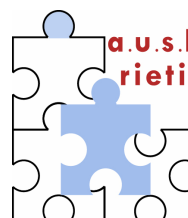
La sede legale dell'Azienda USL di Rieti è fissata in Rieti al Viale Lionello Matteucci, n. 9, C.A.P. 02100 , C.F. e Partita IVA 00821180577.

Il logo aziendale è il seguente:

Regione Lazio



Azienda Unità Sanitaria
Locale di Rieti



Il sito ufficiale internet della Azienda USL è all'indirizzo web: <http://www.aslrieti.it> L'Albo della Azienda USL per la pubblicazione degli atti e degli avvisi è ubicato nei locali dove è fissata la sede legale.

Articolazione della ASL

L'Azienda:

A) è articolata in cinque Distretti e, precisamente:

- Distretto Montepiano - Reatino n. 1; con sede in Viale Matteucci n. 9 - Rieti
- Distretto Mirtense n. 2; con sede in Via Finocchietto s.n.c. - Poggio Mirteto (RI)
- Distretto Salario n. 3; con sede in Viale Europa n. 13 - Osteria Nuova di Poggio Moiano (RI)
- Distretto Salto - Cicolano n. 4; con sede in S.Elpidio di Pescorocchiano (RI)
- Distretto Alto Velino n. 5; con sede in Largo Ragazzi del Mondo s.n.c. - Antrodoco (RI)

B) Gestisce n. 502 posti letto per acuti, suddivisi in due poli ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero Rieti - Amatrice
- Presidio Ospedaliero "M.Marini" di Magliano Sabina

Nel Numero dei posti letto sono compresi anche quelli in Day Hospital e Day Surgery. Verranno attivati 12 posti letto di Osservazione Breve presso il Pronto Soccorso del Presidio di Rieti.

C) gestisce direttamente i seguenti Poliambulatori:

- presso il Distretto 1 Montepiano - Reatino:
 - Ospedale "San Camillo de Lellis" a Rieti;
 - Poliambulatorio ASL - sede;

- Poliambulatorio Contigliano;
- Poliambulatorio Leonessa;
- Consultorio Rieti;
- Consultorio Contigliano;
- Consultorio Cittaducale;
- Consultorio Leonessa;
- U.T.R. Rieti;
- presso il Distretto 2 Mirtense:
 - Presidio Ospedaliero “Marzio Marini” di Magliano Sabina;
 - Poliambulatorio Poggio Mirteto;
 - Consultorio Poggio Mirteto;
 - Consultorio di Magliano Sabina
 - U.T.R. Poggio Mirteto;
- presso il Distretto 3 Salario:
 - Poliambulatorio Osteria Nuova;
 - Poliambulatorio Passo Corese;
 - Consultorio Passo Corese
 - Consultorio Osteria Nuova;
 - U.T.R. Passo Corese-Osteria Nuova;
- presso il Distretto 4 Salto-Cicolano:
 - Poliambulatorio Fiumata;
 - Poliambulatorio S. Elpidio;
 - Consultorio Salto-Cicolano (Sede di Borgorose);
 - U.T.R. Salto-Cicolano (Sede di Borgorose);
- presso il Distretto 5 Alto Velino:
 - stabilimento “Francesco Grifoni” di Amatrice;
 - Poliambulatorio Antrodoco;
 - Consultorio Antrodoco;
 - Consultorio Amatrice
 - U.T.R. Antrodoco;

D) comprende le seguenti strutture “provvisoriamente accreditate” nessuna delle quali è dotata di posti letto:

- Laboratorio analisi “Igea” s.n.c., Largo F. Spadoni, 4 (zona Perseo) - Rieti;
- Laboratorio analisi “Salus” s.r.l. Viale Matteucci, 23 - Rieti;
- Laboratorio analisi “S. Anna” s.a.s. Viale della Stazione, 81/A - Antrodoco;
- Laboratorio analisi “O’ Bios” s.r.l. Via Salaria Km 53-Osteria Nuova - Poggio Moiano
- Laboratorio analisi “Sabino” s.r.l.; Via Servilia, snc- Passo Corese - Fara Sabina
- Laboratorio analisi “S.Anastasia” s.r.l. Via Micangeli, 22-Borgorose;

- Laboratorio analisi “SA.FI.M.” s.a.s. Via del Fante- Fiumata di Petrella Salto
- Studio radiologico “LUTEMADUE” s.r.l. V.le Matteucci, 1/B - Rieti;
- Istituto fisioterapico “S.I.S.S”. a.r.l., Via Canali, 8 - Rieti;
- Istituto fisioterapico “S. Valentino” s.r.l., Via G. Matteotti, 83 - Poggio Mirteto;
- Centro Riabilitativo ex art. 26 L. 833/1978 “Mondo Riabilitazione” srl, Via A. Segoni, 4 - Collecchio.

E) comprende le seguenti strutture private “autorizzate”:

- Studio Analisi Cliniche “Bianchetti e Ferzi” s.n.c., Via G. Marconi , s.n.c. - Casperia (RI);
- Analisi Cliniche “Forano”, Loc. Pozzolane, 5/A - Forano (RI);
- Istituto Fisioterapico “I.T.E.R. s.r.l.”, Via Servilia s.n.c. - Passo Corese di Fara Sabina (RI);
- Istituto Fisioterapico “Programma Salute s.a.s. di Angelucci ”, Viale Morroni, 18/A - Rieti;
- Istituto Fisioterapico “Davinci” di Falconi Catia, Via Labro, 7 - Rieti;
- Centro Kinesiterapia Medica “Kimed s.r.l.”, Via Micioccoli, 2 - Rieti;
- RSA “Casa Serena”, Via B. Riposati, 38-40-42 - Rieti;
- RSA “Santa Rufina”, loc. Santa Rufina - Cittaducale;
- RSA “Residenza Cirene”, loc. S.Egidio - Torri in Sabina;
- Centro Riabilitativo “ RIA-h Riabilitazione”, Piazza Bachelet - Rieti;
- Centro Riabilitativo “Centro Cori” - Fara Sabina.

4.1 Personale e dotazione organica

1. Il personale dipendente, a tempo indeterminato, alla data del 1 luglio 2008, è pari a 1721 unità distinto come segue:

DIRIGENZA		
Ruolo Sanitario	Dirigenti Medici	312
	Dirigenti Veterinari	17
	Totale	329
Ruolo Sanitario non medico	Dirigenti Fisici	1
	Dirigenti Farmacisti	7
	Dirigenti Biologi	2
	Dirigenti Psicologi	27
	Totale	37
Ruolo Professionale	Dirigenti Ingegneri	3
	Dirigenti Avvocati	2
	Totale	5
Ruolo Tecnico	Dirigenti Sociologi	3
	Totale	3
Ruolo Amministrativo	Dirigenti Amministrativi	6
	Totale	6
Ruolo Professioni Sanitarie	Dirigente Serv. Infermieristico	1
	Totale	1
	Totale Dirigenza	

COMPARTO		
Ruolo Amministrativo	173	
Ruolo Tecnico	247	
Ruolo Sanitario	920	
Totale Comparto		1340

2. Il Personale Dipendente a tempo determinato è di **82** unità, di cui 32 full-time e di 50 part-time, e precisamente a tempo pieno:
- Medico : 13
 - Infermiere professionale : 5
 - Tecnico della riabilitazione: 8
 - Tecnico di laboratorio: 2
 - Tecnico neurofisiopatologia: 1
 - Tecnico radiologia: 1
 - Ausiliari socio assistenziali: 2

Mentre a tempo parziale abbiamo n. 50 unità di personale ausiliario.

Con atti successivi l'Azienda USL provvederà, con le modalità previste dalla vigente normativa e dagli indirizzi regionali, a rideterminare la dotazione organica adeguata alle proprie finalità e funzioni, in ordine comunque a priorità assistenziali.

CAP. II - Le finalità istituzionali ed analisi strategiche

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Rieti, come parte integrante del sistema sanitario della Regione Lazio, si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Nell'ambito delle sue finalità svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, l'acquisto da soggetti accreditati con la ASL stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.

L'Azienda, nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute, nel rispetto del principio di libera scelta del cittadino, si impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati, nell'ambito della programmazione regionale e locale.

A tal fine individua, nella definizione di specifici accordi contrattuali, il principale strumento di regolamentazione dei rapporti con i soggetti pubblici e privati accreditati. L'Azienda aspira a creare condizioni di effettiva equità nell'accesso e fruizione per tutti i cittadini, esercitando le funzioni di controllo e di verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la qualità e l'appropriatezza.

In particolare, l'Azienda Unità Sanitaria di Rieti vuole svolgere un ruolo attivo di gestore di un network in cui i Medici di Medicina generale, i Pediatri di Libera scelta e i Medici di Continuità Assistenziale rappresentano partner essenziali per il governo e l'orientamento della domanda di salute sul territorio.

Nella rete, infine, si ricercano sinergie soprattutto con gli enti locali, la Conferenza dei Sindaci, le associazioni di volontariato, le altre Aziende Sanitarie della Regione Lazio, finalizzate all'attivazione di progettualità idonee a migliorare la qualità dei servizi sul proprio territorio, la continuità dell'assistenza, la presa in carico degli utenti, per orientarli e coinvolgerli nelle scelte del percorso di cura, sostenendone la libertà di scelta.

A tale scopo anche il mondo delle attività produttive del territorio provinciale può dare il suo contributo per un miglioramento della qualità della vita della nostra popolazione attraverso iniziative condivise che assicurino agli stakeholder coinvolti il giusto ritorno di immagine e di visibilità.

Nel perseguimento dei propri obiettivi strategici l'Azienda ritiene imprescindibile l'apporto di personale tecnicamente e professionalmente preparato, sensibile agli orientamenti e ai valori che la Direzione ha assunto come fondanti, disponibile alla collaborazione interna e rispettoso nei confronti dell'utenza.

L'Azienda persegue inoltre le seguenti finalità:

- sperimentare e monitorare forme innovative di gestione e organizzazione in campo sanitario, nonché dell'attività amministrativa;
- uniformare la propria attività ai criteri della massima qualità raggiungibile, sulla base delle conoscenze e della tecnologia disponibili e con mezzi utili ad ottimizzare il rapporto fra bisogni degli utenti e risorse umane, economiche e tecnologiche, mantenendo costante la ricerca del miglioramento continuo della qualità del "servizio sanitario pubblico";
- agire quale polo di promozione e divulgazione di conoscenze teoriche e pratiche nei confronti di tutti gli attori del S.S.N., a partire dalla ampia e diffusa valorizzazione delle risorse interne;
- contribuire alla crescita dell'informazione e della partecipazione dei cittadini alla gestione della propria salute;
- rimodulare le strategie e i modelli di erogazione della prestazioni sanitarie alla luce degli attuali risultati di rilevanza ed evidenza scientifica;
- sviluppare un modello di cura basato sul primato della persona e sulla continuità assistenziale.

L'Azienda, per orientare le proprie azioni, si configura come un'organizzazione che:

- implementa la qualità delle cure attraverso l'adozione di strumenti adeguati quali la medicina basata sull'evidenza, i percorsi clinici ed organizzativi, l'audit clinico e la gestione dei rischi;
- intende rafforzare il processo di aziendalizzazione;
- mira alla riconversione e alla riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- realizza le politiche per il personale basate sulla responsabilizzazione dei differenti livelli dirigenziali e dei quadri del comparto tramite l'utilizzo di sistemi premianti i quali, attraverso la

gratificazione di carattere non solo economico, possono incentivare il raggiungimento degli obiettivi da parte di strutture, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore.

Il progetto dell'Azienda Unità Sanitaria di Rieti trova una sua sintesi nella dichiarazione di Mission e nella Vision:

1 . La dichiarazione di Mission

Crediamo nella centralità della persona e per questo *promuoviamo* la cultura del rispetto e dell'ascolto e *investiamo* nella lettura, nella comprensione e nell'interpretazione dei suoi bisogni di salute; *forniamo* il nostro contributo alla creazione di condizioni di equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi; *facciamo leva* sulla componente etica del nostro agire quotidiano ispirato a principi di trasparenza, di visibilità dell'azione Aziendale e di gestione efficace ed efficiente delle risorse.

Ci impegniamo nella presa in carico dei nostri utenti progettando risposte che si avvalgono di tutto il sistema sanitario di offerta, con particolare riferimento a quanto presente sul nostro territorio.

Promuoviamo la costruzione di una rete di alleanze con gli attori sociali, pubblici e privati, perché dalle sinergie possano scaturire soluzioni adeguate alla complessità delle sfide.

Ricerchiamo l'integrazione socio-sanitaria attraverso processi di revisione organizzativa e funzionale della rete ospedaliera, del settore della prevenzione e dei servizi territoriali per dare risposte ai nostri residenti in una logica di continuità assistenziale e rispetto delle diversità;

Favoriamo:

- l'orientamento alla specializzazione come fattore indiscusso ed insostituibile di qualità dei servizi erogati;
- il miglioramento continuo che mira all'eccellenza dei percorsi clinici ed assistenziali anche attraverso la costruzione delle garanzie professionali, organizzative e di accessibilità che infondono affidabilità e senso di sicurezza;
- l'innovazione tecnologica e il progresso scientifico;
- Investiamo nello sviluppo, motivazione, valorizzazione dei dipendenti che dimostrano carattere, impegno, dedizione, spirito di squadra e senso di appartenenza, gratificandoli con crescita professionale e altri riconoscimenti basati su risultati e performance;

Puntiamo sulla "riconoscibilità" dei nostri orientamenti e risultati da parte di coloro che accedono alle nostre strutture così come da parte dei soggetti terzi.

2. La Vision

L'Azienda USL di Rieti vuole essere riconosciuta dai propri cittadini come un'Azienda che non abbandona mai nessuno al suo destino perché si impegna a creare valore attraverso i servizi che offre e una rete virtuosa di relazioni.

L'Azienda mira quindi ad operare attraverso un sistema aperto, attento e sensibile al cambiamento in atto nel contesto sociale economico ed epidemiologico che sottende la formazione della domanda di salute in generale. Tale cambiamento impone una rivisitazione critica degli attuali modelli culturali ed organizzativi, ed un impegno costante verso l'innovazione, nel rispetto dei seguenti principi:

- centralità del paziente;
- approccio professionale di tipo multidisciplinare;
- orientamento alla specializzazione nel quadro previsto dal PSR del Lazio;
- apertura alle collaborazioni ed alla ricerca con altre Istituzioni nel settore dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria
- trasparenza, quale garanzia della circolazione delle informazioni di tutti i processi sia clinico-assistenziali che organizzativo- gestionali
- equità di accesso alle prestazioni sanitarie
- sicurezza degli utenti e degli operatori

3. Le quattro prospettive di analisi strategica.

La nuova Mission aziendale è frutto di un processo di condivisione con il top management così come la sua declinazione in progettualità strategiche che ha preliminarmente comportato una approfondita analisi del contesto organizzativo interno e di quello ambientale di riferimento, locale e regionale.

Per la declinazione della Mission in progettualità strategiche, l'Azienda ha fatto ricorso ad una metodologia idonea non solo a comunicare all'interno e all'esterno la strategia aziendale, ma anche a formulare chiari ed efficaci obiettivi strategici.

Utilizzando l'approccio della Balanced Scorecard infatti, la nuova dichiarazione di Mission è stata declinata, ad un primo livello, attraverso 4 prospettive (legittimazione istituzionale, fiducia dell'utente, identità organizzativa, compatibilità economiche) che esprimono 4 ambiti di azione o meta-obiettivi (KPA = Key Performance Area) su cui intervenire con progetti di respiro strategico.

Ciascuna della 4 prospettive strategiche della BSC individua un set di performance attese, correlate ad un set di indicatori strategici.

1. La Legittimazione Istituzionale

La prima prospettiva esprime la capacità dell'organizzazione di cogliere gli stimoli all'innovazione prodotti dal/nel contesto di riferimento. Esprime inoltre la capacità di capitalizzare le conoscenze attraverso processi di apprendimento organizzativo.

Considerato che sul territorio della Azienda USL di Rieti mancano *competitor* privati diretti, si ritiene che gli stimoli provengano in misura principale dalle relazioni istituzionali. In particolare, il meta-obiettivo per questa prospettiva viene individuato nella capacità di proporsi come soggetto attivo nella gestione di tali relazioni in una logica di rete. In altri termini, l'Azienda vuole *recuperare un deficit* storico di legittimazione istituzionale, proponendosi, tra l'altro, come promotore di una rete locale di soggetti pubblici e privati.

2. La Fiducia dell'Utenza

La natura di azienda territoriale, con una popolazione molto anziana ed espressiva quindi di bisogni a prevalente contenuto assistenziale e multidisciplinare, la forte mobilità passiva, anche su funzioni presenti nelle strutture ospedaliere dell'azienda, le indicazioni degli stakeholder e la *vision* della Direzione Generale, hanno posto con forza la centralità di un recupero di immagine nel rapporto tra l'Azienda e la sua utenza.

In questa chiave, assume un significato strategico forte l'innesco di un processo virtuoso orientato alla fidelizzazione dell'utenza facendo leva su tutti i driver che alimentano il senso di fiducia verso i professionisti ma soprattutto verso le strutture di erogazione dell'azienda in quanto tali.

3. L'Identità organizzativa

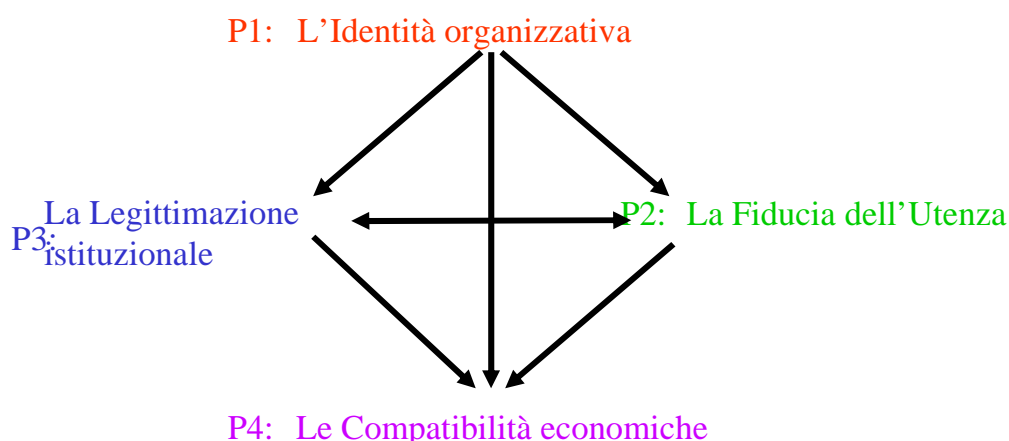
Le due precedenti prospettive ed i correlati meta-obiettivi strategici, richiedono azioni direttamente finalizzate a realizzare i risultati attesi. Ma richiedono anche azioni indirette sull'assetto organizzativo (struttura di base e meccanismi operativi) volte soprattutto a determinare un cambio radicale della cultura aziendale.

Si è ritenuto essenziale investire nell'Identità Organizzativa, per un superamento delle logiche autoreferenziali e di forme di gestione prevalentemente settoriali, al fine di sviluppare, nei comportamenti reali, senso di squadra e di appartenenza.

4. Le Compatibilità economiche

Le azioni correlate alle prospettive precedenti si riflettono in termini di conseguenze economiche.

Registrato un gap strutturale tra bisogni e risorse, c'è necessità di individuare anche leve economiche in grado di modificare la struttura economica dei costi.



Il “Rombo Strategico” evidenzia l’interdipendenza delle 4 prospettive in una logica di causa ed effetto concentrando, in una prima fase, nell’identità Organizzativa le energie progettuali aziendali.

4. Focus sull’”Identità Organizzativa” - Il nuovo Atto aziendale

Nell’ambito della suddetta prospettiva si concentrano le progettualità più significative che comportano cambiamenti sostanziali nell’organizzazione e nei comportamenti delle persone. Tra queste la più importante è senz’altro rappresentata dal nuovo Atto aziendale.

4.1 Modello e principi organizzativi

Il modello organizzativo dell’Azienda è basato sulle seguenti macro funzioni, articolate in coerenza con le specificità di Azienda Unità Sanitaria Locale:

- Funzioni di Governo dell’Azienda
- Funzioni di Produzione di servizi sanitari
- Funzioni Tecniche ed Amministrative di supporto
- Funzioni di Staff

Funzioni di Governo dell’Azienda

La Funzione di Governo è esercitata dalla Direzione Strategica Aziendale in conformità a quanto previsto dall’art. 6 dell’Atto aziendale pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio il 7 aprile 2008, s.o. n. 29, e rappresenta l’insieme delle attività dell’Azienda finalizzate alla pianificazione, alla programmazione e alla assunzione delle decisioni di alta amministrazione. Tale funzione, viene esercitata, in particolare, attraverso:

- la pianificazione strategica;
- l’assetto organizzativo;
- le politiche di investimento;
- le politiche di bilancio;
- le politiche del personale;
- la qualità;
- la comunicazione.

Funzioni di Produzione dei servizi sanitari

La Funzione di Produzione è esercitata dalla linea produttiva e rappresenta l’insieme di attività finalizzate all’erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (svolte nei diversi regimi consentiti, ivi incluse attività svolte in regime libero-professionale intramuraria). Le strutture di produzione operano con autonomia tecnico-professionale e con autonomia gestionale nei limiti fissati dalla Direzione Strategica. La governance sull’andamento complessivo della produzione costituisce, infatti, responsabilità della Direzione Strategica Aziendale, esercitata di norma, attraverso

affidamento di attribuzioni specifiche al Direttore Sanitario aziendale e alle altre articolazioni organizzative così come previste all'articolo 6 dell'Atto aziendale.

Funzioni Tecniche ed Amministrative di supporto

Le Funzioni Tecniche ed Amministrative, finalizzate a fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione e alle attività di produzione, rispondono alla logica del cliente interno e ricercano l'integrazione con tutte le altre funzioni, favorendone l'efficienza ed assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura amministrativa.

Funzioni di Staff

Le Funzioni di Staff di Direzione Strategica Aziendale assolvono ad una molteplicità di ruoli e attività eterogenee.

Per una migliore definizione degli ambiti di responsabilità organizzativa di ciascuno Staff, gli stessi sono stati logicamente raggruppati in tre categorie omogenee e precisamente:

- la tecnostruttura di governo e audit dei processi;
- la tecnostruttura sanitaria;
- gli Staff di servizio.

La tecnostruttura di governo e audit dei processi

Le Funzioni di Staff rientranti nella tecnostruttura di governo e audit dei processi sono deputate alla gestione dei principali meccanismi operativi aziendali. Sono quindi finalizzate a coadiuvare la Direzione Strategica Aziendale e tutte le strutture interne di produzione nell'esercizio delle loro attività e nel perseguimento degli obiettivi.

Esercitano la propria funzione in una logica di facilitatori dei processi decisionali, dei processi di integrazione e coordinamento, dei processi di allocazione delle risorse, di miglioramento e razionalizzazione delle attività.

Operano in stretta collaborazione con modalità di forte integrazione degli strumenti impiegati e degli obiettivi da realizzare; in particolare concorrono ad esercitare, nel loro insieme, la funzione di audit aziendale.

La tecnostruttura sanitaria

Le Funzioni di Staff rientranti nella tecnostruttura sanitaria supportano la Direzione Strategica Aziendale e le strutture sanitarie di produzione nella standardizzazione dei metodi di lavoro, in relazione a specifici processi tecnico-assistenziali e/o a specifiche professionalità.

A tal fine individuano i fabbisogni aziendali di sviluppo delle competenze e delle professionalità delle risorse umane impegnate nei processi oggetto di standardizzazione e al loro monitoraggio; provvedono alla loro razionale allocazione; definiscono piani e programmi di formazione ed aggiornamento.

Gli Staff di servizio

Gli Staff di servizio svolgono attività diretta di produzione e fornitura di taluni servizi accessori, che per loro natura si è ritenuto utile centralizzare.

Tipicamente, operano intrattenendo relazioni di consulenza nei confronti della Direzione Strategica Aziendale e di tutti gli organi di linea.

4.2 L'assetto organizzativo in generale

Le funzioni aziendali trovano la loro rappresentazione nell'assetto organizzativo.

L'assetto organizzativo aziendale è definito:

- dalla dimensione strutturale che individua e rappresenta i criteri di specializzazione e di divisione del lavoro, gli ambiti correlati di autonomia e responsabilità organizzativa, le relazioni gerarchiche e le altre relazioni organizzative tra ambiti diversi;
- dall'insieme dei meccanismi operativi, ossia dei sottosistemi (metodologie e strumenti) che svolgono un ruolo di attivatori e facilitatori del buon funzionamento della struttura organizzativa. Tra questi, una particolare attenzione è attribuita ai sottosistemi:
 - di pianificazione strategica;

- di programmazione, budgeting e controllo della gestione;
- di governo clinico;
- di audit;
- informativo;
- di gestione del personale;
- di valutazione e incentivazione;
- di formazione e sviluppo delle professionalità;
- di comunicazione interna ed esterna.

Principio cardine adottato nella progettazione dell'assetto organizzativo dell'Azienda è rappresentato dalla costante ricerca del miglior equilibrio sistemico possibile tra la dimensione strutturale rappresentata nell'organigramma aziendale e le caratteristiche dei meccanismi operativi che ne determinano il reale funzionamento.

Il modello generale di riferimento di struttura organizzativa

L'Azienda USL di Rieti, nel rispetto delle linee direttive introdotte dal D.Lgs 229/99, si dota di una struttura organizzativa basata sul principio della chiara ed univoca responsabilizzazione delle figure poste a capo di ogni specifico ambito organizzativo. Infatti, da un lato, per assicurare il governo complessivo, economico e clinico della Azienda, anche in relazione alla sua notevole estensione territoriale, con l'Atto aziendale vengono predisposte linee di comando molto nette e soprattutto finalizzate alla ricerca della massima economicità, qualità ed appropriatezza nell'impiego delle risorse strutturali, tecnologiche ed umane disponibili. Per soddisfare questa esigenza si privilegia la scelta di definire un'articolazione organizzativa di tipo "gestionale", graficamente rappresentata lungo la linea verticale.

Al contempo, sono sottolineate le esigenze di coordinamento trasversale tra i diversi ambiti gestionali, finalizzate a valorizzare le necessarie competenze professionali ispirate all'evidenza scientifica ed alla migliore pratica clinica, assistenziale e tecnica; questo tipo di coordinamento, come detto di tipo essenzialmente professionale, tra attività omogenee svolte anche a molti chilometri di distanza, è realizzato attraverso appositi "ambiti funzionali", che graficamente vengono raffigurati sulla dimensione orizzontale.

Nella Azienda USL di Rieti, quindi, l'articolazione delle strutture secondo un criterio gestionale rappresenta la soluzione assunta a cardine del modello aziendale, sia dell'area ospedaliera che di quella territoriale.

Conseguentemente, anche il distretto e il dipartimento assumono una connotazione di struttura eminentemente gestionale, garantendo, per effetto della contiguità degli spazi e/o della omogeneità delle tecnologie utilizzate e/o della omogeneità della funzione svolta nel generale assetto produttivo aziendale, opportune sinergie grazie all'utilizzo integrato e programmato delle risorse umane, strumentali e logistiche presenti nelle singole Unità Operative; tutto ciò all'insegna di una maggiore economicità nella gestione e del tendenziale miglioramento dei livelli di efficienza e di efficacia.

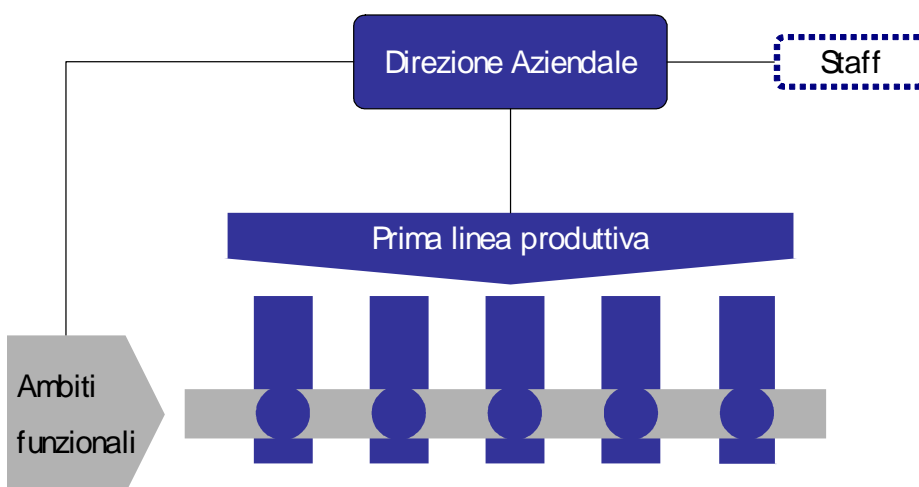


Figura 2 - Rappresentazione grafica del modello organizzativo assunto a riferimento

La presenza degli ambiti funzionali, con scopi di coordinamento tecnico e/o scientifico e di standardizzazione dei metodi di lavoro, configura una struttura organizzativa aziendale che pare corretto definire di tipo matriciale.

Più specificatamente, le Strutture Operative Aziendali sono:

- l'Ospedale
- il Dipartimento
- il Distretto

Le Strutture Operative sono aggregazioni organizzative che riuniscono più Unità Operative e che gestiscono, in funzione dei programmi aziendali e degli obiettivi assegnati, le attività sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione assicurando la massima efficacia ed efficienza nell'impiego degli spazi, delle risorse umane, tecniche ed economiche attribuite.

Le Strutture Operative Aziendali e, a cascata, le Unità Operative dotate di autonomia di gestione, sono di norma individuate come Centri di Negoziazione e, in tale veste, sono parte attiva del processo di programmazione budgetaria e di negoziazione con la direzione aziendale dell'insieme degli obiettivi da raggiungere e delle risorse ritenute adeguate per il loro perseguimento, in conformità a procedure e processi produttivi verificati attraverso il sistema di controllo di gestione e di audit. Per il processo di programmazione budgetaria si rinvia allo specifico Regolamento di budget.

Ogni Struttura si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione delle risorse correlate, ma anche per la presenza di uno e un solo responsabile.

4.3 I meccanismi operativi aziendali

I - L'attività di Pianificazione, Programmazione e Controllo

In ogni Azienda coesistono molteplici fabbisogni che sono il frutto di una gamma molto ampia e variegata di stimoli, sia interni che esterni, al cambiamento e al miglioramento e che sono da affrontare e risolvere attraverso l'attività decisionale.

Le possibili risposte dell'Azienda a tali esigenze di cambiamento e miglioramento sono riconducibili a diversi ambiti o livelli decisionali. In particolare, è utile distinguere:

- Il livello delle decisioni sulle politiche sanitarie e sulle scelte conseguenti di orientamento strategico,
- Il livello delle decisioni sulla gestione.

Le decisioni di tipo strategico determinano e/o modificano le potenzialità d'azione dell'organizzazione e sono orientate a definire quali settori o linee di attività sviluppare, come innovare i processi clinico-assistenziali e tecnico-amministrativi, quali investimenti in nuove tecnologie, professionalità e competenze privilegiare.

Le decisioni sulla gestione influenzano invece, in modo diretto ed immediato, la produzione e l'erogazione delle prestazioni e dei servizi, determinando il grado di efficienza e di efficacia dei risultati dell'attività aziendale.

Ogni livello decisionale si caratterizza per un diverso mix:

- di contenuti decisionali (ambiti organizzativi, processi, risultati e comportamenti su cui intervenire),
- di soggetti coinvolti nelle decisioni,
- di orizzonti temporali di riferimento (di breve, medio o lungo periodo),
- di fattori condizionanti le scelte (vincoli normativi all'azione, risorse quali-quantitative disponibili).

Richiede, pertanto, sistemi, metodi e strumenti specifici di supporto all'attività decisionale e al controllo degli effetti prodotti dalla stessa.

Conseguentemente, l'Azienda Unità Sanitaria di Rieti progetta e implementa molteplici strumenti e meccanismi operativi di pianificazione, programmazione, controllo, audit e governo clinico, tra loro coordinati e integrati, ma ciascuno specializzato nel soddisfare uno specifico fabbisogno organizzativo.

II - Il Sistema Aziendale di Governo Integrato

L'insieme coordinato di tutti i meccanismi e strumenti di pianificazione strategica, programmazione budgetaria, controllo della gestione, audit e governo clinico costituiscono il Sistema Aziendale di Governo Integrato (SAGI).

La peculiarità dei processi sanitari e tecnico-amministrativi richiede infatti:

- in un primo aspetto, la capacità di governare, stimolandoli e valorizzandoli, gli spazi di autonomia professionale che, ai vari livelli del sistema organizzativo, concorrono a fornire risposte specialistiche, tecnicamente adeguate, ai bisogni della popolazione di riferimento;
- in un secondo aspetto, la capacità di governare le relazioni funzionali tra i diversi ambiti di autonomia e responsabilità, favorendo il coordinamento e l'integrazione delle soluzioni, in una logica di gestione per processi e di miglioramento continuo dei risultati clinici, assistenziali e tecnico-amministrativi;
- infine, la capacità di guidare e governare il ri-orientamento strategico dei processi, in una logica di sviluppo organizzativo e di risposta agli stimoli al cambiamento prodotti dall'ambiente e dal contesto istituzionale di riferimento.

L'Azienda, pur riconoscendo l'importanza degli stimoli originati dal suo contesto istituzionale e dalla Regione Lazio in particolare, individua nel sistema di Audit Aziendale, in quanto facilitatore del processo di ricerca delle reali condizioni operative per l'implementazione efficace e tempestiva delle scelte e delle decisioni, il motore principale dell'innovazione, dello sviluppo e del cambiamento.

III - Il sistema di Audit Aziendale

Allo svolgimento delle attività di audit concorrono, ognuno per le rispettive competenze, gli Staff della Direzione Strategica.

Tuttavia, al fine di garantire l'unitarietà degli intenti e dei metodi nonché una visione d'insieme delle esigenze di miglioramento dei processi rispetto alle diverse prospettive di analisi e valutazione (strategica, economico-gestionale, clinica e tecnico-operativa) è attribuita alla UOC Sviluppo Strategico ed Organizzativo la funzione di coordinamento del sistema di Audit Aziendale. A tal fine, propone alla Direzione Strategica i miglioramenti da introdurre nel Sistema Aziendale di Governo Integrato.

IV - Gli strumenti a supporto delle decisioni strategiche

L'attività di pianificazione strategica dell'Azienda è realizzata dalla Direzione Strategica Aziendale in condivisione con il Collegio di Direzione, ed ha il fine di rendere possibile e facilitare la gestione del cambiamento.

Le linee di intervento strategico sono una diretta derivazione della Mission aziendale, nel rispetto degli indirizzi emanati dalla Regione contenuti nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale e dalle indicazioni della Conferenza dei Sindaci. Esse sono codificate nel presente documento e nel Piano Strategico Aziendale.

Tale Piano è di norma triennale ed è soggetto a revisione ogni qual volta ne ricorrano le esigenze in relazione ai mutamenti istituzionali, alle minacce e alle opportunità espresse dal contesto di riferimento.

Il Piano Strategico fornisce una rappresentazione, anche attraverso il ricorso a dati ed indicatori, delle dinamiche ambientali e dei punti di forza e debolezza dell'Azienda rispetto a tali dinamiche. Individua, inoltre, i progetti di riorientamento strategico per il periodo di riferimento e le relative condizioni di fattibilità in termini di risorse e soluzioni organizzative.

Costituiscono parte integrante del Piano strategico:

- il Piano degli investimenti;
- il Piano delle assunzioni;
- il Piano della formazione;
- il Piano delle compatibilità economiche.

Il processo di analisi, formulazione e controllo delle strategie si avvale di un'opportuna struttura di Staff di Direzione Strategica Aziendale e prevede il coinvolgimento del Nucleo di Valutazione Aziendale.

V - Gli strumenti a supporto della gestione

La programmazione annuale si sviluppa sulla base delle linee di indirizzo (Invito al Budget) elaborate dalla Direzione Strategica. Il rispetto di tali linee garantisce la coerenza e l'integrazione tra pianificazione strategica e budget.

Il budget è un importante strumento per la responsabilizzazione dell'organizzazione rispetto all'effettiva attuazione degli obiettivi definiti in sede di programmazione. Infatti, attraverso l'articolazione in programmi, obiettivi e parametri quantitativi secondo la struttura delle responsabilità, il budget consente di motivare - anche mediante un'adeguata integrazione con il sistema premiante - l'organizzazione ed i suoi componenti verso comportamenti coerenti alla realizzazione delle strategie e degli obiettivi definiti.

Il budget ricopre anche il fondamentale ruolo di allocare e distribuire i fattori produttivi secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa e dei risultati che si intende raggiungere.

L'assegnazione di budget specifici ai centri di negoziazione, annualmente individuati sulla base della struttura delle responsabilità aziendali, costituisce lo strumento indispensabile sul quale basare il successivo controllo della gestione. Gli obiettivi assegnati devono essere misurabili (indicatori quantitativi) e devono avere in larga parte natura gestionale.

Strumenti fondamentali a supporto del controllo di gestione, oltre al budget, sono:

- il sistema delle rilevazioni a supporto della funzione programmazione e controllo (contabilità analitica per centri di costo) che può essere definito come il complesso delle rilevazioni contabili ed extra contabili volte alla produzione di informazioni economiche e non economiche rispetto a specifici oggetti individuati nell'ambito delle differenti aree gestionali dell'Azienda. Il sistema delle rilevazioni è inteso quale strumento a supporto anche del processo decisionale a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria, da quello operativo a quello strategico;
- il sistema di reporting che può essere definito come l'insieme dei documenti con i quali l'Azienda rappresenta e diffonde le informazioni prodotte dal sistema di rilevazioni, con l'obiettivo di garantirne la fruibilità, la semplicità interpretativa e l'effettiva utilizzabilità da parte dei destinatari per l'analisi degli andamenti della gestione, per la valutazione della performance conseguita, per l'individuazione delle aree problematiche e per l'eventuale apporto di interventi correttivi.

VI - Il Governo Clinico e il Risk Management

Richiamato uno dei principi fondanti del S.S.N. secondo cui "sono esclusi dai livelli assistenziali erogati dal S.S.N. i servizi e le 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 soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse";

si evidenzia come tale principio presupponga l'adozione di strategie finalizzate non solo all'efficiente utilizzo delle risorse disponibili, ma anche e soprattutto alla responsabilizzazione dei professionisti e in generale di tutti gli operatori della sanità su un impiego appropriato ed efficace delle risorse stesse.

L'Azienda adotta strategie finalizzate ad integrare le metodologie e gli strumenti del Governo Clinico all'interno degli altri sistemi operativi (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 ed il perseguimento dell'efficacia degli interventi unitamente al miglioramento dell'efficienza ed al contenimento dei costi.

Il processo di integrazione sopra descritto richiede, da una parte, il recepimento delle esigenze di miglioramento di tutte le strutture operative sanitarie (Distretti, Dipartimenti e Strutture Complesse) e, dall'altra, il coordinamento dei meccanismi operativi gestiti attraverso gli Staff, con lo scopo di costruire un ambiente direzionale integrato su tutte le prospettive di governo dell'Azienda.

Sulla base di queste premesse, l'Azienda si dota di strumenti di Governo Clinico, finalizzati ad orientare i comportamenti professionali ai reali bisogni dell'utenza.

L'obiettivo è quello di creare una convergenza tra i bisogni di salute, i servizi disponibili e il coordinamento delle prestazioni fornite all'utente. Il risultato atteso è il miglioramento complessivo degli esiti delle cure erogate e un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

L'attività di Governo Clinico nell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Rieti si realizza attraverso le seguenti fasi e/o strumenti:

- Lo Standard di Servizio
- I Percorsi Clinici ed organizzativi
- La Scheda di Addestramento
- L'Audit Clinico
- Risk Management

Lo Standard di Servizio

Lo Standard di Servizio è il documento attraverso il quale le strutture sanitarie e di supporto dell' Azienda concordano e dichiarano l'insieme delle linee di attività e, tra queste, quelle che caratterizzano la struttura stessa in quanto "qualificanti" e di rilevanza strategica.

Sono definite attività qualificanti (di una data Unità Operativa) quelle linee di attività, focalizzazioni o altre aggregazioni (di attività) che rendono riconoscibile (internamente ed esternamente), apprezzata e competitiva l'Unità Operativa presa a riferimento. Su tali attività convergono quindi le attenzioni principali (e gli interessi), gestionali/organizzativi/professionali, sia dell'UO che dell'Azienda.

Le attività qualificanti devono sempre essere finalizzate ad un risultato "produttivo" utile (clinico, assistenziale, diagnostico, economico, ecc.) in quanto forniscono una risposta positiva ad un bisogno/domanda di uno specifico interlocutore terzo, che può essere sia esterno (utenti, Regione, ecc.) che interno (altre UO, altri specialisti/professionisti): devono pertanto prevedere la possibilità di essere descritte/misurate attraverso uno o più indicatori di processo e/o risultato e/o esito. Ancora, devono essere espressione di una vocazione condivisa (nell'U.O. e/o nell'Azienda), che stimoli al miglioramento continuo del livello qualitativo dei risultati attraverso azioni di miglioramento su professionalità (conoscenze e competenze), tecnologie, organizzazione e comunicazione.

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. Per essere definita qualificante, l'attività (o la linea di attività) deve:

- essere svolta in volumi significativi (in proporzione ai volumi complessivi di attività dell'U.O.), con un'attenzione organizzativa e professionale particolare e con risultati più che soddisfacenti;
- presentare un carattere di continuità ed elevata frequenza (fatti salvi i fattori di naturale stagionalità e discontinuità correlati alla caratteristica di ogni specifica patologia/bisogno/domanda);
- essere caratterizzata da una forte tensione allo sviluppo futuro e/o al miglioramento continuo della qualità;
- avere un riscontro positivo da parte degli interlocutori esterni (indice di attrazione, forte riconoscimento sul territorio, ecc.);

In altri termini, si tratta di qualcosa di "prezioso", da curare con particolari attenzioni. A renderlo tale possono essere una o più delle variabili (driver) che concorrono alla qualità del risultato (competenze cliniche/tecniche/Giuridico-amministrativo-contabili, modelli assistenziali, formule organizzative a forte integrazione, multidisciplinarietà, ecc.).

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

Lo standard di servizio per ciascuna attività qualificante individua gli indicatori di monitoraggio e le garanzie cliniche, organizzative, tecnologiche, di accessibilità, essenziali per consentire elevati livelli qualitativi e di efficienza.

Può prevedere l'elaborazione di specifici percorsi clinici e/o organizzativi.

I Percorsi Clinici e Organizzativi

La definizione di Percorsi Clinici mira alla rappresentazione e al coordinamento delle varie responsabilità operanti all'interno dell'Azienda, nell'ottica di una comunicazione efficace e continua e nel rispetto di standard di sicurezza che garantiscano un buon esito delle cure. Tali strumenti di governo consentono, inoltre, di misurare l'appropriatezza ed i risultati dell'attività clinica anche attraverso la definizione di specifici indicatori clinici ed organizzativi.

Per ciò che concerne l'assistenza ospedaliera, la definizione della miglior pratica clinica da offrire ai pazienti ricoverati nelle Unità Operative dei Presidi di Rieti, Amatrice e Magliano Sabina si attua mediante individuazione, da parte dei responsabili di struttura, di Percorsi Clinici nelle patologie rientranti tra le attività qualificanti la U.O., come codificate nello Standard di Servizio.

I Percorsi Clinici consentono la:

- revisione dei processi decisionali di diagnosi e cura (del ragionamento clinico) nell'ottica della Medicina Basata sulle Evidenze;
- riprogettazione dei macro-episodi organizzativi di ricovero (in ogni regime) e revisione dell'erogazione delle cure in regime ambulatoriale in ragione della sostenibilità da parte dei Presidi coinvolti;
- razionalizzazione delle risorse aziendali (in particolare diagnostica e trattamenti);
- mappatura del Rischio Clinico aziendale con metodologie proattive;
- individuazione per ciascun percorso dei criteri utilizzabili per la costruzione di indicatori di processo e di esito confrontabili a livello nazionale e internazionale.

Il Governo Clinico, attuabile anche a livello di assistenza territoriale, prevede la definizione di Percorsi clinico-organizzativi che configurino una reale presa in carico dell'utente.

Sul territorio maggior enfasi è attribuita alla riprogettazione dei Percorsi organizzativo-assistenziali. Vedremo nelle pagine del P.A.T. i percorsi già individuati, soprattutto in tema di integrazione socio-sanitaria.

La Scheda di Addestramento

E' lo strumento che consente ad un responsabile di U.O. di definire gli obiettivi di crescita delle competenze tecniche e professionali dei suoi collaboratori attraverso un percorso di addestramento e di monitoraggio dell'attuazione.

L'Audit Clinico

L'obiettivo di miglioramento continuo insito nell'attività di Governo Clinico, presuppone un intenso e strutturato processo di Audit Clinico.

Nell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Rieti l'Audit Clinico si configura come attività di supporto alle UU.OO. ed è finalizzato a stimolare l'analisi e la valutazione degli scostamenti tra gli standard di riferimento e le performance cliniche rilevate attraverso l'esame delle cartelle cliniche e di ogni altra fonte informativa aziendale utile allo scopo.

L'attività di audit è finalizzata altresì a individuare gli spazi di miglioramento e alla loro formalizzazione in specifici progetti.

Si avvale di un'opportuna struttura di Staff di Direzione Strategica Aziendale.

Il Risk Management

La gestione del Rischio Clinico, inteso come un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, riveste un ruolo decisivo, nell'ambito del Governo Clinico, e di particolare significato, sia per la sicurezza dei cittadini, sia per la corretta erogazione di servizi sanitari di qualità, ma anche per il delicato equilibrio tra strutture sanitarie (che si trovano a pagare premi assicurativi sempre più elevati) ed enti assicurativi che stanno ponendo sempre maggiori vincoli per l'attivazione delle procedure di risarcimento.

L'Azienda adotta un approccio organico di azione teso a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro permanente coordinato dal Risk Manager.

La funzione di coordinamento della gestione del rischio trova la sua naturale collocazione tra gli Staff di Direzione Strategica Aziendale.

VII - Il Sistema Informativo aziendale

L'intensa e complessa attività di guida dell'Azienda dovendosi basare su analisi, decisioni, valutazioni e controlli, presuppone un articolato sistema informativo, inteso come l'insieme delle regole e degli strumenti attraverso cui dati di vario genere e natura sono raccolti, organizzati ed elaborati sistematicamente a favore di un'ampia gamma di utilizzatori.

L'Azienda è consapevole dell'interdipendenza esistente tra cambiamento organizzativo e I.C.T., Information Communication Technology ; pertanto il sistema informativo dell'ASL di Rieti si pone come:

- strumento di supporto alle decisioni,
- fonte di trasparenza amministrativa,
- condizione per una maggiore apertura dell'Azienda verso il proprio contesto territoriale
- interfaccia nella relazione con l'utenza.

Per questi motivi, l'Azienda intende implementare un sistema informativo integrato che non sostituisca necessariamente le procedure sviluppatesi nel tempo e costitutesi con modalità diverse e con numerosi partner tecnologici, ma, più realisticamente, le integri in una suite di applicazioni attraverso strumenti middleware che favoriscano l'integrazione e l'interfaccia tra sistemi eterogenei e diffondano, all'interno dell'organizzazione, una visione "integrata" dei processi aziendali. Obiettivo è il superamento dell'approccio "funzionale" ad oggi prevalente per permettere un'adeguata comprensione delle logiche operative e costruire un sistema unitario di lettura dell'Azienda, economico e sanitario insieme.

A tale sistema informativo accedono, quindi, tutte le funzioni aziendali per l'acquisizione delle informazioni utili allo svolgimento delle proprie funzioni secondo prerogative opportunamente organizzate dalla UOC "Sistema Informativo".

Per ciò che riguarda i servizi al cittadino, l'Azienda vuole ricercare nelle ICT innanzitutto maggiori opportunità per il miglioramento delle capacità diagnostiche e terapeutiche in ragione di una maggior disponibilità e reperibilità di informazioni (Telemedicina, Tecnologie digitali, ecc.) ma soprattutto le condizioni tecniche ed operative per facilitare l'accesso dell'utenza alle proprie informazioni sanitarie con possibilità di costituirsi un proprio database clinico, consultabile via internet (Electronic Health Record).

VIII - Il sistema di valutazione del personale

Il sistema di valutazione del personale rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda promuove il senso di appartenenza di ogni persona in coerenza con il ruolo e gli obiettivi assegnati.

Il sistema di valutazione del personale è di fatto il terminale di altri meccanismi operativi, quali ad esempio, il Processo di budget, il Governo Clinico e l'Audit Clinico. È indispensabile, pertanto, una costante manutenzione dei meccanismi a monte del processo di valutazione affinché il sistema di valutazione possa svolgere la funzione di orientamento e motivazione delle risorse umane nonché la funzione di stimolo al miglioramento continuo. La valutazione, infatti, deve poggiare su informazioni quanto più possibile oggettive e messe a disposizione dalla tecnostruttura di governo e audit dei processi allo scopo di:

- creare consapevolezza;
- coinvolgere i professionisti;
- affidare a ciascun un ruolo preciso;
- definire un piano di miglioramento continuo.

La valutazione dei risultati gestionali conseguiti è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri. La valutazione dei risultati di gestione è anche utilizzata allo scopo di supportare il sistema premiante aziendale nelle modalità e sulla base dei principi generali e i criteri definiti dalla normativa vigente, dai CCNL e dagli accordi aziendali, oltre a contribuire alla valutazione più complessiva legata all'incarico dirigenziale.

Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto si basa su un modello definito e formalizzato con specifico Regolamento, a seguito di accordo con le rappresentanze dei lavoratori, e in modo coerente con quanto definito dai Contratti Collettivi Nazionali.

IX - Lo sviluppo delle competenze e la formazione

Strettamente collegata al sistema di valutazione aziendale, la formazione del personale è finalizzata a promuovere la valorizzazione, 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, va vista come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa. In tale ambito particolare rilevanza riveste l'attività sistematica di audit sui processi produttivi.

La crescita del sistema di sviluppo continuo delle professionalità è la coerente realizzazione aziendale del principio che vede nel patrimonio professionale e nella sua continua valorizzazione il fattore chiave per il perseguimento della missione e degli obiettivi che da essa derivano. Sul piano realizzativo, peraltro, l'attuazione dell'insieme degli strumenti che contribuiscono allo sviluppo continuo delle professionalità comporta uno sforzo, da parte dell'Azienda, non sostenibile nel breve periodo. Per tal motivo, l'attuazione del sistema descritto è oggetto di specifica pianificazione aziendale. A tal fine l'Azienda si dota di uno specifico Piano Formativo Aziendale.

La funzione formativa deve essere, altresì, promossa, come previsto dalla Regione Lazio per l'attuazione della legge 251/2000, nell'area delle professioni infermieristiche e delle altre professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione

.

5 - Altre progettualità a sostegno dell' "Identità Organizzativa"

L'Atto, così come concepito, favorisce la realizzazione della nuova strategia, creando i presupposti necessari all'implementazione delle ulteriori seguenti progettualità:

A - PRESIDIO OSPEDALIERO RIETI

Istituzione del Dipartimento Oncologico: comprende le seguenti unità operative complesse: Chirurgia generale oncologica, Oncologia medica, Radioterapia, Anatomia Patologica e Malattie Infettive.

Le afferenze funzionali al Dipartimento Oncologico sono rappresentate dalle funzioni della Gastroenterologia, Radiologia, Laboratorio Analisi e delle chirurgie specialistiche (Ginecologia, ORL, Urologia).

Nell'ambito del Dipartimento è stato attivato l' Ambulatorio Oncologico Integrato con la figura del Case Manager Infermieristico che ha il compito di realizzare la presa in carico del paziente oncologico organizzandone gli accessi in ospedale ed raccordandosi con i distretti e i MMG, con la collaborazione del Servizio Sociale della Direzione Medica Ospedaliera.

Nell'ambito del Dipartimento Oncologico sono previsti ed in parte già attivati, Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC) che realizzano la presa in carico multidisciplinare del paziente oncologico.

I GIC rappresentano un nuovo modello di lavoro che vede gli operatori sanitari coinvolti (Radiologi, Anatomo-patologi, Oncologi, Chirurghi, Radioterapisti, Fisiatri e Psicologi) cooperare in maniera coordinata e condivisa.

I Gruppi Interdisciplinari si riuniscono periodicamente per discutere collegialmente i casi clinici e programmare il trattamento integrato più appropriato che viene comunicato al medico di famiglia.

I Gruppi Interdisciplinari di Cura mirano ad accrescere la compliance del paziente ritenendone fondamentale il coinvolgimento nel processo di cura.

I pazienti oncologici trattati nell'anno 2007 sono circa mille come riportato nella tabella sottostante che indica anche i pazienti oncologici in mobilità presso altre strutture regionali e presso strutture di altre regioni:

**PRESIDIO
OSPEDALIERO
RIETI - AMATRICE**

**STRUTTURE SANITARIE
REGIONE LAZIO**

**STRUTTURE
SANITARIE
EXTRAREGIONE LAZIO**

N. CASI

ONCOLOGIA MEDICA	626	318	220
-----------------------------	------------	------------	------------

In particolare l'attivazione del GIC del carcinoma mammario ha consentito il raggiungimento dell'obiettivo strategico di riduzione del ricorso a strutture extra-aziendali da parte delle pazienti colpite dalla patologia, che avveniva, in buona parte, nella fase immediatamente successiva alla formulazione della diagnosi. Nel periodo ottobre 2007-giugno 2008 sono stati diagnosticati 58 casi di tumore mammario ed il 95% delle pazienti ha aderito al percorso di cura proposto.

Collegato al Dipartimento l'Hospice, struttura intermedia, la cui trattazione è esposta alla fine del III Capitolo.

Sperimentazione della Medicina Multidisciplinare: l'obiettivo strategico che si intende realizzare è quello di creare un'arena organizzativa multidisciplinare funzionale al trattamento delle multipatologie correlate principalmente all'invecchiamento della popolazione. Questa soluzione organizzativa ha anche lo scopo di agire sul sistema prodotto (**prospettiva della Fiducia dell'utenza**) e quindi favorire un recupero di immagine attraverso la ricerca di formule gestionali più efficienti volte a realizzare sinergie ed economie di scala.

Faranno parte dell'Area Multidisciplinare in via sperimentale le UU.OO.CC di Medicina 2, Neurologia, Pneumologia e Medicina Fisica e Riabilitativa allo scopo di gestire in modo pluridisciplinare la cronicità.

Nuovo blocco operatorio:

I benefici attesi dall'apertura del blocco operatorio sono volti ad ottenere maggiore efficienza con l'utilizzo centralizzato di risorse, ma anche, nel tempo, tesi ad un recupero della mobilità passiva in alcune specialistiche attraverso l'aumento delle sedute operatorie.

Dipartimento Chirurgico:

Introduzione del modello organizzativo del week hospital contemplato dal Piano di Rientro per le discipline di ORL, Oftalmologia ed, eventualmente, Urologia;

Attivazione di un'unità operativa semplice dipartimentale di chirurgia vascolare allo scopo di incrementare il volume di attività e di rispondere "in loco" alle patologie vascolari in continuo aumento nella popolazione.

Centralizzazione dell'attività di Day Surgery, dal maggio '08, al fine di una razionalizzazione e miglioramento dell'efficienza della c.d. chirurgia leggera. Tale strategia consente un migliore orientamento dell'offerta, sollecitata sempre più da domanda elettiva, verso una appropriatezza clinica dei sistemi di protezione delle degenze ordinarie.

Pronto Soccorso: attivazione di 12 posti letto di osservazione breve. La strategia aziendale è quella di puntare sull'Osservazione Breve in quanto dalla sua attivazione deriveranno benefici per le UU.OO. di degenza in termini di riduzione del fenomeno dei ricoveri impropri.

B . STABILIMENTI OSPEDALIERI DI AMATRICE E MAGLIANO

Con Decreto del Presidente della Regione Lazio, in qualità di Commissario ad acta, 11 settembre 2008 n. 25 sul riassetto della rete ospedaliera regionale e riequilibrio dell'offerta a favore delle strutture territoriali, è prevista la riconversione dei presidi ospedalieri laziali rispondenti ai seguenti criteri congiuntamente considerati:

- numero di posti letto inferiore od uguale a 90,
- tasso di occupazione inferiore od uguale all'85% risultante dai dati di attività 2007,
- tasso di occupazione maggiore dell'85%, in presenza di una degenza media superiore al valore medio regionale (7,3) maggiorato del 25% (9,1) risultante dai dati di attività 2007,

- numero di prestazioni di pronto soccorso/anno effettuate inferiori alle 20.000, valutate come media degli anni 2006 e 2007 (per i presidi forniti di pronto soccorso).

Tale provvedimento ha investito i presidi ospedalieri di Amatrice e Magliano.

La Direzione generale ha formalizzato un documento alla Regione Lazio che sintetizza gli interventi strategici progettati dall'Azienda fino ad oggi, sui cui contenuti si dà di seguito breve cenno: Con una popolazione provinciale di circa 155 mila abitanti, emerge un valore dell'indice relativo al numero di posti letto per acuti per abitante di poco inferiore al valore teorico, mentre l'indice per post acuti è largamente inferiore.

	parametri nazionali	situazione attuale	proiezione dopo Decreto n. 25
P.L. ACUTI	540	502	458
P.L. RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	154	0	150
INDICE ACUTI	3,5	3,2	2,97
INDICE RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	1,00	0,00	0,97

Sulla base dei numeri sopra indicati e di una presentazione delle caratteristiche geo-morfologiche del territorio provinciale nonché demografiche della popolazione, è stato prospettato il seguente disegno:

1. - AMATRICE:

Con il nuovo Atto aziendale è stato previsto un unico presidio ospedaliero di Rieti- Amatrice con un'unica direzione medica ed una afferenza della *UOC di medicina interna e lungodegenza post-acuzie* di Amatrice al Dipartimento di Medicina dell'ospedale di Rieti. I servizi diagnostici di Radiologia e di Laboratorio Analisi sono stati ricondotti nell'ambito delle responsabilità gestionali del Dipartimento di Scienze Diagnostiche dell'ospedale di Rieti.

Pertanto l'Azienda ha già provveduto, attraverso l'Atto aziendale, ad una riconfigurazione dello stabilimento di Amatrice esaltandone la vocazione di struttura a bassa intensità assistenziale pur rappresentando una garanzia di assistenza sanitaria locale per i residenti, stanti le caratteristiche geo-morfologiche del territorio (viabilità precaria, con strade di montagna sempre innevate nel periodo invernale. 70 frazioni circa e distanza da Rieti di 65 km con un tempo di percorrenza variabile dai 60' in stagione favorevole ai 90' con tempo avverso).

L'Azienda, con precedente proposta presentata pro Piano di Rientro, aveva ottenuto il riconoscimento di 30 P.L. di lungodegenza post-acuzie per rispondere alle esigenze di una popolazione geograficamente periferizzata e disagiata da un punto di vista socio-economico. L'attività di lungodegenza prevede comunque dei costi di struttura e n. 10 posti letto per acuti di medicina interna, in quanto linea di attività all'interno della UOC di lungodegenza, non influiscono, evidentemente, sulla struttura dei costi fissi.

La gestione dei n. 10 posti letto per acuti sarebbe comunque supportata dal Dipartimento di Medicina dell'Ospedale di Rieti- Amatrice cui la UOC di *Medicina interna e Riabilitazione post acuzie* di Amatrice, si ribadisce, afferisce. A tal fine il documento programmatico prevede il potenziamento dell'attività ambulatoriale mediante accessi degli specialisti dell'ospedale di Rieti, orientato alle specialistiche affini alle linee di attività dello stabilimento garantendo altresì una corretta gestione di APA e PAC.

È in corso di valutazione, previa verifiche logistico- assistenziali, anche la possibilità di attivare un **Presidio Territoriale di Prossimità (PTP)** di 4 posti letto, gestito dai MMG con il supporto infermieristico e coordinato dalla direzione medica del presidio. con la possibilità di accertamenti diagnostici garantiti dai servizi presenti nello stabilimento (Radiologia e Laboratorio Analisi).

MAGLIANO SABINA:

in questo caso è stato rammentato alla Regione Lazio che sono in corso interventi di ristrutturazione relativi alla prima e seconda fase dell'art. 20 legge 67/88 dei quali si prevede il completamento entro il 2009 e che il valore economico degli interventi suddetti, compresa l'acquisizione di apparecchiature elettromedicali, è di circa 3.000.000,00 euro.

L'intervento proposto in seconda fase consiste in rifacimento dell'ingresso dell'ospedale, un nuovo laboratorio analisi (in accordo con la ridefinizione della rete provinciale delle attività di laboratorio, secondo gli atti di programmazione regionale già adottati), una ristrutturazione del servizio di radiologia, una ristrutturazione delle degenze al primo e secondo piano per l'adeguamento ai requisiti minimi

autorizzativi, climatizzazione dell'intera struttura, adeguamento ai requisiti degli impianti elettrici ed antincendio. L'intervento proposto nella prima fase comporta la realizzazione della **nuova piastra operatoria con tre sale** di cui due destinate ad attività di elezione ed una per l'emergenza, intervento che si concluderà entro dicembre 2008. Nella piastra operatoria è prevista una "recovery room" per sub intensiva di due posti letto per monitoraggio post chirurgico. Il disegno prevede che le attività chirurgiche svolte presso le sale operatorie del presidio di Magliano saranno ottimizzate (in un sistema aziendale che si ispira al modello hub & spoke) grazie alla gestione della logistica integrata con quella del P.O. di Rieti (es.: assistenza tecnica, fornitura di presidi medico-chirurgici, lavanderia, smaltimento rifiuti, ecc.)

Il complesso degli interventi tecnici descritti (unitamente alla carenza di quattro figure di responsabilità apicali, tra cui Medicina e Chirurgia, che si è protratta per alcuni anni per le note restrizioni in materia di assunzioni) hanno comportato inevitabilmente una riduzione della produttività dell'ospedale, che ha avuto un riflesso sugli indicatori tradizionali di lettura della quantità e della qualità dell'attività svolta.

Ma le progettualità in essere, peraltro più volte oggetto di confronto a livello regionale, hanno ad oggetto la riqualificazione dell'offerta attraverso le seguenti azioni:

- Rilancio delle attività a seguito della nomina di quattro direttori di UOC e precisamente Chirurgia Generale, Medicina Interna, Laboratorio Analisi, Radiologia, (per anni i posti di responsabile della medicina e della chirurgia sono rimasti vacanti con inevitabile perdita di attrattività), del completamento dei lavori della nuova piastra operatoria entro il 2008 e della conclusione dei lavori di tipo alberghiero entro il 2009;
- Attivazione di 12 posti letto di Riabilitazione ad alta intensità assistenziale;
- Supporto da parte della UOC di Medicina Interna dell'ospedale di Magliano per garantire la qualità dell'assistenza della struttura medesima alla struttura riabilitativa di 60 P.L. (ex art. 26) di Poggio Mirteto, già prevista dal Piano di Rientro;
- Adozione di formule organizzative alternative quali il week- hospital per l'area chirurgica e la gestione dei posti letto in ottica multidisciplinare per favorire la saturazione della capacità produttiva;
- Potenziamento dell'attività ambulatoriale e di Day Hospital/Day Surgery prevedendo sinergie con gli specialisti dell'ospedale di Rieti- Amatrice per arricchire l'offerta e attrarre utenza assicurando altresì una corretta gestione di APA e PAC.;
- Rimodulazione delle attività ospedaliere attraverso la revisione dei percorsi di cura e la elaborazione ed implementazione di percorsi clinici ed organizzativi.

Le diverse azioni previste per il rilancio dell'ospedale di Magliano Sabina vanno tutte nella direzione di un recupero della mobilità passiva extra-regionale che, per la particolare situazione geografica della provincia, a confine con Umbria, Abruzzo e Marche, è particolarmente gravosa.

In particolare, la previsione di un Presidio Territoriale di Prossimità (PTP) presso l'ospedale, ma con accesso separato, gestito dai MMG con il supporto infermieristico e coordinato dalla direzione medica del presidio. con la possibilità di accertamenti diagnostici garantiti dai servizi presenti nello stabilimento (Radiologia e Laboratorio Analisi), tende a favorire il recupero e la fidelizzazione dell'utenza.

L'Azienda a tutt'oggi è in attesa di conoscere le ulteriori determinazioni della Regione Lazio al riguardo, che probabilmente saranno formalizzate entro la fine del mese di ottobre 2008.

C. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Si ritiene indispensabile puntare sulla introduzione, nell'organico del DSM, del profilo di tecnico della riabilitazione psichiatrica al fine di consentire un miglioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria al paziente psichiatrico, così come previsto dalla DGR Lazio 424/06. Tale operatore sanitario è previsto che lavori all'interno di un'équipe multidisciplinare al fine di svolgere interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disagio psicosociale e disabilità psichica. Inoltre il Dipartimento, che ha già un'organizzazione assistenziale centrata sul territorio, garantisce l'apertura del servizio sulle 24 ore attraverso la rotazione di tutti i medici del Dipartimento su ospedale e territorio consentendo così la razionalizzazione delle risorse e la condivisione dei casi clinici. La presenza bilanciata di tutte le figure professionali nei turni antimeridiani e pomeridiani del Centro Salute Mentale CSM di Rieti completa l'obiettivo di offrire una risposta non limitata agli orari di ufficio, ma rispondente alle reali esigenze dell'utenza.

D. IL POTENZIAMENTO DEL DISTRETTO:

Le progettualità sono più ampiamente descritte nel prosieguo del presente documento alla luce dei dettami della DGR Lazio n. 433/07, nel capitolo del Piano Territoriale, PAT, e nei singoli Piani Distrettuali, i cinque PAD, dove trovare tutte le informazioni soprattutto nel campo dell'integrazione sociosanitaria e continuità assistenziale. Qui se ne fornisce solo un brevissimo cenno.

- **Area prevenzione fragilità:** nell'Atto aziendale è prevista l'attivazione di un Dipartimento funzionale dal nome "Dipartimento Programma Promozione salute donna, età evolutiva e fragilità". Questo Dipartimento elabora programmi a favore delle fasce più deboli: dai bambini alla donna in gravidanza, alla coppia con problemi di disagio, all'adolescente, all'adulto fragile (Handicap, alcolismo, dipendenze in genere): i programmi potranno coinvolgere anche le UU.OO.CC. ospedaliere (visite, screening, monitoraggi, follow-up, ecc.) e saranno trasversali per tutto il territorio provinciale
- **Area Materno - Infantile:** nell'anno 2009 è prevista la rimodulazione dell'offerta globale dell'area, individuata per la rilevanza dell'attività quale Struttura Complessa nell'ambito del distretto n. 1, collegata funzionalmente ai programmi del dipartimento suddetto:
 1. **Rinnovo strutturale:** beneficiando del finanziamento regionale, volto a coprire l'80% delle spese sostenute dalla ASL, di cui alla determinazione dirigenziale n° D2279 del 3.07.08, l'Area verrà trasferita al primo piano dello stabile sede del distretto in Viale Matteucci. La nuova localizzazione permetterà spazi più adeguati all'accoglienza, alle attività e all'offerta soprattutto consultoriale.
 2. **potenziamento dell'attività consultoriale:** è in corso stesura una progettualità aziendale tesa all'ottenimento di un finanziamento regionale per il miglioramento della qualità dei servizi dei consultori familiari relativamente all'acquisto di attrezzature non sanitarie, di arredi, del completamento della informatizzazione ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n° 596 del 5.08.08.
 3. **innovazioni sperimentali:** sempre orientati all'ottenimento di finanziamento regione di cui alla deliberazione citata, la ASL presenta progetti per interventi sperimentali innovativi orientati alla riqualificazione della rete consultoriale provinciale, ridisegnando strategie di intervento sul territorio anche per raggiungere l'utenza più problematica.
Riportiamo di seguito i progetti più significativi:
TUTELA DELLA GRAVIDANZA E NEONATO A RISCHIO SOCIALE, trattato diffusamente nell'allegato n° 3
PREVENZIONE DEL DISAGIO ADOLESCENZIALE, con estensione dell'attività dell'offerta nei territori più carenti come distretto n° 4 e n° 5, tramite l'acquisizione a progetto di personale esterno
ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA NEO- MAMMA, per una compliance migliore del rapporto famiglia - neonato al fine di evitare comportamenti a rischio e di suggerire stili di vita appropriati

Obiettivo altrettanto rilevante è il mantenimento di progettualità già in essere, pur nel contenimento delle risorse dettato dal piano di rientro, quali:

SCREENING DELLE NEOPLASIE FEMMINILI
CALL CENTER PER LE ADOZIONI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI.

- **Area delle dipendenze e patologie d'abuso:** la strategia aziendale triennale, per l'insieme delle patologie legate all'abuso di sostanze drogastiche ed alcolismo, ritiene come prioritario il completamento e/o l'insediamento nei distretti periferici di una équipe dedicata: 1 medico, 1 psicologo, 1 assistente sociale, 1 infermiere.
La necessità di risorse umane aggiuntive è quindi indispensabile per rimodulare seriamente l'offerta attualmente molto inadeguata rispetto ad una domanda sempre più crescente, soprattutto nei territori più caratterizzati da dispersione abitativa, isolamenti residenziali o da contesti sociali particolari.
La ASL reitererà attenzione al problema a livello regionale per l'ottenimento di deroghe e finanziamenti aggiuntivi.

In un piano isorisorse, invece, nel prossimo biennio , per adesione alle richieste del programma formulato nel Piano di Zona dei distretti, sarà garantita dovunque un'equipe minimale per incontri programmati per gruppi target di popolazione selezionati dagli EE.LL e loro servizi sociali, per un max. di 10 accessi, ad impronta informativo-preventiva.

Tramite finanziamenti regionali di derivazione Fondo Nazionale Lotta alla Droga, avranno continuità due attività ormai storiche del settore:

CENTRO DIURNO IL CASALE, per gli aspetti semiresidenziali e riabilitativi sia per la tossicodipendenza che per l'alcolismo

OFFERTA ALCOLOGICA: in raccordo con la recente pregressa azione del progetto Alcol. help on line, conclusosi nel 2008, provvederemo alla Istituzione di un Centro di Consulenza Alcolisti in tutti i distretti a partire dal mese di maggio 2009, con frequenza settimanale o quindicinale, in raccordo con il direttore del distretto.

Il Centro alcolologico avrà come target di azione soprattutto la popolazione giovanile e le loro famiglie ed attuerà una metodologia incentrata sulla analisi dei bisogni, sulla rilevazione delle risorse territoriali pubbliche e private, promovendo formazione e lavoro in rete.

Nella consapevolezza e condivisione delle strategie adottate dall'azienda,finalizzate ad integrare le metodologie e gli strumenti del Governo Clinico all'interno dei sistemi operativi,l'Area delle Dipendenze, nell'ottica di una comunicazione efficace e continua e nel rispetto di standard di sicurezza che garantiscano un buon esito delle cure, ha elaborato un PERCORSO CLINICO - ORGANIZZATIVO del Ser.T - ALCOLISMO , che viene illustrato nell'ALLEGATO N. 6 al PAL.

- **Le reti di integrazione ospedale-territorio e C.A.**

La costruzione di reti locali è necessaria per la presa in carico di pazienti prevalentemente anziani affetti da patologie cardio-cerebro-vascolari, pneumologiche e dell'apparato osteo-articolare.

Le tabelle sottostanti contengono i dati relativi all'anno 2007 per l'attività in regime di ricovero ordinario svolta nei presidi ospedalieri aziendali ed in mobilità intra ed extra regionale per gli MDC (categoria diagnostica maggiore) relativi alle patologie suindicate:

La tabella n. 1 prende in esame la totalità della popolazione interessata nel corso dell'anno 2007

	n. pazienti anno 2007 RO Rieti	n. pazienti anno 2007 RO mobilità intra	n. pazienti anno 2007 RO mobilità extra	Totale
MDC 5 CARDIO CIRCOLATORIO	3397	865	930	5192
MDC 4 APPARATO RESPIRATORIO	1453	265	313	2031
MDC 8 APPARATO OSTEO ARTICOLARE	1290	711	931	2932
MDC 1 CEREBRO- VASCOLARE	1336	408	400	2144

la tabella n. 2 fornisce il dettaglio per la popolazione ultra-sessantacinquenne.

Pazienti età > 64aa.	n. pazienti anno 2007 RO Rieti	n. pazienti anno 2007 RO mobilità intra	n. pazienti anno 2007 RO mobilità extra	Totale
MDC 5 CARDIO CIRCOLATORIO	2510	539	615	3664
MDC 4 APPARATO RESPIRATORIO	1027	144	193	1364
MDC 8 APPARATO OSTEO ARTICOLARE	646	243	381	1270
MDC 1 CEREBRO- VASCOLARE	992	222	217	1431

È di tutta evidenza l'elevata incidenza delle patologie prese in considerazione sulla popolazione ultra-sessantacinquenne, che rende necessaria la realizzazione di formule organizzative di integrazione ospedale-territorio.

La rete presuppone l'individuazione e formazione di case manager infermieristici cui affidare la presa in carico del paziente con chiare responsabilità clinico-organizzative del Distretto, degli specialisti ospedalieri e dei medici di medicina generale, quali attori chiave (nodi della rete) indispensabili per il buon funzionamento della rete stessa.

In tale maniera sarà attuata la Continuità Assistenziale soprattutto per quelle patologie oggetto di dimissione protette, come esplicitato lungamente nell'apposito capitolo del PAT

La prevalenza e l'incidenza delle principali patologie sono state oggetto dai uno **STUDIO EPIDEMIOLOGICO** della UOC Statistica Sanitaria e Determinanti della Salute redatto nel 2007, che viene proposto nell' **ALLEGATO N. 1** del presente lavoro. Detto studio analizza in particolare:

- LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI
- LE MALATTIE CEREBROVASCOLARI
- LA MALATTIA TUMORALE
- L'IPERTENSIONE ARTERIOSA
- IL DIABETE MELLITO
- LE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- **L'integrazione socio-sanitaria:** le direttive regionali al riguardo sono molto ben dettagliate e consentiranno di addivenire rapidamente alla elaborazione dei Piani Attuativi Territoriali (PAT) per ogni Distretto.

Tra le progettualità condivise con i Piani di Zona, le priorità riguardano:

- ✓ Creazione del PUA (punto unico di accesso)
- ✓ Valutazione multidimensionale
- ✓ Continuità assistenziale per singole progettualità, da realizzare anche attraverso le reti di cui sopra, quale reale motore della presa in carico e del potenziamento della presenza dell'Azienda sul territorio.

Per ognuno dei tre elementi cardine è stato elaborato il percorsi organizzativo, che sarà illustrato nella presentazione dei rispettivi capitoli, nella trattazione della Pianificazione Territoriale.

- **Il Comitato di coordinamento delle attività distrettuali** che, oltre a riunire i 5 direttori di Distretto al fine di stabilire una politica unitaria di offerta delle prestazioni sanitarie sul territorio, prevede la sua integrazione con il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, il Direttore del Dipartimento Programma Salute Donna, Età Evolutiva e Fragilità, nonché il Coordinatore socio-sanitario aziendale per tutti i casi in cui sia necessario adottare un approccio unitario, di integrazione e coordinamento di attività, a vantaggio dell'utenza.

- **Il coordinamento delle attività sociali di Distretto**, avviene tramite la figura del Coordinatore sociosanitario di distretto che si rapporta per tale funzione al direttore di Distretto ed è componente dell'Ufficio di coordinamento di distretto sanitario.

Tale incarico, di norma affidato ad un assistente sociale, è l'interfaccia privilegiato nei rapporti tra i distretti ed i comuni, nel confronto con l'Ufficio di Piano e con il sociale istituzionale locale.

- **Il coordinamento socio sanitario aziendale** è affidato ad uno dei coordinatori socio sanitari di Distretto; è nominato dal Direttore Generale in base ad una valutazione comparata dei curricula e partecipa alle attività del Comitato di Coordinamento delle attività distrettuali nelle materie di competenza.

Si interfaccia con il Dipartimento "Programmi Promozione Salute Donna, Età Evolutiva e Fragilità" per l'elaborazione, a livello distrettuale, dei programmi progettati dal Dipartimento stesso.

6. La progettualità a sostegno della "Fiducia dell'utenza"

A corollario della prospettiva "Identità Organizzativa", le progettualità qui descritte hanno lo scopo di fidelizzare l'utente e costruire un'immagine dell'Azienda rispondente alle esigenze della popolazione.

Ridefinizione dell'offerta ospedaliera nel settore riabilitativo.

Nel territorio provinciale sono assenti strutture di degenza riabilitativa, sia pubblica che privata, sia a bassa che a media ed alta intensità assistenziale.

Il Piano di Rientro della Regione Lazio ha ipotizzato per la nostra ASL l'attivazione di 150 posti letto di riabilitazione per esigenze di riequilibrio territoriale.

I 150 posti letto sono così suddivisi:

- 30 P.L. di lungodegenza post acuzie riabilitativa presso lo stabilimento di Amatrice
- 12 P.L. di riabilitazione post-acuzie ad alta intensità assistenziale (cod. 56) presso lo stabilimento di Magliano Sabina
- 60 P.L. di riabilitazione residenziale ex art. 26 presso la struttura aziendale di Poggio Mirteto
- 48 P.L. di riabilitazione ad alta intensità assistenziale nelle prossimità dell'ospedale di Rieti, previa variazione di destinazione d'uso ancora in corso dello stabile inizialmente dedicato inizialmente alla realizzazione di una RSA.

La presente progettualità ha lo scopo di ampliare la gamma dei servizi sanitari aziendali e contemporaneamente di decongestionare l'ospedale di Rieti, agevolare i residenti offrendo servizi in ambito provinciale e diminuire la mobilità passiva intra ed extra regionale molto pesante nel settore della riabilitazione.

La Customer Satisfaction

L'azienda ritiene indispensabile procedere all'**Introduzione sistematica di strumenti di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza** per rispondere al meglio alle sue aspettative di salute. Già utilizzati in 4 reparti pilota, sono senz'altro da prevedere ed implementare anche in altre unità operative aziendali, dal nuovo DEA ai Distretti fino al domicilio del paziente (ADI).

Riportiamo nell'ALLEGATO n. 7, quale testimonianza del lavoro intrapreso, l'OPUSCOLO INFORMATIVO per l'utenza, adottato dal Dipartimento Chirurgico Aziendale, con relativo QUESTIONARIO per l'accoglienza.

Una C.S. sistematica offre all'Azienda l'opportunità di sviluppare forme assistenziali sempre più mirate al soddisfacimento delle aspettative dell'utenza. Il nuovo Atto aziendale, con la previsione della U.O.C. "Comunicazione e Marketing", testimonia la volontà di presidiare il suddetto ambito di intervento.

7 - La progettualità a sostegno della "Legittimazione Istituzionale"

Le iniziative che alimenteranno le progettualità aziendali nel prossimo triennio focalizzate nella presente prospettiva, avranno la finalità di costruire una riconoscibilità ed apprezzamento dei risultati e degli orientamenti dell'Azienda da parte di utenti e Stakeholder.

Le performance attese in questo caso riguardano la costruzione di una "Reputazione", la capacità di *orientare i comportamenti reali degli operatori e di sviluppare "senso di appartenenza"*.

Gli ambiti di intervento e di sviluppo in tal senso sono rappresentati da:

Audit civico

House Organ aziendale

Forum intranet per dipendenti

Conferenze dei servizi

Standard di servizio

Potenziamento dell'Ufficio Stampa aziendale

Cap. III - Il Piano Attuativo territoriale - PAT per l'Integrazione Sociosanitaria

La volontà della Regione Lazio di coinvolgere sia le A.S.L. che gli EE.LL. in un percorso condiviso in tema di Integrazione Sociosanitaria ha esitato in due deliberazioni della Giunta degli assessori pressoché contemporanee:

- la n. 433 del 19.06.2007
- la n. 601 del 31.07.2007

le cui finalità convergono verso la redazione di Piani di programmazione locale, di respiro triennale, con priorità, sia per la sanità che per il sociale, di implementare tre percorsi:

- Attivazione del **Punto Unico di Accesso** integrato in ciascun distretto sociosanitario.
- Adozione di strumenti di **Valutazione Multidimensionale** standardizzati
- Sviluppo della **Continuità Assistenziale**, quale percorso integrato tra la rete dei servizi ospedalieri e la rete dei servizi sociosanitari territoriali.

definendo nello stesso momento come elemento cardine e preliminare alla realizzazione dei tre percorsi la formalizzazione del **Budget unico per le attività sociosanitarie** a livello distrettuale, a copertura dell'insieme dei costi sostenuti, indipendentemente dal soggetto che effettivamente eroga la prestazione.

Verso tale obiettivo, rivoluzionario nella storia dell'integrazione nella nostra regione e sempre più attuale allo stesso tempo, la regione ha precisato con quali risorse le due istituzioni devono concorrere:

- ASL: Risorse professionali, strutturali e tecnologiche in parte rese disponibili dalla manovra di razionalizzazione prevista dal piano di rientro
- EE.LL.: Specifiche risorse economiche quali quelle provenienti dal fondo per la non autosufficienza e dal fondo sociale.

Lo stesso Decreto del Presidente della Regione, in qualità di Commissario ad acta, del 5.09.08, n. 18 nella "Approvazione della Programmazione per l'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio e delle Linee guida per la stesura del P.A.L. triennale 2008-2010", stabilisce le **Fonti di Finanziamento per il 2008** per avviare il budget unico per l'integrazione.

Destina all'uso risorse aggiuntive sia per le ASL che per gli EE.LL., per colmare il 52,4% del totale delle risorse necessarie, stimate per l'Assistenza territoriale domiciliare ed interventi a domicilio per tutta la Regione, di € 51.812.881,056, di cui € 8.394.171,09 ex fondo per la non autosufficienza per gli EE.LL.

A tutela che il finanziamento aggiuntivo sia destinato unicamente alla integrazione delle attività, detta opportune Indicazioni operative, richiamando l'allegato tecnico alla 433/07 ed individua le seguenti priorità: **PUA - VDM - CA + sviluppo attuali sistemi informativi**.

Sempre allo stesso scopo precisa che "...i Piani di Zona, a scadenza 15.10.08, reperiranno ...le indicazioni contenute nel PALe finalizzeranno le risorse necessarie per la copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria".

Tale disposto, con destinazione vincolata di fondi, rende più facile il lavoro di programmazione e di implementazione dei tre percorsi: è un'occasione in cui l'impegno economico non può essere un limite alla fattività, costituendo un'eventuale mancata acquisizione di risorse da parte delle due istituzioni locali un'inosservanza regionale ai decreti del Presidente stesso.

In effetti, a chi storicamente studia i motivi che hanno reso da sempre difficoltosa l'integrazione tra il sociale ed il sanitario, appare veramente meritorio il comportamento della Giunta Regionale, che, prima in Italia per le realtà distrettuali non già sociosanitarie, ha tracciato una strada maestra per i cittadini dei nostri territori.

Si è iniziato un nuovo cammino nel rispetto della normativa di riferimento della Integrazione, che fondamentalmente è data da:

- D.lgs. 502/92 (modifiche ed integrazioni successive)
- L. 328/2000 : Legge Quadro del Sociale
- D.P.C.M. 14.02.01: Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie
- D.P.C.M. 29.11.2001: Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza

È nel D.Lgs 502/92 art. 3 septies, rivisitato il 17.10.2000 che vengono precisate le Prestazioni socio-sanitarie: “ tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azione di protezione sociale

- 1- Prestazioni Sanitarie a rilevanza sociale
- 2- Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
- 3- Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria”

La legge quadro del sociale introduce per la prima volta il di Piano di Zona quale “ strumento locale per favorire il riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali ” precisando che “...i comuni associati, negli ambiti territoriali..(distretti), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le ASL, provvedono a definire il Piano di Zona..”

Si parla per la prima volta, in analogia ai LEA sanitari, del livello essenziale delle prestazioni sociali rogabili sottoforma di beni e servizi, LIVEAS.

Il DPCM 14.02.01 è la pietra miliare del processo dell'integrazione, fornendo gli elementi base:

- 1 - definizione dei criteri di inclusione delle attività nelle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale o nelle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
- 2 - criteri di finanziamento delle due tipologie
- 3 - definizione delle prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria
- 4 - criteri per la definizione dei livelli uniformi di assistenza integrata

Precisando tra l'altro che nella **programmazione sanitaria distrettuale**, da elaborare nel PAT o PAD, bisogna includere la pianificazione relativa alle prestazioni sociosanitarie

Il DPCM 29.11.2001 definisce i L.E.A. e dedica un apposito capitolo per i LEA riferiti alla Integrazione Socio Sanitaria, suddivisi in 4 Macrolivelli:

- Assistenza Territoriale
- Assistenza Semiresidenziale
- Assistenza residenziale
- Assistenza Penitenziaria

Si rende allora necessario, per fare un salto di qualità nel sociosanitario, elaborare ed attuare un PAL, o meglio un PAT ed i suoi PAD, secondo la normativa esistente ed esauriente, ma soprattutto assecondando le indicazioni operative e le linee guida regionali.

Infatti soprattutto nella nostra provincia i cambiamenti demografici suindicati, in uno a quelli sociali e culturali degli ultimi decenni, hanno causato un aumento dei bisogni delle fasce più deboli della popolazione e la natura di questi bisogni è sistematicamente composita, richiedendo prestazioni di natura sanitaria e socio-assistenziale.

Per assicurare alle persone delle aree a rischio del materno-infantile, degli anziani, dei disabili, dei malati mentali, dei tossicodipendenti, dei malati terminali, dei malati HIV le prestazioni adeguate, è fondamentale ed indispensabile la collaborazione tra i servizi e l'integrazione dei livelli organizzativi e gestionali delle istituzioni coinvolte.

Finalmente con il decreto e le delibere richiamate vengono chiariti:

- Obiettivi precisi: PUA, VDMI, CA e lo sviluppo dei sistemi informativi
- La divisione dei compiti tra ASL ed EL
- La divisione delle spese, in termini di risorse umane e di servizi.

Spetta quindi alla ASL con i Piani Attuativi Distrettuali sancire il cronoprogramma per gli obiettivi indicati, verificando e comunque migliorando gli elementi cardine dell'integrazione verso lo scopo.

ELEMENTI CARDINE DELL'INTEGRAZIONE

1. Il distretto socio sanitario

Il distretto sociosanitario svolge il ruolo di integrazione tra i servizi che erogano prestazioni sanitarie e fra questi e i servizi socio-assistenziali, offrendo una risposta coordinata e continuativa ai bisogni di salute della popolazione. E' luogo sia di produzione diretta di servizi che di committenza; gode di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, come sancito dal D.lgs. 229/1999.

La formula del "distretto forte" voluta dall'Atto Aziendale va verso questa direzione

Il Distretto costituisce la sede naturale dell'incontro fra domanda e offerta, luogo delle funzioni di governo a livello locale che si esprime attraverso committenza e valutazione; è strumento di coordinamento tra tutti i sistemi di offerta nonché strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie.

la Direzione Generale ha inteso attribuire un notevole peso e forza alla dimensione territoriale dell'assistenza sanitaria, muovendo passi importanti verso un auspicato riequilibrio tra ospedale e territorio.

A - ASPETTI DIREZIONALI E DI PROGRAMMAZIONE

si delineano di seguito i punti più salienti tratti dall'Atto Aziendale:

Il Distretto Sanitario è dotato di autonomia economica e gestionale; è parte attiva del processo di budget e trova opportune rappresentazioni nel sistema amministrativo contabile dell'Azienda.

Svolge azioni di promozione di stili di vita sani tra la popolazione, per il cui sviluppo deve adottare i metodi della programmazione, della ricerca e del **coinvolgimento della comunità**.

Il Distretto è chiamato a concorrere alla riduzione delle disuguaglianze di salute, monitorando i fattori di rischio e migliorando l'accessibilità e l'accreditamento dei propri servizi; è committente delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresa la tutela della salute psicologica della persona.

Scelta strategica della ASL è di attribuire al distretto il ruolo unico di interlocutore degli Enti locali, unica struttura di riferimento per la cittadinanza per quanto attiene il proprio territorio e sviluppa maggiore autonomia e responsabilizzazione nel fornire una risposta integrata ai bisogni dei propri cittadini.

Nell'assetto organizzativo del distretto le attività di produzione sono ricomprese nel **Nucleo Operativo di Distretto**, che si configura come UOC nei Distretti Montepiano Reatino, Mirtense, Salario e come UOS nei restanti Distretti.

Laddove non esistano UOC per specifica linea produttiva, il NOD è responsabile della gestione e del funzionamento di tutti i servizi presenti sul territorio nonché dell'applicazione dei percorsi clinico organizzativi, linee guida, protocolli e procedure elaborati dai Coordinamenti Tecnico-Scientifici ed approvati dal Comitato di Coordinamento per le Attività Distrettuali.

In tema di integrazione sociosanitaria, il NOD altresì è responsabile della attuazione dei Programmi strutturati dal "**Dipartimento Programmi Salute Donna, Età Evolutiva e Fragilità**", relativi soprattutto:

- alla salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute dell'infanzia-adolescenza e della donna, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta, quella di educazione e di prevenzione in età evolutiva, i consultori familiari, anche per una procreazione responsabile promuovendo attività di informazione sulla pratica contraccettiva nei confronti delle donne che richiedono l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) con particolare riferimento alle categorie più deboli (minori, migranti, extracomunitarie, rifugiate); in tale contesto trova sostanziale superamento l'attività tradizionalmente intesa di medicina scolastica che non ha più caratteristiche di appropriatezza, se considerata come attività ambulatoriale nei plessi scolastici, e recupera la sua moderna funzione se intesa quale approccio preventivo o di presa in carico per fasce di età
- tutela della disabilità dell'adulto

- tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale. In tale ambito viene assicurata una presa in carico globale integrata, attraverso equipe multidisciplinari, del soggetto in età evolutiva in situazione di handicap e di disagio e della sua famiglia e viene, altresì, assicurata l'integrazione con i servizi sociali, educativi e scolastici, il raccordo con l'autorità giudiziaria, nonché, il coordinamento con i Centri di Riabilitazione
- cure primarie, che garantiscono l'assistenza primaria e innanzitutto la **continuità assistenziale** attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, a domicilio e in ambulatorio tra i Medici di Medicina generale, i servizi di guardia medica notturna e festiva al fine di assicurare all'utenza reale copertura medica sulle 24 ore
- cure intermedie: tramite il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e con il supporto degli infermieri di Distretto per l'attivazione dei progetti regionali quali la "Casa della Salute" e il "Presidio Territoriale di Prossimità"
- medicina specialistica territoriale ed in particolare attività di cardiologia, diabetologia, pneumologia, ed oncologia, per la presa in carico del paziente cronico, sia in regime ambulatoriale che domiciliare, consentendo anche la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi per l'ospedalizzazione domiciliare. A tal fine i Nuclei Operativi Distrettuali operano in stretto rapporto con i medici di base e gli ospedali insistenti sul territorio aziendale. Tutti gli attori chiamati a concorrere all'**organizzazione complessiva dell'offerta distrettuale**, in coerenza con gli obiettivi di educazione, prevenzione, deospedalizzazione, contrasto all'istituzionalizzazione e ricerca dell'appropriatezza
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto ivi compresa l'assistenza protesica che attraverso equipe multidisciplinari garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari
- **assistenza domiciliare integrata** indirizzata a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza che, per i casi più gravi, dopo una valutazione multidimensionale, può prevedere l'accesso in strutture di tipo residenziale: RSA, lungodegenza, hospice e come previsto dalla normativa vigente in fase di attuazione anche per i Centri diurni e le case di riposo, in integrazione con i servizi sociali dei Comuni
- tossicodipendenze, alcolismo ed abusi di ogni genere
- medicina legale e certificativa, oltre l'attività necroscopica demandata dalla Direzione Sanitaria Aziendale a tale settore
- assistenza farmaceutica
- popolazione immigrata. A tal proposito in ogni distretto dal 2007 opera un Ambulatorio STP - ENI, per Stranieri Temporaneamente Presenti extraeuropei e Europei non in regola con le norme relative al permesso di soggiorno ed assicurazione malattia.

Circa i compiti e le funzioni dell'Ufficio di **Coordinamento distrettuale** si rimanda a quanto già descritto nella sezione strategica e al seguente punto (5) degli aspetti gestionali.

A completamento del quadro relativo agli aspetti direzionali e di programmazione si rinvia la trattazione ai singoli PAD, dove saranno esaminati i criteri della mappatura dei bisogni complessi e la loro valutazione tramite strumenti informatici a disposizione dell'**équipe Integrata Multidimensionale** oltre a quanto verrà esposto nei percorsi assistenziali già elaborati dalla ASL.

Parimenti saranno i PAD ad illustrare l'**organizzazione territoriale dell'offerta**, sempre in raccordo con la Direzione strategica aziendale, che svolgerà tale azione per l'intero ambito provinciale, definendo, su parametri regionali e nel rispetto dei L.E.A., volumi e qualità di prestazioni ed attività dei soggetti erogatori interni ed esterni all'azienda.

La condivisione della **programmazione sociosanitaria integrata** con gli EE.LL. scaturisce direttamente dalla approvazione del PAL e PAD da parte delle Istituzioni previste: per altro pluriennale la compartecipazione dei direttori di distretto alla programmazione dei Piani di Zona, per i settori di interesse.

B - ASPETTI GESTIONALI

A livello distrettuale le attività preminenti riguardano:

1. La Commissione Distrettuale per l'appropriatezza

quale strumento per il governo clinico, istituita presso il distretto sanitario allo scopo di una analisi della appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, come individuata dai contratti collettivi e dagli accordi regionali dei Medici di Medicina generale e dei Pediatri di Libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali.

L'attività di controllo e di implementazione dell'appropriatezza prescrittiva sul consumo dei farmaci ha ricevuto un impulso decisivo con la costituzione delle 5 Commissioni Distrettuali per l'Appropriatezza Prescrittiva tramite la delibera del Direttore Generale DG 993 del 10/2006.

Parallelamente è stato costituito un Gruppo di Lavoro Aziendale Per l' Appropriatezza Prescrittiva, con l'obiettivo di raccogliere le criticità emerse nel corso delle commissioni distrettuali e condividerle con i medici ospedalieri le cui prescrizioni ricadono sul territorio; altro compito del Gruppo di Lavoro è promuovere la stesura di linee guida aziendali (LG) elaborate in collaborazione con MMG e specialisti, e condivise con gli stessi, con l'obiettivo di ridurre la variabilità prescrittiva ottimizzandone la qualità. L'elaborazione delle LG ha anche lo scopo di fornire uno strumento di verifica della qualità prescrittiva alle Commissioni Distrettuali.

I controlli sui MMG e PLS è effettuata attraverso la selezione dei prescrittori che si scostano dalla media aziendale della spesa farmaceutica; il mezzo con cui è possibile l'estrazione sono le banche dati Cosisan (ufficiale della Regione Lazio) e Polares (in uso alla ASL di Rieti); quest'ultimo, attraverso opportuni indicatori, permette il confronto tra i diversi prescrittori indipendentemente dal numero e dalla fascia di età di assistibili a loro carico. Ove si delineassero possibili criticità prescrittive, i medici sono invitati a fornire gli opportuni chiarimenti in seno alla Commissione Distrettuale di appartenenza.

Grazie alla collaborazione dei medici operanti sul territorio e degli specialisti ospedalieri i risultati sono stati assai incoraggianti.

Le tabelle che seguono illustrano i valori registrati sulla spesa e sul consumo lordo dei farmaci (lordo SSN) tra il 2006 ed il 2008. Il periodo di riferimento sono i primi 9 mesi dei tre anni in analisi ed i dati sono quelli dichiarati dalle farmacie.

Tabella 1

D	Lordo 2006	SSN	Lordo 2007	SSN	Lordo 2008	SSN	Differenza % 2007-2006	Differenza % 2008-2007
1	€ 16.819.898		€ 14.842.305		€ 14.793.896		-11,76%	-0,33%
2	€ 7.504.691		€ 6.008.359		€ 6.076.334		-19,94%	1,13%
3	€ 5.720.809		€ 4.822.274		€ 4.772.482		-15,71%	-1,03%
4	€ 2.602.853		€ 2.137.247		€ 2.086.703		-17,89%	-2,36%
5	€ 3.002.571		€ 2.570.299		€ 2.567.425		-14,40%	-0,11%
Tot	€ 35.650.822		€ 30.380.484		€ 30.296.840		-14,78%	-0,28%

La tabella 1 fornisce i dati del valore lordo SSN. Si può notare un forte decremento tra il 2006 e il 2007; tra il 2007 ed il 2008 la tendenza si mantiene, seppure in maniera molto meno evidente.

Tabella 2

D	Ricette SSN 2006	Ricette SSN 2007	Ricette SSN 2008	Differenza % 2007-2006	Differenza % 2008-2007
1	575.125	614.108	651.880	6,78%	6,15%
2	248.301	256.040	272.682	3,12%	6,50%
3	204.616	214.535	226.810	4,85%	5,72%
4	89.833	91.755	96.894	2,14%	5,60%
5	98.981	103.483	109.410	4,55%	5,73%
Tot	1.216.856	1.279.921	1.357.676	5,18%	6,07%

Il contenimento della spesa è avvenuto pur in presenza di un costante aumento delle ricettazioni tra i tre anni (tabella 2); tuttavia è possibile osservare che il costo medio di una ricetta è andato diminuendo costantemente, a conferma di una scelta di farmaci a costo più basso a parità di efficacia (tabella 3).

Tabella 3

D	Costo medio per ricetta SSN 2006	Costo medio per ricetta SSN 2007	Costo medio per ricetta SSN 2008	Differenza % 2007-2006	Differenza % 2008-2007
1	€ 29,25	€ 24,17	€ 22,69	-17,37%	-6,12%
2	€ 30,22	€ 23,47	€ 22,28	-22,34%	-5,07%
3	€ 27,96	€ 22,48	€ 21,04	-19,60%	-6,41%
4	€ 28,97	€ 23,29	€ 21,54	-19,61%	-7,51%
5	€ 30,33	€ 24,84	€ 23,47	-18,10%	-5,52%
Tot	€ 29,30	€ 23,74	€ 22,32	-18,98%	-5,98%

Il DD2 presenta una piccola inversione di tendenza tra il 2007 ed il 2008, ma bisogna considerare che tra il 2006 ed il 2007 rappresenta la parte di territorio con la più ampia riduzione percentuale.

In relazione al contenimento della spesa farmaceutica ed alla politica del farmaco, il Decreto n° 4 del 2.09.08 e n° 11 del 3.09.08 del Commissario ad acta regionale ha disposto l'incremento della distribuzione diretta da parte delle ASL dei farmaci inseriti nel PHT, Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale Ospedale - territorio, già oggetto di un accordo del 2006 stipulato tra Regione Lazio, Federfarma, le farmacie comunali e Farmacap. Il decreto 11 prevede la formazione di un apposito tavolo negoziale a tale scopo.

2. Il Budget di Distretto

Inteso come strumento per la definizione dei livelli di consumo correlati a obiettivi di salute ed appropriatezza delle prestazioni.

Si sta completando il monitoraggio e l'analisi dell'andamento del budget, avendo già iniziato ad agire sul cambiamento del clima culturale ed organizzativo. Anche in tema di sistemi informativi adatti allo scopo si sta potenziando la capacità di analisi e di valutazione.

Ovviamente molto ha fatto l'Assessorato regionale definendo il finanziamento per l'attuazione dell'integrazione, come riferito all'inizio del presente capitolo.

3. Accordi Aziendali per la Medicina Convenzionata

La ASL ha adottato sistematicamente lo strumento del Comitato Aziendale per i MMG e CAA ed il Comitato per i PLS, secondo quanto previsto dai CCN ed Accordi regionali .

Il comitato aziendale per la medicina convenzionata ha licenziato una Commissione di Studio per gli accordi decentrati, composta da 3 MMG e 3 dipendenti aziendali, per prendere in esame gli aspetti più peculiari demandati dall'ACN.

4. Coordinamento delle Attività Sociali

La figura del Coordinatore Sociale di Distretto ,prevista dalla nuova organizzazione aziendale, ed ancor più il Coordinatore sociale aziendale avranno precipuamente il compito di programmare nel settore di competenza delle linee guida per l'omogeneità nel territorio.

Altro aspetto positivo è un raccordo uniforme con le istituzioni locali di interfaccia per la pianificazione della Integrazione socio-sanitaria.

5. Sistemi Informativi Integrati

Il rapporto di collaborazione con gli staff Controllo di Gestione, Audit clinico e Sistemi Informativi Sanitari e Risk Manager sia in tema di reportistica che di condivisione degli indicatori di processo, di risultato e di esito per il raggiungimento degli obiettivi di budget, ha promosso uno studio di fattività inteso alla implementazione di sistemi informativi integrati sociosanitari, che vedremo attuarsi nella realizzazione dei PUA distrettuali come meglio indicato nei cronoprogrammi esplicitati nei singoli PAD.

6 . Incentivi

la partecipazione ai Comitati Aziendale per la medicina convenzionata assicura da sempre una contrattazione decentrata, prevista dagli accordi regionali, in tema di **incentivi del personale distrettuale** di categoria, non disgiunti dagli obiettivi di integrazione tra tutti gli operatori territoriali.

C - ASPETTI ORGANIZZATIVO - FUNZIONALI

In ultimo , facilitati dall' assetto organizzativo descritto, i distretti hanno già percorso tratti importanti per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al PAT dalla delibera 433/07:

1. Punto Unico di Accesso

È prevista una progressiva istituzione del PUA, caratterizzato dalla presenza dell'unità di pre-valutazione integrata e dall'unità di valutazione con funzioni di progettazione condivisa.

Tale argomento verrà trattato diffusamente in seguito , in questo stesso capitolo ed avrà esaustiva esplicitazione in ognuno dei PAD

2 . Strumento VAOR – RUG

L' uso di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e semplificati anche per il PUA, ma soprattutto per la VDMI distrettuale, sarà obbligatorio dall'anno 2009. Tutto l'argomento verrà trattato nel paragrafo dedicato a tale tema, successivamente nell'ambito di questo stesso capitolo.

3 Piano di Assistenza Individualizzato

Tutto lo studio a carico della VDMI con l'utilizzo dello strumento VAOR è teso alla elaborazione del P.A.I. , a seguito della VMDI con individuazione del case manager, tema che viene sviluppato nel punto seguente.

4. Governo Infermieristico

Circa l'attivazione sperimentale di tale modalità di governo, nella nostra realtà sono stati avviati ed in parte realizzati due percorsi fondamentali per tale aspetto: la figura del Case Manager e l'Ambulatorio Infermieristico.

I - IL CASE MANAGER

Il Case Management è una modalità olistico- sistemica di presa in carico del caso, di gestione dell'assistenza socio-sanitaria che utilizza un processo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza basato sulla logica del coordinamento delle risorse da utilizzare per trattare la specifica patologia dell'utente, coinvolgendo le diverse strutture e organizzazioni del sistema sanitario in cui si trova.

La modalità di approccio del Case Manager è di considerare la persona malata come entità che sta vivendo una condizione di malattia su un percorso spaziale temporale predefinito, piuttosto che un susseguirsi di vari e molteplici interventi terapeutico e/o riabilitativi, da parte degli erogatori coinvolti.

Sempre più spesso nell'ambito dei sistemi sanitari si assiste a un notevole incremento della complessità delle cure con un continuo proliferare di frammentazioni dei molteplici apporti specialistici. Da qui si origina la necessità di assicurare la continuità delle cure, la loro appropriatezza e tempestività anche con apporti provenienti da professionalità e discipline molto diverse fra loro. Ciò impone ai professionisti un nuovo modo di lavorare e di rapportarsi all'interno di gruppi organizzati.

Diventa fondamentale un'attività di coordinamento delle cure per ogni paziente, rispetto ai suoi specifici bisogni, e la definizione di profili di cura o percorsi clinico-assistenziali che possano guidare l'integrazione dei diversi apporti.

La figura che più di ogni altra, per le sue caratteristiche generali e specifiche, è ideale per condurre il *case management*, nel rispetto dei profili definiti, è l'infermiere. Le diverse esperienze, condotte sia in ambito territoriale, sia ospedaliero o di entrambi, hanno decretato nelle varie realtà il successo della figura dell'*Infermiere case manager*.

Nel percorso organizzativo relativo alla continuità assistenziale, il *case manager* ha la responsabilità di:

- garantire, focalizzandosi sull'intero percorso assistenziale del paziente, il mantenimento della continuità dell'assistenza, attraverso un efficace coordinamento dei diversi attori erogatori dei servizi necessari a rispondere ai bisogni del paziente e alla sua famiglia;
- divenire facilitatore sia all'esercizio delle professionalità del team di operatori di volta in volta coinvolto nel percorso assistenziale , sia alla partecipazione attiva della famiglia al programma di cura ;
- monitorare efficacemente lo svolgimento delle attività, sia per quanto riguarda il raggiungimento dei risultati che per quanto riguarda l'uso delle risorse, ed essere parte attiva nella proposta di rivalutazione dei programmi di cura o della programmazione di day hospital e/o ricoveri.

La tipologia del case manager individuata nel percorso organizzativo sulla continuità assistenziale fa riferimento a quella del case manager ospedaliero e territoriale in risposta alla necessità di mantenere un continuum assistenziale tra la dimissione e l'assistenza territoriale, mediante il coinvolgimento

proattivo di tutti gli attori che ad ogni livello sono in grado di influenzare direttamente e indirettamente l'esito del processo assistenziale

Nel contesto ospedaliero è prevista la figura del case manager nell'UVM ospedaliera e in quello territoriale, nell' UVDMI del Distretto.

Circa l'individuazione del personale case manager, nell'ambito dei due profili

- Case manager UVM Ospedaliero: Coordinatore Infermieristico
 - Case manager Distrettuale: Coordinatore Infermieristico o Infermiere del Distretto
- sarà avviata una selezione interna , mediante modalità e criteri da definire con le OSS,per valutare il personale in servizio che deve comunque possedere le seguenti capacità:
- problem solving
 - negoziazione
 - counseling
 - atteggiamento proattivo

Si individuano 2 momenti di percorsi formativi specifici:

1) Formazione /Informazione rivolta a tutti i professionisti operanti sul territorio relativa ai percorsi organizzativi della continuità' assistenziale ed alla figura del Case manager.

2) Formazione specifica per le caposala o gli infermieri individuati come Case Manager: con i seguenti Obiettivi generali :

- riconoscere le caratteristiche fondamentali e le motivazioni del "case management";
- identificare le caratteristiche metodologiche che caratterizzano il metodo dei percorsi clinici in rapporto anche ai tradizionali piani di assistenza;
- definire dei percorsi clinici coerenti con i principali processi utilizzati nell'assistenza nel proprio ambito di attività;
- individuare le fasi necessarie per l'inserimento della metodologia dei percorsi clinici nelle singole unità operative e/o strutture mediante la rappresentazione dei processi assistenziali e la standardizzazione degli interventi;
- valutare benefici e costi derivanti dall'adozione della metodologia.

Docenti previsti: Responsabile DPSDEF, Responsabili di Distretto, Responsabile SIAS, Responsabile Controllo Strategico, Responsabile ABS, Responsabile SAPS,Docenti Esterni se necessari.

II - L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Presso l'Azienda ASL di Rieti l'ambulatorio infermieristico è stato istituito, come da indicazione della Direzione Generale, dal SAPS nel corso dell'anno 2005, e dopo un periodo sperimentale, presso le seguenti strutture aziendali:

- ✓ Distretto Salario
- ✓ Distretto Salto Cicolano
- ✓ Distretto Alto Velino
- ✓ Ospedale "F.Grifoni" di Amatrice
- ✓ Ospedale "S.C.De Lellis" di Rieti (istituito successivamente nell'anno 2006)

Le prestazioni erogate presso l'ambulatorio infermieristico sono le seguenti:

- Cateterismo temporaneo
- Medicazione chirurgica
- Prelievo di sangue capillare
- Cateterismo vescicale
- Lavaggio vescicale
- Rimozione punti di sutura
- Medicazione ileostomia
- Medicazione cannula endotracheale
- Medicazione CVC
- Iniezione/infusione sostanze terapeutiche o profilattiche per via ipodermica, intramuscolare, endovenosa
- Misurazione e monitoraggio del peso corporeo
- Misurazione e monitoraggio della P.A.

Si riportano di seguito le prestazioni effettuate nell'anno 2006 e nel periodo dal 01/01/07 al 30/09/07:

ANNO 2006

SEDE	PRESTAZIONI					
	MEDICAZIONI	INIEZIONI INFUSIONI	CATETERISMO VESCICALE	MISURAZIONE P.A.	PRELIEVI CAPILLARI	TOTALE
P.O.AMATRICE	1578	30	45	-----	-----	1653
P.O.RIETI	857	24	-----	-----	-----	881
DISTRETTO 3	288	38	-----	-----	-----	326
DISTRETTO 4	92	-----	-----	-----	-----	92
DISTRETTO 5	174	65	-----	114	263	616

ANNO 2007

SEDE	PRESTAZIONI (PERIODO DAL 01 GENNAIO AL 30 SETTEMBRE)					
	MEDICAZIONI	INIEZIONI INFUSIONI	CATETERISMO VESCICALE	MISURAZIONE P.A.	PRELIEVI CAPILLARI	TOTALE
P.O.AMATRICE	788	23	27	-----	-----	838
P.O.RIETI	246	18	-----	-----	-----	264
DISTRETTO 3	104	16	1	-----	-----	121
DISTRETTO 4	340	10	-----	-----	-----	350
DISTRETTO 5	90	161	-----	104	149	504

Si specifica che la flessione delle prestazioni erogate riscontrata nell'anno 2007, può essere attribuita all'introduzione del pagamento di una quota fissa, pari a 10 €, per le richieste di prestazioni specialistiche nel periodo Gennaio-Maggio.

Si precisa che nel corso dell'anno 2008 è stato attivato un ulteriore ambulatorio Infermieristico presso il Distretto Mirtense.

Si prevede inoltre l'avvio di un ulteriore ambulatorio presso la sede del Distretto n. 1 nel 2009.

Gli ambulatori Infermieristici dell'Azienda USL di Rieti, seguono il [MODELLO ORGANIZZATIVO](#) descritto analiticamente nell'[ALLEGATO N. 2](#) al PAL.

5. Percorsi Assistenziali Integrati

Diviene ormai indispensabile, sia per le Dimissioni Protette che per la Continuità dell'Assistenza, lo sviluppo di Percorsi Assistenziali Integrati ospedale-territorio: come già visto a pag. 40 nel capitolo dedicato al potenziamento del distretto ed in particolare nel paragrafo “ Le reti di integrazione ospedale-territorio e C.A.” sono stati già delineati percorsi organizzativi per la Continuità Assistenziale per le patologie più significative, per attuare la presa in carico da parte del territorio ad ogni dimissione di pazienti portatori di bisogni complessi. Si rinvia per la trattazione dell'argomento alle pagine seguenti, laddove tratteremo della Continuità Assistenziale.

6 . Integrazione MMG - PLS e specialisti

Non procrastinabile è la collaborazione e l' integrazione delle attività dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e delle altre figure professionali nelle attività distrettuali: sede elettiva della integrazione nell'attività di programmazione è l'Ufficio di Coordinamento del Distretto, dove sia gli MMG, sia i PLS, sia i summaisti entrano a far parte di diritto. Per gli aspetti gestionali più diretti le suddette professionalità opereranno in stretta connessione negli ambiti di:

- assistenza domiciliare integrata: vedi lo sviluppo del tema nel successivo paragrafo dedicato ai centri ADI
- percorsi della continuità dell'assistenza: come analiticamente precisato per paragrafo dedicato a tale tema tra i tre obiettivi del PAL, ogni Distretto sceglierà tre percorsi tra quelli previsti a livello regionale, ove il MMG e lo specialista ambulatoriale saranno chiamati ad interagire con le attività distrettuali previste.
- Presidio Territoriale di Prossimità: la ASL ha programmato la realizzazione di n. 3 PTP, di cui due previsti nel piano di riconversione ospedaliera per i presidi di Amatrice e Magliano ed il terzo con sede nel distretto mirtense. Al successivo punto (7) tratteremo diffusamente dell'argomento, ripreso altresì nel PAD mirtense.

Sempre in tema di collaborazione con MMG è nato lo strumento **RAO - Raggruppamento di attesa omogeneo**, frutto di una condivisione ospedale- MMG tesa all'osservanza del principio per cui la priorità clinica abbia sempre la precedenza nei momenti di prenotazione per una indagine o visita specialistica.

Il progetto RAO nasce dalla constatazione che ad un aumento dell'offerta prestazionale si è accompagnato nel tempo un parallelo aumento della richiesta ed un allungamento delle liste di attesa: ciò ha indotto a progettare un metodo di governo della domanda sulla formulazione di priorità cliniche condizionanti i tempi di erogazione delle prestazioni diagnostiche.

A tal fine è stato definito, in accordo con specialisti, medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), un nuovo linguaggio prescrittivo, basato su tempi di attesa differenziati per singola prestazione in base al bisogno clinico dell'utente.

Sono stati individuati raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) per singola prestazione specialistica. L'applicazione dei RAO prevede il monitoraggio continuo delle prescrizioni al fine di effettuare la revisione periodica delle parole chiave cliniche.

Il progetto prevede la costruzione di un modello RAO da applicare dapprima alle metodiche di diagnosi per immagini (RM, TC, ECO, Mammo, RX) e da estendere in seguito alle altre prestazioni offerte dall'Azienda.

Il modello, già applicato ai pazienti ricoverati, prevede la modulazione dell'attesa in base a criteri di priorità clinica. La condizione clinica determina la classificazione della richiesta in fasce di priorità, così come codificate nel ricettario regionale (U, B, D, P) alle quali associare tempi massimi di attesa.

Il modello prevede una sorta di alleanza tra soggetti prescrittori, soggetti erogatori e CUP, quest'ultimo quale filtro comunicativo fra prescrittori ed erogatori.

In particolare il metodo prevede che i ruoli dei soggetti direttamente coinvolti siano così configurati:

il prescrittore stabilisce la fascia di priorità secondo i criteri clinici concordati

il CUP prenota la prestazione garantendo il tempo di attesa prestabilito per quella fascia di priorità

l'erogatore verifica la congruità tra domanda ed offerta.

la Direzione Generale si fa garante del rispetto delle regole.

Dopo un congruo periodo di applicazione verranno eseguiti test di concordanza tra prescrittori ed erogatori e, sulle risultanze dei test, audit periodici per la verifica delle congruità prescrittive.

Già adottato il RAO per la Risonanza Magnetica con ottimi risultati, è in fase di studio il RAO per Endoscopia Gastroenterologica ed in particolare la Colonscopia e la Diagnostica Vascolare.

7 . l'integrazione nelle Patologie Croniche

già detto delle reti di integrazione ospedale-territorio e C.A. e come diffusamente verrà in seguito trattato dei percorsi della continuità dell'assistenza, la nostra ASL è particolarmente attenta a sviluppare dei modelli per quelle patologie croniche degenerative che abbiamo visto incidere pesantemente nei nostri assistiti, come ampiamente descritto nella presentazione del contesto epidemiologico e più particolarmente nell'allegato n° 1.

Un definitivo approccio al modello assistenziale verrà realizzato nel [Presidio Territoriale di Prossimità](#), nelle tre teoriche sedi di implementazione come detto precedentemente.

Uno studio dettagliato riguarda l'inserimento di tale struttura intermedia nella sede del distretto n. 2 Mirtense, il cui contesto geomorfologico e della popolazione comporta l'esigenza di portare l'offerta dei servizi sanitari il più possibile vicino al cittadino tramite la realizzazione di medicina distrettuale in stretta connessione con le cure primarie.

OBIETTIVI SPECIFICI

In tale contesto nasce l'esigenza di un luogo o struttura dove i medici di famiglia possono confrontarsi avvalendosi di figure specialistiche per farsi carico dei bisogni di salute della propria comunità. Il Presidio Territoriale di Prossimità (PTP) rappresenta un punto intermedio dove offrire un sistema di cure decentrato ma efficace, lasciando alla rete ospedaliera il ruolo di cura delle patologie in fase di acuzie, verso un percorso di appropriatezza dell'offerta.

A costi sanitari sopportabili, ed inferiori rispetto a quelli dei ricoveri per acuti, il PTP rappresenta uno spazio organizzato per gestire i percorsi clinico-assistenziali a bassa intensità di cura, in pazienti affetti da patologie multiorgano croniche-degenerative, con problematiche sociali.

Tale percorso viene facilitato dall'integrazione del PTP con l'attività specialistica degli ambulatori distrettuali periferici, con la possibilità di utilizzo delle tecnologie già presenti, in prossimità delle strutture sociali esistenti. In tal modo il PTP, quale contenitore di attività socio sanitarie, rappresenta il luogo dove si svolgerà l'attività principale ed organizzata delle cure primarie, in una struttura intermedia che prevede la collaborazione programmata di più figure professionali quali: il direttore di distretto, il DD infermieristico, la continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali e il MMG.

In relazione tuttavia:

(1) agli obiettivi del Piano Strategico Aziendale, comprensivo della ridefinizione della rete e dei servizi ospedalieri con la previsione della futura destinazione dei posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza, senza riduzione del computo globale già destinato alla nostra provincia, nel rispetto delle percentuali regionali e del cronoprogramma già noto

(2) ad una valutazione di appropriatezza anche in termini di costi / benefici, onde contenere al minimo l'impatto strutturale e gestionale,

si configura l'opportunità di programmare per il 2008 un primo PTP nel distretto n.2 mirtense, nella struttura esistente d'erogazione dell'attività territoriale, già destinata alla realizzazione della struttura riabilitativa ex art. 26.

Per altro la realizzazione di un PTP nella sede distrettuale di Poggio Mirteto, distante dal Polo Ospedaliero di Magliano Sabina circa 30 Km e dal Polo Ospedaliero di Rieti ca 50 Km, viene a costituire idealmente un contesto ideale per quel sistema intermedio di cure decentrato ed efficace proprio di un presidio di prossimità, coesistendo nel distretto l'erogazione delle attività sanitarie di base e specialistiche in dinamico rapporto con il sociale del comune capofila del distretto.

ASPETTI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI FUNZIONE DI DEGENZA

- Sede: per quanto detto in precedenza si ritiene prioritaria l'istituzione di un PTP nel distretto n. 2 mirtense, per un numero minimo di 10 posti letto, presso la sede del poliambulatorio a Poggio Mirteto nell'ambito della realizzanda struttura riabilitativa ex art. 26
- Responsabile: Direttore di Distretto o un Dirigente Medico del distretto da lui designato con funzioni di direzione sanitaria.
- attrezzatura sanitaria: l'attrezzatura sanitaria che verrà utilizzata è quella in dotazione del poliambulatorio distrettuale
- personale infermieristico e di consulenza: la previsione progettuale regionale di attivazione del PTP isorisorse non può trovare riscontro nella nostra realtà aziendale per i motivi già delineati al punto precedente, ma si cercherà di contenere l'indispensabile acquisizione di nuove unità rispetto l'organico esistente, ottimizzando l'organizzazione del personale operante nella sede distrettuale. Dovendosi infatti individuare teoricamente per la gestione di un PTP:
 - 1 medico dirigente, responsabile del PTP
 - n° 1 infermiere DD
 - n° 5 infermieri professionali
 - n° 5 ausiliari
 - n° 2 tecnici della riabilitazione
 - n° 1 amministrativo

l'organico attuale può già comprendere il Dirigente Medico responsabile e ci sarà bisogno di deroghe e finanziamenti aggiuntivi per l'attivazione del presidio.

Per ciò che concerne il personale specialistico di consulenza verranno utilizzati gli specialisti dipendenti o preferibilmente a rapporto SUMAI, con incremento orario aggiuntivo.

Ai fini dell'integrazione socio-sanitaria verrà utilizzato l'assistente sociale distrettuale coordinatore, tramite i percorsi dell'integrazione già in essere con l'ufficio di piano del Comune di Poggio Mirteto, capofila degli enti comunali del distretto.

GESTIONE DA PARTE DEI MMG

La gestione clinica dei degenti da parte dei MMG sarà assicurata secondo le modalità organizzative dettate da linee guida della Regione Lazio per tale struttura intermedia

MODALITA' DI RICOVERO

I criteri di ammissione, le modalità di ingresso, i tempi massimi di degenza, la tipologia di scheda clinica e le modalità di dimissione seguiranno la griglia adottata dalla Regione

TIPOLOGIA DEGLI UTENTI RICOVERABILI

Il PTP si rivolgerà a situazioni con valenza prevalentemente sanitaria relative a persone affette da patologie croniche, appartenenti a fasce deboli della popolazione come ad esempio pazienti anziani che per un breve periodo richiedono una stretta sorveglianza clinica, senza la quale si renderebbe necessaria una ospedalizzazione. I pazienti dovranno essere caratterizzati da instabilità clinica a bassa media complessità, con media alta intensità assistenziale, necessitanti di monitoraggio permanente in regime residenziale come ad esempio riacutizzazioni in BPCO, scompenso cardiaco in pazienti polipatologici, scompensi metabolici in diabetici.

Anche in questo caso ci si atterrà alla griglia definita dalla Regione Lazio.

ALTRE FUNZIONI

Si intende da subito attivare nel PTP l'attività di:

- Punto unico di accesso integrato socio sanitario tramite l'operatività del segretariato sociale di Distretto
- Interconnessione con l'Assistenza domiciliare distrettuale
- Servizio farmaceutico
- Specialistica ambulatoriale
- Diagnostica di prossimità (ECG, Ecografia, Radiologia, centro prelievi)
- Primo soccorso

SISTEMA INFORMATIVO, SUPPORTI INFORMATICI

Dovranno essere acquisiti hardware e software adeguati per la gestione informatizzata del “sistema PTP”, collegati in rete a livello aziendale e regionale.

COSTI SINTETICI

Tenendo conto dei costi rispetto ai possibili ricavi per giornata di degenza per patologie di bassa complessità, con un DRG che potrebbe variare tra € 150 e 200, si può concretizzare un impegno di ca. € 600.000,00. Tuttavia il disavanzo risulterebbe molto contenuto rispetto al beneficio atteso, individuandosi comunque necessaria una condivisione regionale del programma, sia per l'indispensabile incremento degli organici, se pur minimo, sia per una valutazione globale nell'assegnazione del budget aziendale.

8 . Coinvolgimento della comunità

Per l'enfasi che la ASL intende dare alla valorizzazione delle esperienze di partecipazione sviluppate nel rapporto con le comunità locali , si rimanda a quanto già esaurientemente esposto nel capitolo II, pag 24 e segg., in tema di Mission e Vision , di fidelizzazione dell'utenza e di empowerment.

Abbiamo già visto inoltre come il Distretto debba svolgere azioni di promozione di stili di vita sani tra la popolazione, per il cui sviluppo deve adottare i metodi della programmazione, della ricerca e del coinvolgimento della comunità.

9. Tutela della salute dei Detenuti

La presa in carico dell'assistenza sanitaria ai detenuti, per tutti gli aspetti della medicina penitenziaria comporta un incremento di attività per effetto della delibera giunta regionale n. 470 del 4 luglio 2008, che , prendendo atto del d.p.c.m. 01.04.08 concernente “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, ha assegnato compiti attuativi alle Aziende unità sanitarie locali, cui anche noi, in relazione all'esistenza di una Casa Circondariale nel distretto n. 1, dobbiamo ottemperare.

La Direzione ha disposto un gruppo di lavoro per assicurare i dovuti adempimenti dettati dalla delibera e dalle successive circolari e direttive, in continuo spirito di collaborazione con la direzione del carcere stesso, ed ha già provveduto a:

- trasferimento delle attrezzature, arredi e strumenti sanitari
- assunzione in comodato d'uso gratuito dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie
- trasferimento dei rapporti di lavoro del personale già in convenzione con il ministero grazia e giustizia, non essendoci dipendenti in ruolo al 15.3.08
- fornitura gratuita dell'assistenza farmaceutica
- mantenimento dell'attività, già a nostro carico, di tutela delle Dipendenze Patologiche
- delega allo smaltimento dei rifiuti speciali alla ditta già incaricata , con onere a carico ASL, fino al 31.12.08

Ovviamente ricordiamo che le risorse disponibili per una presa in carico, tale da assicurare dei livelli di assistenza adeguati alla popolazione detenuta, sono molto limitate, anche in considerazione che il carico di lavoro del Ser.T. è incrementale nel tempo e che la spesa farmaceutica tende a crescere.

L'aspetto però che desta maggiore attenzione è l'avvio del **Nuovo Istituto Penitenziario**, che a detta dei funzionari del Ministero Grazia e Giustizia dovrebbe avvenire entro sei mesi, nel primo quadrimestre del 2009. La nuova struttura, sempre localizzata nel primo distretto, in prossimità del presidio ospedaliero, ha una capacità di detenzione per 250 unità: probabile tuttavia una capienza maggiore sino alle 350 unità, in caso di necessità.

Ovvio che l'adeguamento per l'assistenza penitenziaria a tali numeri debba essere veramente cospicuo per tutte le professionalità, anche in considerazione della tipologia della popolazione presente:

difatti per gli aspetti sanitari diverso è l'approccio in una struttura circondariale, come la attuale, rispetto ad un complesso residenziale, dove cioè i detenuti permangono per un periodo nettamente più lungo. Saranno meno presenti i problemi drogastici, più frequenti quelli psicologici, numerose le patologie croniche, importanti gli aspetti odontoiatrici, adeguato il numero di posti letto per acuti, essenziale il controllo psichiatrico.

Da ciò discende un nuovo inquadramento dell'assetto organizzativo sanitario, che dovrà governare numerosi operatori di varie qualifiche: medici internisti, psichiatri, specialisti delle varie branche, tossicologi, psicologi, educatori professionali, infermieri professionali, assistenti sociali. Dovranno essere previste équipes a formula variabile, fisse e turniste.

Importante sarà la preparazione professionale, tramite una formazione del personale adeguata.

Infine la ASL è chiamata ad un impegno notevole, che diverrà permanente, con risorse umane, tecnologiche e strumentali importanti: impossibile una risposta isorisorse, per cui l'Assessorato Regionale dovrà prevedere un impianto sanitario del tutto diverso rispetto all'attuale.

2. Integrazione socio-sanitaria, sistema informativo integrato

La necessità di considerare la globalità della persona è alla base del superamento dei servizi settoriali e dell'introduzione dei servizi integrati. Il raccordo tra politiche sociali e sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati.

Se è vero che in ambito Regionale si evidenziano difficoltà di raccordo e coordinamento tra i Comuni e le ASL, nonché di gestione operativa degli interventi pianificati, nella nostra provincia, grazie all'interazione davvero fattiva dei dirigenti aziendali con gli assessori locali del sociale e con le organizzazioni dei cittadini, il percorso dell'integrazione, iniziato già nel '99 con una fase sperimentale, ha avuto un processo attuativo sempre più concorde.

Andiamo ora a verificare gli obiettivi principali del PAT nel tema:

- istituzione della funzione di **coordinamento sociosanitario** a livello aziendale e a livello di distretto, coordinatore sociosanitario di distretto. Rinviando per la trattazione il lettore a pag. 42 e 43, ricordiamo che l'Atto Aziendale ha previsto queste figure in funzione dell'indispensabile interfaccia con l'Ufficio di Piano, con la Rete dei Servizi, con il PUA e la V.D.M.I.. Si confronti anche a pag. 50 per lo stesso argomento
- definizione di specifici **percorsi assistenziali** nel tema dell'integrazione: verranno illustrati i percorsi relativi al PUA e CA nei paragrafi di loro dedicati e riportati altresì nei PAD, mentre presentiamo ora un percorso a valenza provinciale che la ASL, d'accordo con gli EE.LL, ha elaborato ed iniziato ad implementare, con l'obiettivo della tutela della **GRAVIDANZA E NEONATO A RISCHIO SOCIALE**: trattasi di un programma rivolto alle donne in gravidanza e neonati a rischio di esclusione sociale, come ad esempio casi di disagio economico elevato, di disagio sociale, tipo popolazione immigrata e spesso non regolare, o ad elevato rischio sanitario, come nei casi di tossicodipendenza ed alcolismo. Il fine è la presa in carico attuando un piano di sorveglianza sociale e sanitaria integrato, con protocolli operativi chiari per la cogestione dei casi in rete. Tutto il progetto viene riportato nell' **ALLEGATO N. 3**, comprensivo del Percorso organizzativo - assistenziale.

Di recente la ASL ha aderito alla **Campagna Nazionale di Comunicazione Genitori Più**, con l'obiettivo di migliorare le competenze genitoriali rispetto alla cura del proprio bambino sin dalla fase del concepimento. La campagna di comunicazione vuole incoraggiare sette semplici azioni di dimostrata efficacia per promuovere la salute fisica e psicologica del bambino, adottando stili di vita corretti ed adeguate misure preventive. Si è già proceduto alla formazione degli operatori, sia sanitari che sociali, che poi avvieranno la comunicazione nei momenti di contatto con le future gestanti e neogenitori, anche con la diffusione del materiale informativo. Importante il coinvolgimento dei PLS e MMG nella diffusione delle buone pratiche.

Ricordiamo per inciso che la UOC **Pediatria e Neonatologia** ha ottenuto il riconoscimento di **Ospedale Amico del Bambino**, seconda i criteri OMS - UNICEF, per il percorso di eccellenza Allattamento al seno nei punti nascita

- attuazione degli **accordi di programma già sottoscritti** e loro monitoraggio: tutto quello che era stato pattuito con Protocolli d'Intesa tra il distretto e il Comune Capofila prima della 328/2000, che ha sancito come documento programmatico il piano di Zona ed il PAT, è stato portato avanti sia per l'ADI, che era l'argomento principale, sia per le **Dipendenze Patologiche** sia per la condivisione di particolari percorsi, tipo il **Centro Diurno Alzheimer**, il **Progetto per l'Ippoterapia** per l'H infantile ed adolescenziale, il **Centro di aggregazione dell'H di Greccio**. Al momento la sottoscrizione del Piano di Zona da parte del direttore del distretto fa da valenza futura per evitare nuovi accordi sui singoli temi, anche se per alcune aree territoriali si usa ancora stilare singoli protocolli od accordi per grandi materie. Garantiremo comunque la stesura di quei protocolli previsti nel cronoprogramma dei tre punti salienti dell'integrazione previsti dalla regione.
- individuazione di modalità organizzative per garantire il **raccordo e l'integrazione tra servizi sanitari e sociali**: sicuramente la risposta più appropriata è il modello della rete dei servizi, come già esposto nel capitolo sulla strategia aziendale. Ciò tanto più vero se consideriamo la figura ed il ruolo del case manager, come già illustrato nel paragrafo del governo infermieristico: ricordiamo comunque la necessità di inserire in tale rete sia i MMG e PLS che i nostri reparti ospedalieri, con i letti per acuti, day hospital, day surgery, APA, PAC e il ruolo dei posti letto della riabilitazione, senza dimenticare il PTP ed ovviamente le azioni integrate dell'assistenza domiciliare.
- monitoraggio delle iniziative relative all'integrazione socio sanitaria inserite nei Piani di Zona e nei Piani delle attività territoriali in funzione della elaborazione del PAL: abbiamo di recente visionato e condiviso, tramite i direttori di distretto, i 5 Piani di Zona, appurando che fosse prevista in tutti la stessa azione descritta nei nostri 5 PAD in merito alla realizzazione del PUA, VDMI, CA.
- sostegno alla cooperazione e all'associazionismo delle famiglie, con azione di diffusione dei principi di solidarietà e del mutuo aiuto. Privilegiare il ruolo delle famiglie nella formazione della persona e nel raggiungimento della coesione sociale è un compito che il distretto sociosanitario deve considerare il primo movens nei progetti integrati consultoriali.
- diffusione delle informazioni rispetto ai servizi e alle relative modalità di accesso e fruizione, sia tramite la **carta dei servizi sanitari**, già distribuita diffusamente sul territorio e già aggiornata in maniera periodica, comunque visionabile sul sito aziendale, sia tramite migliore visibilità dei percorsi e degli accessi realizzabili con il PUA

3. Cure primarie: medicina generale e pediatria di libera scelta

Il medico di medicina generale (MMG) rappresenta l'elemento cardine nell'orientare la domanda di servizi/prestazioni secondo criteri di appropriatezza, in collaborazione con gli altri attori del Sistema sanitario. È essenziale potenziare l'integrazione della medicina generale all'interno della rete dell'offerta sanitaria e favorire la partecipazione del MMG al governo della domanda.

Nell'ambito delle cure primarie si evidenzia la necessità di implementare l'aspetto preventivo, la capacità di gestione delle malattie croniche, delle disabilità e, più in generale, delle situazioni di disagio che richiedono continuità assistenziale e integrazione socio-sanitaria.

In altri termini il MMG e PLS deve rappresentare per il cittadino un riferimento certo e costante che, oltre ad offrire soluzione alle esigenze di livello primario, evitando il ricorso incongruo al pronto soccorso o al ricovero ospedaliero, lo sappia orientare rispetto ai diversi contesti assistenziali, curandone anche i rapporti con i diversi attori dell'assistenza.

Tra gli obiettivi del PAT, i momenti più significativi riguardano:

- sviluppo di **forme associative tra MMG** integrate nelle attività del distretto sociosanitario: nei cinque PAD saranno presentate le Unità di Cure Primarie esistenti nel territorio sia per i MMG che per i PLS e lo sviluppo di modalità di lavoro associative ulteriori: in rete, in associazione, in gruppo, o forme integrative. È tuttavia necessario che il MMG divenga un protagonista credibile nell'approccio alla salute individuale e di popolazione, meglio definito come modello chronic

care, che richiede tra l'altro capacità di lavoro in team multidisciplinare e per obiettivi di salute. Tale orientamento avrà una prima realizzazione con la realizzazione dei percorsi della Continuità dell' Assistenza.

- favorire la partecipazione dei MMG alla realizzazione dei **piani di prevenzione**: annualmente la vaccinazione antinfluenzale vede in unisono la condivisione e gestione del programma da parte delle strutture aziendali distrettuali ed i MMG, con raggiungimento di percentuali valide di soggetti sottoposti al momento preventivo. Resta fondamentale che il MMG partecipi attivamente alla realizzazione dei Piani regionali di Prevenzione, come per altro indicato dall'Accordo Integrativo Regionale. Sarà un argomento di discussione all'interno del Gruppo di lavoro nominato dal Comitato aziendale per trattare della contrattazione decentrata.
- incrementare la partecipazione alla gestione degli assistiti in strutture residenziali: attualmente i MMG seguono sistematicamente i loro pazienti nelle Case di Riposo, Comunità Alloggio, Case Famiglia. Quando saranno presenti nel nostro territorio le R.S.A. sarà importante stabilire percorsi e standard organizzativi- assistenziali adeguati, costruiti insieme alla categoria. Per il programma relativo al Presidio Territoriale di Prossimità si rinvia a pag. 56.
- incrementare la partecipazione alla gestione degli assistiti in **dimissione protette**: sarà diffusamente trattato l'argomento nel paragrafo della Continuità Assistenziale, nel prosieguo del presente capitolo.
- sviluppo di sistemi di valutazione dell' **appropriatezza prescrittiva** sia di farmaci che di prestazioni specialistiche: abbiamo diffusamente trattato il tema della Commissione per l'appropriatezza farmaceutica a pag. 49 e dello Strumento RAO a pag 55.
- attivazione di **percorsi formativi** dedicati: tramite condivisione in sede di comitato aziendale della MMG e della PLS sono stati previsti programmi formativi per le categorie sia per l'anno 2007 che 2008, tutti accreditati E.C.M., che hanno visto la compartecipazione delle strutture aziendali intra ed extraospedaliere. Di essi particolarmente significativi sono risultati:
 - Corso biennale sulla Salute Mentale ed interazione MMG- DSM
 - Corso sulla Tossicodipendenza , Alcolismo ed Abusi in genere
 - Corso sulle Emergenze Pediatriche
 - La pratica Vaccinale
 - Formazione sulla compilazione corretta del Nuovo Ricettario
- **partecipazione alle Unità valutative** per la individuazione del bisogno e la pianificazione degli interventi: la già prevista partecipazione del MMG alla Unità Valutativa Integrata dell'ADI che si realizza da anni avrà uno sviluppo ulteriori nei percorsi dedicati all' UVDMI distrettuale, come meglio chiarito nell'apposito paragrafo nel seguito di questo stesso capitolo. Si tratta di ampliamento di competenza per chi ha veramente in carico l'assistito, coinvolto in un programma coordinato dal case manager nella attuazione del Piano Assistenziale Individuale. Il MMG parteciperà alla modulazione informatizzata del Piano per il proprio assistito anche nei percorsi della Continuità dell'Assistenza, dalle dimissioni ospedaliere alla presa in carico territoriale, per tutti i bisogni complessi.
- collaborazione alla costruzione del **flusso informativo per l'assistenza primaria**.
- La presenza del case manager quale coordinatore degli attori del PAI, assicura poi il **miglioramento della qualità del servizio erogato** anche da parte del MMG, tanto più se finalizzato all'integrazione socio sanitaria, come nella risposta al bisogno complesso sociosanitario. Il MMG coinvolto nel programma avrà l'opportunità di essere affiancato da operatori sia sanitari che sociali .

4. Assistenza domiciliare integrata - A.D.I.

La condizione della non autosufficienza esprime realmente un bisogno complesso necessitante di risposte multiple e solidali cui è dedicata prioritariamente l'attività dell'ADI, che per natura è il servizio aziendale che da sempre risponde meglio degli altri al concetto di integrazione sociosanitaria.

È infatti una tipologia di assistenza che comporta la presa in carico globale della persona, con interventi di tipo sia sanitari che sociali ad intensità variabile, in risposta ai bisogni rilevati, consentendo al malato la permanenza nell'ambiente familiare, con l'obiettivo di una qualità di vita vantaggiosa a costi assistenziali contenuti.

I principali obiettivi dell'ADI sono quindi:

- dare una risposta coerente ed adeguata a specifici bisogni di salute;
- evitare istituzionalizzazioni e ricoveri ospedalieri non giustificati;
- mantenere l'ambiente di vita proprio del paziente;
- contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza;
- coinvolgere attivamente i curatori del paziente (familiari, amici, volontari);
- perseguire la sostenibilità assistenziale massimizzando i benefici di salute dei pazienti.

Proprio in funzione di tali aspetti peculiari, la ASL ha inteso riqualificare tale servizio individuando **PERCORSI CLINICO- ASSISTENZIALI** e percorsi **CLINICO - ORGANIZZATIVI** dell'ADI che vengono illustrati nell'**ALLEGATO N. 4**, dove il lettore troverà esauriente risposta ai progetti di miglioramento e standardizzazione dell'ADI.

Nel lavoro allegato verranno altresì presentati la **Cartella Infermieristica territoriale domiciliare** e il **Manuale delle medicazioni**: linee guida al buon uso delle medicazioni

Nei singoli PAD inoltre sarà presentata l'offerta ADI locale e la programmazione prevista per il prossimo triennio

OBIETTIVI PAT per l'ADI

- garantire la **stesura del PAI** a seguito della presa in carico successiva alla **VMD**: si rinvia al paragrafo dedicato alla Valutazione Multidimensionale, ove saranno presentati esaurientemente tutti gli sviluppi del tema.
- individuazione e formazione di figure con funzione di **case manager**: a pag. 51, nel paragrafo dedicato al governo infermieristico, abbiamo presentato tutti gli aspetti relativi a tale figura: ruolo, funzioni, attività, formazione prevista.
- **monitoraggio** periodico degli interventi e **valutazione di esito**: come sopra detto, l'allegato n. 4 riporta tutti i percorsi clinico- organizzativi relativi all'ADI e in tale ambito sono ampiamente trattati tali momenti.
- Piano di estensione dell'attività ADI per un **incremento quantitativo orario** dell'attività: nel triennio si spera ad un positivo trend di accesso a finanziamenti regionali dedicati a questo essenziale settore, possibile con un superamento del forte vincolo posto dal Piano di rientro, onde meglio orientare l'offerta dei servizi a tutela della salute dall'ospedale al territorio.

5. Continuità assistenziale e dimissioni protette

La continuità assistenziale, governata dal distretto, si configura come la risposta al bisogno di non interruzione del processo assistenziale, realizzando l'integrazione tra le componenti del sistema sanitario, ospedale e territorio, nei diversi livelli di intensità e complessità.

Nell'ambito della continuità delle cure, le dimissioni protette rappresentano una modalità di intervento particolarmente significativa nella gestione dei soggetti fragili.

Spesso, in assenza di un efficiente coordinamento tra i livelli assistenziali e i diversi operatori, si crea un vuoto assistenziale, percepito dal paziente come abbandono istituzionale. Ecco il perché dei ricoveri ripetuti a breve termine.

La C.A., nel senso di continuità delle cure, nasce dall'integrazione delle diverse componenti del sistema sanitario e sociale, in un modello di rete, in un processo di presa in carico continuo, con la previsione di un case manager per la realizzazione del PAI: trattasi di un processo dinamico, bidirezionale ospedale-territorio.

Le Dimissioni protette obbligano la condivisione del MMG con la realtà distrettuale, con i Medici di CA, con gli specialisti, con gli operatori del sociale e del 118.

Rinviando al successivo paragrafo dedicato esclusivamente alla CA per una trattazione più completa, ricordiamo gli obiettivi del PAT in tema di continuità e dimissione protette:

Obiettivo:

- attivazione di percorsi organizzativi e clinico assistenziali ispirati alla continuità assistenziale relativamente a:
 - dimissioni protette per pazienti fragili e/o complessi;
 - percorsi riabilitativi integrati per ictus, frattura di femore, patologia cardiovascolare;
 - cure palliative;
 - gestione integrata di pazienti con patologie croniche (neoplasie, diabete, insufficienza respiratoria cronica) e con problematiche ad alta intensità assistenziale (es.: SLA);
 - gestione integrata di pazienti con disturbi cognitivi e del comportamento (demenze senili e malattia di Alzheimer).

Tale obiettivo sarà ripreso nei P.A.D per il cronoprogramma e la scelta di almeno tre percorsi tra quelli presentati.

6 . L' offerta delle Cure Intermedie

Il sistema delle cure intermedie, imperniato su strutture residenziali sotto il governo del distretto, si pone ormai come elemento chiave della rete dei servizi destinati a bisogni complessi, come quelli relativi a persone in situazione di non-autosufficienza più o meno grave.

Rappresenta spesso il setting assistenziale più idoneo ad affrontare e gestire, nella valenza di CA, gli esiti già presenti della cronicità.

Aspetto peculiare e fondamentale è poi il ruolo del MMG, a cui ex lege è demandata la responsabilità della cura della persona inserita nelle strutture intermedie: probabilmente necessario un percorso di rivisitazione del ruolo, con attività formativa inclusa, riorientato allo scopo.

Lo sviluppo delle cure intermedie nel programma triennale della ASL riguarda:

1 . PRESIDIO TERRITORIALE DI PROSSIMITÀ - P.T.P.

l'argomento è stato sviluppato nel paragrafo della Integrazione distrettuale nelle patologie croniche, nel capitolo dedicato agli aspetti organizzativo - funzionali del distretto, a pag. 56 e segg.

Ulteriori utili elementi sull'implementazione del PTP nel distretto n. 2 sono riportati nel PAD mirtense.

2 . RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE - R.S.A.

Criticità ormai non più accettabile per il nostro territorio è l'assenza di tali strutture intermedie, indispensabili risposte sanitarie per la non autosufficienza, non assistibile a domicilio e non necessitante di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione di tipo intensivo.

Il ricorso alla RSA costituisce infatti per il MMG una soluzione alternativa al percorso assistenziale al proprio paziente non autosufficiente in una rete di servizi integrati comprensiva dell'ADI, strutture protette tipo case famiglia, PTP, hospice, residenzialità ex art.26 e unità di degenza per le riacutizzazioni.

La selezione degli accessi aiuterebbe il mmg ricorrendo alla VMDI che utilizza standard informatizzato, tipo VAOR - RSA, il cui uso sarà obbligatorio per la nostra regione dopo un periodo di formazione per gli operatori del distretto.

In tale maniera la RSA risponderebbe davvero al ruolo istituzionale ed alle funzioni di :

- ospitalità a tempo indeterminato, a tutela di chi non può usufruire di valide alternative
- ospitalità a tempo determinato, da due a quattro mesi, per la stabilizzazione e recupero delle condizioni funzionali e/o cliniche
- ospitalità semiresidenziale, quale alternativa alla istituzionalizzazione definitiva
- ricoveri di sollievo, respite care, per la riduzione dei tempi di attesa del ricovero

Rispetto alla teorica previsione regionale di almeno 1 RSA per distretto, ricordiamo lo stato dell'arte circa le strutture pubbliche da attivare nella nostra provincia in quanto oggetto di finanziamento pubblico:

1. Amm.ne Provinciale: n. 60 posti letto, nel distretto n. 1. in corso d'opera con fine dei lavori prevista al 9.1.09
2. Comune di Magliano Sabina: n. 60 pl, nel distretto n. 2. Inizio lavori previsto nel trimestre in corso.
3. Comune di Montebuono: n. 60 pl, nel distretto n. 2. In corso d'opera con fine lavori prevista nel giugno '09
4. Comune di Concerviano: n. 80 pl, nel distretto n. 4. In corso d'opera con fine lavori prevista per dicembre '09
5. Comune di Borbona: n. 60 pl, nel distretto n. 5. In corso d'opera, fine lavori prevista per aprile '09
6. Comune di Antrodoto: n. 40 pl, nel distretto n. 5. In corso d'opera, fine lavori prevista per giugno '09
7. ASL di Rieti: n. 60 pl, nel distretto n. 1. Oggetto di cambio di destinazione d'uso per la trasformazione in 48 p.l. di Riabilitazione ad alta intensità assistenziale
8. Comune di Poggio Bustone: 40 pl, nel distretto n. 1. Risulta parere favorevole Regionale ma non si hanno ulteriori notizie in merito

Risultano inoltre autorizzate, ma non accreditate, le seguenti strutture private:

1. Comunità Casa Serena, nel comune di Rieti, distretto n. 1: 40 pl ad alto livello assistenziale
2. RSA - Santa Rufina, nel comune di Cittaducale, distretto n. 1: 70 pl, con 7 pl semiresidenziali, anche se l'autorizzazione al funzionamento è per 20 pl.
3. RSA - residenza Cirene, nel comune di Torri in Sabina, distretto n. 2: 15 pl, medio livello assistenziale.

3. HOSPICE

nell'anno 2005 nasce, all'interno del Presidio Ospedaliero di Rieti, un Hospice collegato all'Ambulatorio di Terapia del Dolore e Cure Palliative, che era da tempo attivo con estensione territoriale nell'ADI.

Il Servizio lavora da sempre attenendosi ai criteri nazionali ed alle leggi di riferimento per gli Hospices, assolvendo al compito di accompagnare gli utenti, al termine della loro esistenza, mantenendo la dignità e l'integrità della Persona e di coloro che sono affetti da patologie neoplastiche e non, in condizioni di terminalità.

Si definisce centro residenziale di cure palliative, Hospice, la struttura, facente parte della rete di assistenza ai malati terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di utenti affetti da malattie

progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è più possibile o comunque risulta inappropriata: trattasi di una struttura intermedia, anche se, per sede e per la stretta connessione ospedaliera, il governo momentaneamente non è stato affidato al distretto e la gestione non appartiene al MMG: tuttavia è pressoché ultimata la nuova struttura, extraospedaliera destinata a n. 9 pl, sempre nel comune di Rieti, e sarà rimodulata la organizzazione funzionale e gestionale dell'attività.

Il ricovero nell' Hospice è destinato per lo più a malati affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto. L'Hospice deve pertanto essere organizzato in modo da garantire il benessere psicologico e relazionale del malato e dei suoi familiari, il comfort ambientale, la sicurezza nell'utilizzo degli spazi e la tutela della privacy.

L'organizzazione dell'Hospice, inoltre, deve favorire la presenza e la partecipazione dei familiari dei malati, permettendo loro l'accesso senza limiti di orario; le strutture devono essere facilmente raggiungibili. E' per questo, per esempio, che nell' Hospice le camere di degenza sono singole con la possibilità di pernottamento per un familiare e che, anche se realizzati in zone periferiche e tranquille, avranno una dislocazione territoriale servita da mezzi di trasporto pubblico.

Il miglioramento della qualità della vita del malato e dei suoi familiari deve essere l'obiettivo costantemente perseguito da tutti gli operatori. Se l'inguaribilità è l'elemento che caratterizza la fase della malattia, va sempre tenuto presente che la curabilità, intesa come "prendersi cura" della persona, è il fondamento su cui si basano le cure palliative, protratte fino all'ultimo istante di vita.

La sofferenza dell'ammalato, ricoverato in Hospice, che è entrato nella fase terminale della malattia, è stata studiata in maniera approfondita; essa è un intreccio di dolore fisico, psichico, sociale e spirituale, tale per cui si definisce come Sofferenza-Dolore Totale.

E' chiaro quindi che risulta falsa l'affermazione "non c'è più nulla da fare": c'è, invece, da sedare il dolore, lenire la sofferenza, e controllare gli altri sintomi più fastidiosi; c'è da fornire assistenza, efficiente ma non asettica ed indifferente; c'è da fornire sostegno attivo ed attento per combattere la disperazione, la frustrazione, la depressione, la perdita dell'autostima, la paura della morte; c'è da fornire sostegno sociale solerte e competente, c'è da fornire sostegno spirituale indulgente e amorevole. Infine, c'è da accompagnare alla morte il paziente, preparare i familiari e fornire, poi, sostegno al loro lutto. Una serie di compiti così differenziati fra loro comporta la presenza di equipe numericamente e professionalmente composita ed idonea.

Il volontario non può e non deve essere una figura che sostituisce le carenze quantitative e/o qualitative dell'équipe dell'Hospice; peraltro, se ben inserito, saprà identificare e dare suggerimenti all'équipe dell'Hospice sui punti, i settori, gli elementi da migliorare in una logica di continua tendenza verso la qualità delle cure offerte. Il volontario non opera da solo, ma con una stretta interrelazione con gli altri volontari e con gli altri operatori; può e deve far sentire la sua voce, anche attraverso la figura del coordinatore, per sentirsi partecipe di un progetto comune.

Le famiglie sono coinvolte nella sofferenza, sottoposte a difficoltà nell'assistenza continua al congiunto, alla riorganizzazione dei ruoli e dei compiti, alla preparazione del lutto imminente. Le Cure Palliative sono attivamente offerte all'unità di cura malato-famiglia del paziente terminale.

Sarebbe opportuno che i Reparti Ospedalieri, che si accingono a praticare la dimissione protetta del paziente oncologico o non oncologico grave provvedessero ad affidarlo all'Hospice per le Cure Palliative, specialmente in Assistenza Domiciliare, e tenessero presente la semplicità di gestione con conseguenti vantaggi per il malato se questo è già portatore di CVC o Port venoso. Importante anche per tali dimissioni il ricorso alla VDMI, con l'utilizzo dello strumento VAOR-RUG

Si riportano di seguito dati relativi alla attività ed alla degenza media dei ricoveri in Hospice:

dati di attività HOSPICE
n. 4 posti letto
19/IV/'05 - 23/X/'08 ,

Anno	n. ricoveri	n. dimissioni
2005	53	12
2006	71	7
2007	69	16
2008	67 (al 20.10)	9

Si indicano di seguito le **giornate di degenza media annuali**:

ANNO 2005: 21 gg.

ANNO 2006: 22 gg.

ANNO 2007: 24 gg.

ANNO 2008: 18 gg.

È necessario precisare che lo scostamento di anno in anno varia a seconda dell'incidenza della patologia tumorale di riferimento e che l'unica patologia con degenza breve è il k Pancreatico.

Cap. IV - Le priorità della programmazione locale

Come già illustrato nel capitolo precedente, la programmazione regionale in tema di integrazione tra il sanitario e il sociale ha previsto il coinvolgimento delle A.S.L. e degli EE.LL. in un percorso condiviso, emanando due provvedimenti allo scopo, la DGR n. 433 del 19.06.2007 e la DGR n. 601 del 31.07.2007, le cui finalità convergono verso la redazione di Piani di programmazione locale, di respiro triennale, con priorità, sia per la sanità che per il sociale, di attivare tre fondamentali momenti: il Punto Unico di Accesso, la Valutazione Multidimensionale, la Continuità Assistenziale.

Tali momenti attuativi discendono dalla esigenza che il PAL sviluppi gli obiettivi e le azioni relative alle priorità indicate dal Documento di programmazione per l'integrazione sociosanitaria elaborato a seguito del protocollo d'intesa del 14.2.'06 tra Regione Lazio ed ANCI Lazio, ovviamente anche in relazione alle indicazioni del Piano di rientro.

Le tre priorità sono confermate dalle Linee Guida per la stesura del PAL contenute nel Decreto n. 18 del 5.9.09 del Presidente della Regione in qualità di Commissario ad acta, dove, ricordiamo, elemento caratterizzante è la previsione di finanziamento ad hoc per la sanità e per il sociale, sine qua non: le risorse umane infatti indispensabili per la implementazione dei tre momenti, ma soprattutto del PUA, dovranno obbligatoriamente risultare aggiuntive rispetto alla dotazione attuale della ASL e degli EE.LL. Altrimenti le due istituzioni difficilmente potranno promuovere quanto descritto.

Andremo a percorrere strade nuove nell'integrazione, con momenti fondamentali per il futuro distrettuale onde facilitare l'accesso all'utenza ed adeguare la risposta al bisogno complesso, nel rispetto di standard valutativi e della continuità dell'offerta assistenziale: tanto più bisogna iniziare con il piede giusto sia in termini di capacità pianificatrice che di risorse umane e tecnologiche da utilizzare.

1 . Punto Unico di Accesso (PUA)

Il Punto unico di accesso **integrato sanitario e sociale (PUA)**, inteso quale funzione del Distretto in grado di fornire informazioni e orientamento al cittadino, risolvere problemi semplici e rinviare i casi a maggior complessità verso le sedi adeguate (**funzione filtro triage**), è veramente l'aspetto più innovativo dell'offerta integrata territoriale.

Il PUA nasce dalla esigenza di garantire l'assistenza in prossimità del domicilio del paziente, con modalità di continuità e tempestività, tramite l'attivazione di un'**unità funzionale di pre-valutazione integrata** svolta anche con utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e semplificati.

Il PUA non deve essere considerato necessariamente un luogo fisico, ma una modalità di approccio ai problemi dell'utenza e di interfaccia con la rete dei servizi.

Deve quindi diventare una **modalità di lavoro** propria degli operatori sanitari e sociali piuttosto che una specializzazione di alcuni addetti.

In particolare, si ritiene che il PUA debba funzionare su **due distinti canali**:

- 1) **il primo riservato ai cittadini**, con una funzione prevalente di orientamento e accompagnamento, funzione diffusa nei servizi distrettuali e sociosanitari
- 2) **Il secondo canale** destinato a **relazionarsi con la rete dei servizi e a garantire la presa in carico**, per i differenti livelli di intensità assistenziale, mediante valutazione multidimensionale. Dovranno essere specificate le procedure e i protocolli operativi che regolano le relazioni tra i diversi attori del sistema

Il Punto Unico di Accesso informa sulle prestazioni erogabili, sulle modalità e i tempi di accesso: rivolto in particolare a persone anziane e con disabilità, è gestito da uno staff di operatori che ascoltano e analizzano i bisogni dell'utente e dei familiari, individuano con loro il percorso terapeutico più adatto, li accompagnano in ogni fase.

Ecco perché esso rappresenta un nuovo modello d'assistenza, basato sulla cosiddetta "presa in carico", frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento.

Il PUA è la risposta all'esigenza di una maggiore equità e uniformità nell'erogazione dei servizi, proprio perché strettamente legato alla cultura dei "servizi alla persona", fondata sull'accoglienza e sull'ascolto dell'individuo e dei suoi bisogni, posti al centro delle strategie e degli interventi sanitari. Trova i suoi principi ispiratori nell'equità e nell'unitarietà. L'equità è intesa come garanzia dell'accesso ai servizi ai soggetti più deboli e fragili anche in termini di raggiungibilità, orari di apertura e accoglienza. L'unitarietà dell'accesso si realizza invece attraverso l'integrazione tra gli interventi sanitari e sociali, grazie alla concentrazione in un'unica sede delle prestazioni di cui necessita il soggetto fragile.

Il Pua rappresenta il punto di riferimento per il paziente e i suoi familiari che hanno necessità di formulare una domanda di assistenza, pur se imprecisa e non oggettivante la reale necessità: sarà compito del servizio, una volta avvenuto il contatto con l'utente, decodificare la sua richiesta per identificare il bisogno in maniera quanto più realistica possibile e per trovare la soluzione più adatta.

Quando il problema rilevato è di bassa complessità, il professionista può prendere in piena autonomia le decisioni che ritiene più opportune. Se invece il bisogno si rivela complesso, allora interverrà l'équipe multidisciplinare - detta Unità di valutazione territoriale o multidimensionale integrata UVDMI - che opera sempre congiuntamente alla persona e alla sua famiglia, che elaborerà un piano di assistenza individualizzato contenente i servizi più appropriati della rete integrata e dell'offerta sociosanitaria.

La funzionalità del Punto Unico di Accesso è garantita dal fatto che tutti i professionisti coinvolti accedono a un sistema contenente la scheda completa di ogni paziente, i dati anagrafici, i riferimenti del medico curante e della famiglia, e i servizi socio-sanitari in essere. Questa procedura consente la conoscenza immediata e totale della situazione dell'assistito, assicurando quindi la piena uniformità nella successiva rilevazione del bisogno, nella progettazione di un intervento personalizzato, nella programmazione delle attività, nella gestione delle responsabilità e infine nella verifica dei risultati.

Oltre le funzioni elencate, il PUA diverrà l'unico riferimento per le dimissioni protette e programmate, nell'ottica della continuità dell'azione assistenziale.

Nei PAD vedremo descritta la diffusione territoriale dell'attività degli operatori PUA, che dovrà prevedere una presenza pressoché ubiquitaria per i numerosi centri di aggregazioni comunali, onde consentire una vera presa in carico dei bisogni complessi, tramite il successivo invio alla Valutazione Multidimensionale per la redazione del Piano di Assistenza Individualizzato.

La prevista compresenza di personale sanitario e sociale di varie qualifiche consentirà quell'opera di integrazione centrata nel distretto, consolidata nei rapporti istituzionali da previsti protocolli d'intesa e da formalizzate procedure operative.

Ripercorrendo le linee guida regionali , di seguito presentiamo le caratterizzazioni principali della programmazione del PUA, precisando che abbiamo destinato **l'ALLEGATO n. 5** a mostrare analiticamente i **PERCORSI ORGANIZZATIVI** del **PUA** E della **CA**

Indicatori di valutazione del processo e dei risultati

1) Numero e tipologia di protocolli di intesa ASL - Comuni / numero dei distretti

I protocolli integrati avranno lo scopo di definire le attività e le risorse destinabili da parte di ciascun ente alla funzione PU A

Risultato atteso:

- presenza di un protocollo di intesa ASL - Comuni per 1 distretto entro il 2008 . La ASL,in

accordo con gli EE.LL ha destinato nel distretto n. 3 l'avvio sperimentale dell'esperienza PUA.

- presenza di un protocollo di intesa ASL - Comuni in tutti gli altri distretti entro il 2009

2) **Numero e tipologia di procedure operative formalizzate per il funzionamento del PUA / numero dei distretti**

Risultato atteso:

- presenza di una procedura operativa formalizzata per il funzionamento del PUA per 1 distretto entro 2008. Per quanto detto nel punto precedente ciò avverrà nel distretto salario n. 3.
- presenza di una procedura operativa formalizzata per il funzionamento del PUA per ciascun distretto entro 2009

3) **PUA attivati / numero dei distretti**

Risultato atteso:

- Attivazione di 1 PUA entro 6 mesi dalla redazione del PAL
- Attivazione di 1 PUA in tutti i distretti entro 15 mesi

4) **Numero e tipologia di operatori coinvolti nella funzione PUA per ciascun ente partecipante.**

Risultato atteso:

messa a disposizione per le funzioni PUA , entro 3 mesi , del personale previsto, da parte della ASL e degli EE.LL ;

EE.LL.: 1 assistente sociale + 2 amministrativi

ASL: 1 assistente sociale, 2 infermieri , 1 amministrativo, 1 medico del distretto

5) **Iniziative di informazione** rivolta agli operatori:

numero degli **operatori coinvolti / totale degli operatori** dei servizi territoriali della ASL e dei comuni del distretto

Risultato atteso:

coinvolgimento nelle attività informative di almeno l'80% del personale degli enti, deputati al socio-sanitario entro il 2008

6) **Iniziative di formazione** rivolta agli operatori coinvolti nella gestione del PUA :
numero operatori formati / totale operatori PUA

Risultato atteso: coinvolgimento nelle attività formative del 100% del personale entro 9 mesi dalla formalizzazione delle procedure operative

7) **Percorsi assistenziali individuati e attivabili attraverso il PUA per ciascun distretto/ numero complesso percorsi attivabili**

Risultato atteso:

attivazione entro 14 mesi di almeno 3 percorsi assistenziali nell'ambito di :

- dimissioni protette per pazienti fragili e/o complessi
- percorsi riabilitativi integrati per ictus, frattura di femore, patologia cardiovascolare
- cure palliative
- gestione integrata di pazienti con patologie croniche (es: neoplasie, diabete, insufficienza respiratoria cronica) e con problematiche ad alta intensità assistenziale (es.: SLA)
- della gestione integrata di pazienti con disturbi cognitivi e del comportamento (demenze senili e malattia di Alzheimer).

Analizzeremo quest'ultimo aspetto nel paragrafo dedicato alla Continuità dell'Assistenza.

Presentiamo di seguito un quadro sintetico dei tempi di realizzazione del PUA, così come suindicati, precisando che la data della redazione del PAL è fissata al 12.11.08 e che da questa data decorrono le scadenze fissate dalla Regione per la puntualizzazione dei risultati.

Nei Piani Distrettuali verrà identificato un cronoprogramma per ogni realtà, che comunque ricalca quello seguente.

Ricordiamo per inciso che la prima scadenza è fissata al 31.12.08, per cui è necessario sin da subito che il direttore del distretto ed il suo staff avvino incontri di con gli operatori degli Uffici di Piano e degli EE.LL per promuovere gruppi di lavoro, magari monotematici, per studiare e pianificare le azioni da porre in essere nel proprio territorio: localizzazione del PUA , distribuzione più o meno diffusa dei punti di accesso , informazione a tutti gli operatori territoriali del distretto e dei Comuni, redazione di procedure formalizzate sulle modalità di funzionamento, elaborazione di protocolli d'intesa da far condividere dalla Assemblea dei Sindaci e dalla Direzione della ASL, modalità selettive del personale da dedicare al PUA, formazione dello stesso sino alla simulazione dell'attività e quindi all'avvio del PUA.

Entro comunque la fine dell'anno sarà soprattutto il distretto salario ad essere protagonista: mentre infatti per tutti i territori entro il 31.12 dovrà risultare effettuata informazione all'80% degli operatori del sociale in genere, nel distretto n. 2 dovranno già essere formalizzati diversi punti, come visto nell'analisi dei risultati attesi e come diffusamente sarà detto nel PAD.

Cronoprogramma PUA

2 mesi 12.01.09	3 mesi 12.02.09	6 mesi 12.05.09	12 mesi 12.11.09	13 mesi 12.12.09	14 mesi 12.01.10	15 mesi 12.02.10
1. avvio della organizzazione percorsi 2. sigla dei protocolli d'intesa ASL-EL	1. individuazione personale 2. formalizzazione procedure 3. avvio processi informativi formativi	attivazione almeno di <u>1 PUA</u> in un distretto	Valutazione attività PUA (poi con cadenza semestrale)	Completamento percorsi Informativo-formativi	Completamento organizzazione percorsi individuati	Attivazione del PUA negli altri distretti

2. Valutazione multidimensionale

Di fronte ad un bisogno semplice la risposta è altrettanto elementare, poiché il criterio di valutazione direttamente applicato equivale al criterio oggettivo.

Di fronte invece ad una domanda di assistenza frutto di un bisogno complesso, è necessario intervenire con metodi di valutazione che inquadrino il paziente sotto molteplici aspetti e diverse dimensioni.

La Valutazione multidimensionale per l'appunto, **VMD**, è un approccio che integra le diverse aree tematiche fondamentali che caratterizzano la condizione di soggetti portatori di patologie croniche con livelli medi o gravi di non - auto - sufficienza.

Va oltremodo evitato l'approccio all'anziano nei soli termini di salute/malattia che sono estremamente riduttivi se non fuorvianti; occorre invece avere una visione multi dimensionale dell'anziano stesso e dirigere gli interventi verso il mantenimento o il recupero delle potenzialità residue ancora ravvedibili.

L'esigenza di adottare uno strumento standard, come la **VDM**, che consente la valutazione dell'anziano da un punto di globale, ai fini assistenziali sanitari e sociali, nasce dall'esperienza anglosassone anteriore agli anni '90: venne promossa istanza in sede parlamentare nel gennaio del 1992 dal POSA ,Progetto Obiettivo Salute dell'Anziano, e il disegno, divenuto parte integrante del Piano Sanitario Nazionale, determinava le linee guida ministeriali miranti ad uniformare le direttive regionali in modo da arrivare gradualmente in tutta Italia ad adottare un unico strumento di **VMD** per la non-autosufficienza.

In linea generale, la **VMD** si inquadra perfettamente nella direzione individuata dal legislatore anche nella L. 328/2000 che si augura una integrazione tra l'istanza sociale e quella sanitaria. Da parte sua, il Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000, (L. 229/99) indicava tra le priorità per il cambiamento, una profonda revisione organizzativa dei servizi sanitari e sociali, in modo da realizzare un'effettiva integrazione a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale. Ne è emerso che, uno dei campi in cui è maggiormente sentita la necessità di questa integrazione è proprio quello riguardante l'assistenza continuativa all'anziano fragile.

La metodologia in questione, recepita come detto dal POSA, è stata introdotta nel nostro paese dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e richiede un approccio più complesso che per il passato, in cui si deve tener conto non solo delle malattie, in essere o pregresse, ma anche del contesto socio - ambientale e delle peculiarità psichiche e funzionali del paziente anziano.

Questo modo di accostarsi al problema sotto differenti punti di vista, viene definito Valutazione Multidimensionale: per la complessità dell'approccio sono necessarie più professionalità e più disciplinarietà che studiano insieme ed elaborano un quadro preciso della condizione dell'anziano nella sua globalità. Il momento della integrazione avviene con la estensione della ricerca anche agli aspetti sociali del bisogno , tramite l'utilizzo di personale assistente sociale di appartenenza dell'E.L. di residenza: **VMDI**,Valutazione multidimensionale integrata.

In particolare con la **VDMI** si andranno ad indagare le aree della

- salute fisica
- stato cognitivo
- stato funzionale
- condizione economica e sociale.

Da quanto esposto la finalità della **valutazione** può essere distinta in **un primo livello**, laddove lo scopo è essenzialmente l'identificazione, nell'ambito di una data popolazione (ad esempio anziani), dei soggetti sani in equilibrio stabile e di quelli a rischio più o meno elevato.

Tale valutazione di primo livello può essere effettuata anche dal singolo professionista, come già detto a livello del PUA

Il secondo livello, riferito a soggetti con funzioni sicuramente compromesse, è specificamente orientato alla definizione del Piano di assistenza individualizzato (PAI), strumento in grado di integrare le prestazioni sanitarie, socio sanitarie e assistenziali, e deve necessariamente essere effettuata da un'équipe multidisciplinare, l'Unità di valutazione Integrata (UVI), la cui composizione minima è data dalla presenza di una figura medica, infermieristica e dell' assistente sociale del distretto integrata dall'assistente sociale dell'E.L. e dal MMG, oltre lo specialista di riferimento per l'insieme delle patologie.

Il Piano di Assistenza Individuale (P.A.I) nella sua accezione progettuale si propone l'obiettivo di evitare di dare a tutti una risposta uguale, generalizzata, per poter invece porre l'accento sulla personalizzazione

dell'intervento.

Con i P.A.I si passa da un'organizzazione lavorativa che affida agli operatori la semplice esecuzione delle mansioni ad una in cui tutti coloro che operano all'interno dell'organizzazione vengono responsabilizzati in vista di determinati obiettivi. Il PAI dunque è uno strumento che ci consente la focalizzazione dell'attenzione sul paziente il quale, sentendosi maggiormente considerato può incrementare quell'autostima che spesso viene invece a perdere nel momento in cui entra in un percorso o struttura di accoglienza che lo considera un non individuo, uno tra gli altri.

L'attenzione quindi verso problemi emergenti, individuali, attuando strategie non standardizzate ma contingenti e con-divise, restituisce dignità all'anziano ma conferisce pure maggiore dignità e senso all'operare del personale che, a diverso titolo, presta la sua professionalità all'interno della struttura. Tutti quindi, responsabilmente, sono chiamati a dare il personale contributo per il raggiungimento degli obiettivi che, all'interno del PAI, ci si è prefissati di ottenere.

Il PAI prevede inoltre l'identificazione della figura che svolgerà il ruolo di coordinamento funzionale degli interventi previsti, il case manager, generalmente rappresentato da una figura infermieristica. Trattasi di un tassello fondamentale nei percorsi assistenziali, le cui funzioni, compiti, mansioni e ruolo sono trattate a pag .52, nel paragrafo destinato al governo infermieristico.

Onde omogeneizzare in tutta la regione la metodica di valutazione, l'Assessorato alla salute ha adottato un software, il VAOR - RUG: detto strumento informatico dovrà garantire un linguaggio e criteri di valutazione uniformi per l'intero territorio regionale. Tale strumento potrà essere utilizzato come valutazione di primo livello dal singolo operatore nel PUA e, da parte dell'UVI, quale valutazione di secondo livello.

La Regione, con delibera n. 40 del 25.1.08, ha già adottato lo strumento informatico RUG, sperimentalmente per le residenzialità, come specificato nelle direttive della circolare 17.4.08, prevedendo una adeguata formazione degli operatori dell'ADI e dell'équipe dell'UVI.

Nelle linee guida regionali è regolamentato che ciascun distretto dovrà essere dotato di una funzione di valutazione, flessibile e modulare, svolta da almeno una équipe: come meglio evidenziato nel contesto dei PAD, una criticità attualmente presente riguarda la specialistica di afferenza dell'équipe.

Ripercorrendo le linee guida regionali, di seguito presentiamo le caratterizzazioni principali della programmazione della VDMI:

Indicatori di valutazione del processo e dei risultati

1. Disponibilità di **procedure formalizzate** per la funzione di valutazione multidimensionale, elaborate dal distretto in accordo con l'ufficio di piano.

Risultato atteso: disponibilità di specifica procedura formalizzata per la VDM integrata entro **2 mesi** per l'intera ASL ed in ogni distretto

2. **Numero Unità di valutazione integrata / numero distretti**

Risultato atteso: attivazione entro **2 mesi in ciascun distretto** dell' UVI, composta almeno da:

Infermiere, Assistente sociale, Medico di medicina generale, **Medico di distretto**: tale nucleo di base verrà integrato dallo/ gli specialista /i in relazione alla natura della patologia presentata.

È prevista inoltre la presenza dell'assistente sociale dell'E.L.

3. Iniziative di **informazione** rivolta agli operatori del distretto e dei servizi sociali EE.LL: **numero degli operatori coinvolti / totale degli operatori del distretto e dei servizi locali**

Risultato atteso: coinvolgimento nelle attività informative di almeno l' **80%** del personale entro **3 mesi**

4. iniziative di **formazione** rivolta al personale UVI e PUA: **numero operatori coinvolti / numero totale operatori**

Risultato atteso: coinvolgimento nelle attività formative del 100% del personale entro 6 mesi

5. numero valutazioni di II livello sui nuovi casi destinati ai servizi Residenziali e semiresidenziali / nuovi casi

Risultato atteso: 100% di valutazioni con strumento informatico sui nuovi casi destinati ai servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari entro il 2009

Cronoprogramma VMD

2 mesi 12.01.09	3 mesi 12.02.09	6 mesi 12.05.09	9 mesi 12.08.09	12 mesi 12.11.09
<p>1. disponibilità di procedure formalizzate per la VMDI</p> <p>2. disponibilità di 1 UVI per la VMDI in ogni distretto</p>	<p>Completamento delle iniziative di informazione</p>	<p>Completamento iniziative di formazione</p>	<p>Implementazione nella ASL del VAOR</p>	<p>- Utilizzo del VAOR per tutti i nuovi casi</p> <p>- Avvio del Monitoraggio</p>

3. Continuità assistenziale

La Continuità dell'Assistenziale (**CA**) risponde all'esigenza di strutturare **percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio e viceversa**, in grado di colmare quel vuoto assistenziale che, oltre a essere negativamente percepito dal paziente quale abbandono istituzionale, può compromettere il buon esito delle cure e condurre alla medicalizzazione di condizioni anche non strettamente sanitarie.

Se la prospettiva futura vede le strutture ospedaliere, caratterizzate da un sempre più elevato livello di specializzazione, erogare un'assistenza sanitaria ai pazienti soprattutto nella fase acuta della malattia, è ancora più essenziale disporre di una funzione che possa fungere da cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale, e che agisca da garante della continuità delle cure soprattutto per quei soggetti "complessi" perché portatori di polipatologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti.

La continuità assistenziale, oltre che di modelli quali il disease management, deve potersi avvalere di strumenti di integrazione di servizi sociali, sanitari, educativi e di contesto mediante lo sviluppo e l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione all'interno di un sistema di reti.

I percorsi di cura non possono concludersi all'interno dell'ospedale né identificarsi con l'assistenza offerta dalle cure primarie, ma necessitano di un'integrazione fra livelli assistenziali di diversa intensità e complessità.

È necessario individuare modalità di raccordo e di relazione stabili ed esplicite fra assistenza ospedaliera e cure territoriali, e tra servizi sanitari e socio sanitari, nel rispetto delle peculiari specificità dei singoli ambiti assistenziali.

È opportuno sottolineare che la continuità assistenziale non costituisce una sovrapposizione strutturale, ma piuttosto rappresenta uno sviluppo funzionale e organizzativo che, ponendo in relazione tra loro strutture e professionisti ospedalieri e territoriali, orienta e facilita il percorso del cittadino superando gli aspetti prestazionali e meramente riparativi sino ad oggi preponderanti.

Il concetto di continuità è caratterizzato dalla bidirezionalità, ovvero dalla possibilità di attivare sia percorsi dall'ospedale per acuti al territorio sia inversamente, vale a dire dal territorio all'ospedale o ad altro setting assistenziale, tipo cure intermedie o diurni e residenzialità sociali.

Occorre costruire ed implementare una **procedura** volta a garantire la continuità assistenziale appropriata, efficace, ed efficiente del paziente non autosufficiente dimissibile da strutture di degenza per acuti. Come descritto nell'**l'ALLEGATO n. 5**, che illustra analiticamente i **PERCORSI ORGANIZZATIVI** del **PUA** e della **CA**, la procedura dovrà prevedere:

- Tutela assistenziale sanitaria e sociale del paziente
- Uso appropriato delle risorse
- Integrazione tra attività ospedaliera e territoriale
- Analisi del bisogno assistenziale, tramite strumento informatico da parte della VDMI
- Analisi organizzativa del contesto assistenziale sociosanitario
- Redazione del PAI
- Criteri di inclusione o esclusione dalla rete disponibile
- Risposta appropriata al bisogno assistenziale sanitario e sociale

La procedura in sintesi deve portare alla definizione di un percorso integrato che

- definisce i criteri di accesso per tipologie di pazienti alle diverse strutture assistenziali presenti sul territorio
- tende alla ottimizzazione delle risorse attraverso la definizione del percorso più appropriato rispetto al bisogno assistenziale del paziente
- finalizza il MMG alla gestione del proprio paziente, in un programma di presa in carico reale, in interventi coordinati dal case manager assegnatario del PAI di quell'assistito.

Ripercorrendo le linee guida regionali, di seguito presentiamo le caratterizzazioni principali della programmazione della CA, precisando, come già detto, che abbiamo destinato l'ALLEGATO n. 5 a mostrare analiticamente i PERCORSI ORGANIZZATIVI del PUA E della CA

Indicatori di valutazione del processo e dei risultati

- percorsi assistenziali individuati e attivabili attraverso il PUA per ciascun distretto / numero complessivo di percorsi attivabili

Risultato atteso: attivazione entro 14 mesi di almeno 3 percorsi assistenziali nell'ambito di:

- delle dimissioni protette per pazienti fragili e/o complessi
- dei percorsi riabilitativi integrati per ictus, frattura di femore, patologia cardiovascolare
- delle cure palliative
- della gestione integrata di pazienti con patologie croniche (es: neoplasie, diabete, insufficienza respiratoria cronica) e con problematiche ad alta intensità assistenziale (es.: SLA)
- della gestione integrata di pazienti con disturbi cognitivi e del comportamento (demenze senili e malattia di Alzheimer).

Cronoprogramma CA

2 mesi 12.01.09	3 mesi 12.02.09	14 mesi 12.01.10
avvio dell' organizzazione dei percorsi assistenziali individuati	completamento dell'organizzazione dei percorsi assistenziali individuati	Attivazione di almeno tre Percorsi Assistenziali