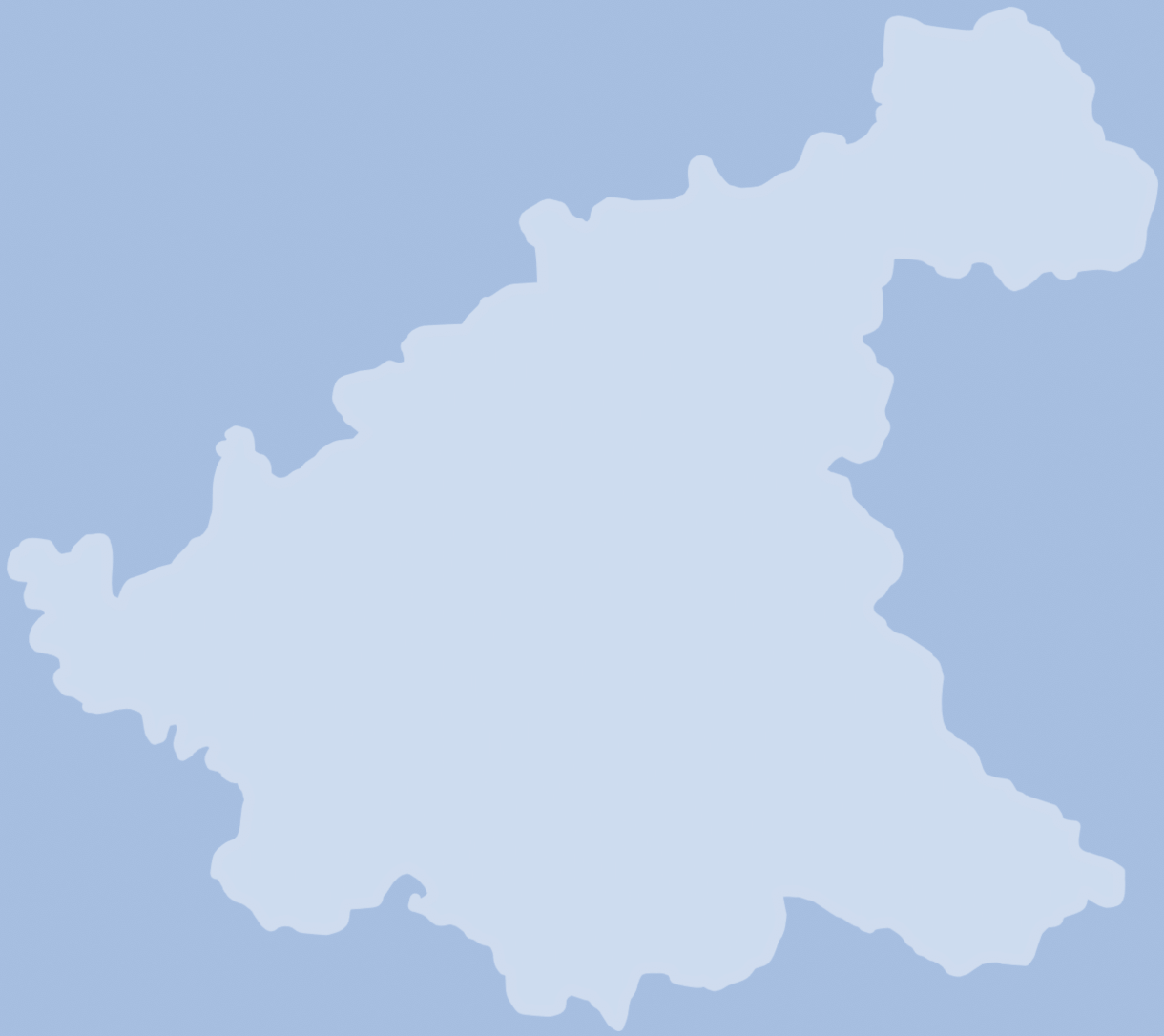


2022-2024

“**PIANO
TERRITORIALE**”
ASL RIETI



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
RIETI



REGIONE
LAZIO

INDICE

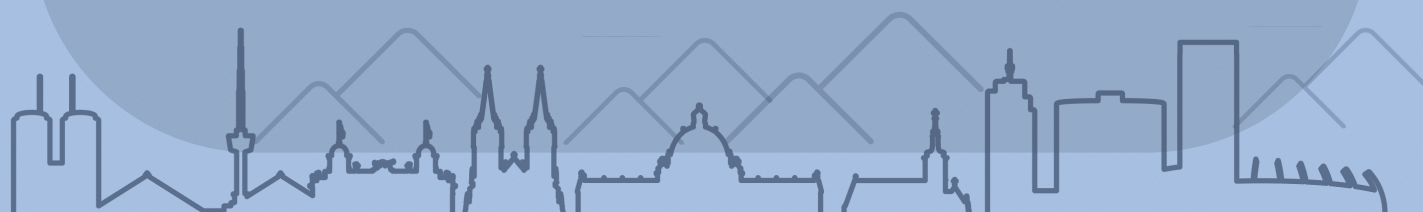
I NOSTRI PRINCIPI GUIDA	3
“PIÙ VELOCE VA UN’AUTOMOBILE E PIÙ LONTANO DEVONO ILLUMINARE I FARI”	4
IL PIANO TERRITORIALE COME GUIDA ALL’INNOVAZIONE.....	4
PRENDIAMO IN CARICO IL “BISOGNO” POTENZIANDO LA PROATTIVITÀ E PROSSIMITÀ DELLE CURE	6
TERRITORIO COME POLO DELLA GOVERNANCE E DELL’ATTUAZIONE DI POLITICHE INTEGRATE	7
INTEGRAZIONE ORIZZONTALE E VERTICALE PER DEFINIRE MODELLI ORGANIZZATIVI DI “RETE”	8
LO STANDARD DI GARANZIA PER UN NUOVO MODELLO DI SERVIZIO	9
CREIAMO UN ECOSISTEMA DIGITALE SANITARIO CONNESSO	10
LA ASL DI RIETI, A GEOGRAFIA FRAMMENTATA, INTENDE RIDURRE IL GAP TRA DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI SANITARI.....	11
LA ASL DI RIETI È FRAMMENTATA, CON UN TERRITORIO DISPERSIVO E UNA LARGA PARTE DELLA POPOLAZIONE OVER65	11
LA RETE TERRITORIALE DELL’ASL DI RIETI OGGI	14
L’ASL DI RIETI HA REALIZZATO IL PIANO DELLA CRONICITÀ E STA IMPLEMENTANDO 4 PDTA PER LA PRESA IN CARICO DEL CRONICO	14
L’ASL DI RIETI HA RIORGANIZZATO I PROPRI SERVIZI PER GESTIRE L’EMERGENZA COVID-19	15
VOGLIAMO DIMINUIRE GLI ACCESSI NON APPROPRIATI IN OSPEDALE E LA MOBILITÀ PASSIVA, DANDO UN NUOVO VOLTO ALLA PRESA IN CARICO	17
EMERGE LA NECESSITÀ DI <i>SETTING</i> ASSISTENZIALI APPROPRIATI	17
LA MOBILITÀ PASSIVA: È NECESSARIO MIGLIORARE L’ATTRATTIVITÀ DEI SERVIZI	17
FOCALIZZIAMOCI SUL CITTADINO, ANCOR PRIMA DEL PAZIENTE	19
L’AUTOMONITORAGGIO ANCOR PRIMA DEL TELEMONITORAGGIO; L’IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE ATTIVA.....	19
PIANO DELLA COLLETTIVITÀ: UN CAMBIO DI PROSPETTIVA NEL <i>COMMUNITY BUILDING</i>	20
LA ASL DI RIETI PIANIFICA DI REALIZZARE PROGETTI NELLA LOGICA DEL <i>COMMUNITY ENGAGEMENT</i>	22
RIORGANIZZIAMO LA RETE INFRASTRUTTURALE SUL TERRITORIO	25
IL PNRR FORNISCE FINANZIAMENTI PER L’ISTITUZIONE DI NUOVI <i>SETTING</i> ASSISTENZIALI SUL TERRITORIO.....	25
PREVISTE PER LA RETE TERRITORIALE DELL’ASL DI RIETI 7 CASE DI COMUNITÀ, 2 OSPEDALI DI COMUNITÀ E 4 COT	26
NUOVI MODELLI DI SERVIZIO PER NUOVI SETTING ASSISTENZIALI.....	28
I NUOVI SETTING TERRITORIALI DARANNO VITA A NUOVI MODELLI DI SERVIZIO, CHE DOVRANNO INTERFACCIARSI CON LA RETE ESISTENTE.....	28
CASE DI COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA: RUOLO, RISPOSTA AL FABBISOGNO E ATTORI COINVOLTI.....	28
SVILUPPO DELLE CURE INTERMEDIE: GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ, RUOLO, RISPOSTA AL FABBISOGNO E ATTORI COINVOLTI	32
L’INFERMIERE DI COMUNITÀ: UN FACILITATORE DELLA PRESA IN CARICO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	33
SUPPORTIAMO LA RIQUALIFICAZIONE DEL NOSTRO CAPITALE UMANO	34
NECESSARIA UNA RIORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE A FRONTE DI QUANTO FINANZIATO DAL PNRR	34
È NECESSARIO UN RIDISEGNO DELLO <i>SKILL MIX</i> E FORMAZIONE DEL PERSONALE ALL’INTERNO DEI NUOVI SETTING ASSISTENZIALI	34
RIQUALIFICHIAMO FORMA ED ESSENZA DI CIÒ CHE RIGUARDA IL NOSTRO CAPITALE UMANO	35
APPROFITTIAMO DELLA DIGITALIZZAZIONE	38
L’ASL DI RIETI HA IMPLEMENTATO SERVIZI (DI TELEMEDICINA E NON SOLO) DURANTE L’EMERGENZA COVID-19	38
L’ASL DI RIETI E IL SUO APPROCCIO ALLA DIGITALIZZAZIONE	39
UNA <i>ROADMAP</i> CHE GUIDI LA TRASFORMAZIONE DIGITALE	40
MISURIAMO GLI <i>OUTCOME</i> PER ORIENTARE OGNI EURO VERSO LE CURE CHE HANNO UN IMPATTO APPROPRIATO E POSITIVO	42
MISURIAMO LA PERCEZIONE DEGLI ASSISTIBILI RISPETTO AL SERVIZIO.....	42
APPROFITTIAMO DELLA DIGITALIZZAZIONE PER MISURARE L’ESITO DELLE PRESTAZIONI (<i>PROMS, PREMS</i>)	43
APPLICHIAMO METODOLOGIE DI ANALISI COSTO-EFFICACIA PER ORIENTARE IN MODO PIÙ ADEGUATO IL CAMBIO DEI MODELLI DI SERVIZIO.	44

I NOSTRI PRINCIPI GUIDA

La stesura del Piano Territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Rieti mira a formalizzare una riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, in coerenza con le opportunità nate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e tenendo in considerazione il quadro tecnologico in costante evoluzione nel settore sanità (anche in seguito alla pandemia COVID-19).

In particolare, le direttrici su cui si muoverà il Piano saranno legate alla necessità di rafforzare la presa in carico sul territorio, investire risorse nella continuità assistenziale e utilizzare come *driver* del cambiamento la digitalizzazione e, in particolare, la telemedicina. Tutto ciò potrà avvenire solo tramite un coinvolgimento ed *empowerment* delle comunità. Cinque sono essenzialmente le traiettorie strategiche *mission-driven* del cambiamento:

- **Proattività e Prossimità delle cure:** con il presente Piano la ASL di Rieti punta a riorientare i servizi sanitari ponendo al centro la persona attraverso azioni che facilitino le occasioni e le opportunità per il rafforzamento e il mantenimento della propria salute da parte del paziente anche tramite un cambio di paradigma che permetta di passare da logiche orientate alla "cura" ad un sistema basato sulla presa in carico del "bisogno";
- **Territorio porta d'accesso alle cure:** il territorio dell'ASL di Rieti, per la sua conformazione, rende complessa l'erogazione di servizi sanitari specialmente nelle zone maggiormente disagiate e a soffrirne sono i più fragili, tra cui i pazienti cronici. Con il presente Piano la ASL di Rieti mira a valorizzare il territorio affinché costituisca la porta di accesso alle cure e il perno intorno a cui costruire risposte ai bisogni di salute della comunità
- **Integrazione orizzontale e verticale:** le sfide per l'innalzamento degli *standard* qualitativi dei servizi erogati e del miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure porranno l'accento su necessità di integrazione tra *setting* assistenziali, professionisti e *stakeholder* infra-multisettoriali. Con il presente Piano la ASL di Rieti vuole definire nuovi modelli organizzativi per connettere, allineare e creare collaborazione tra tutti i settori;
- **Standard di garanzia:** al fine di realizzare un modello organizzativo territoriale ed integrato, la ASL di Rieti vuole ridefinire lo "*standard* di servizio" basandosi sulla presa in carico, il Piano Individuale di Salute e l'uso di percorsi clinico-assistenziali; la continuità assistenziale e la transizione delle cure e la prossimità spostando l'attenzione dal luogo di "cura" alla comunità ed agli ambienti di vita e di lavoro delle persone;
- **Digitalizzazione:** la pandemia ha rappresentato forse la sfida di sanità digitale più grande degli ultimi tempi ma ha anche dimostrato la flessibilità di cui è stato capace il nostro SSN nell'implementare soluzioni di diagnosi, trattamento e monitoraggio da remoto. Con il presente Piano la ASL di Rieti mira a consolidare le soluzioni nate durante il periodo emergenziale e ad esplorare ed implementare nuove possibilità, con la creazione di un ecosistema digitale connesso, anche tramite il ridisegno delle competenze necessarie (es. digitali) per il capitale umano dell'Azienda.



“PIÙ VELOCE VA UN’AUTOMOBILE E PIÙ LONTANO DEVONO ILLUMINARE I FARI”

IL PIANO TERRITORIALE COME GUIDA ALL’INNOVAZIONE

“...il futuro modella il presente nello stesso modo in cui le azioni del passato hanno modellato il presente. Se vogliamo cambiare il presente dobbiamo cambiare la nostra immagine del futuro. Pensare al futuro ci deve aiutare a cambiare il presente...”. (Glen Hiemstra)

I cambiamenti demografici, epidemiologici e socio-economici hanno profondamente trasformato la popolazione e il bisogno di salute dei cittadini e delle nostre comunità.

Il tema dell’assistenza sanitaria all’interno di un determinato territorio rappresenta la sfida centrale per i prossimi anni, tesa a rendere il Servizio Sanitario più vicino alle persone e alla Comunità, più accessibile, fruibile e punto di riferimento imprescindibile per dare valore al concetto di “salute” nelle diverse fasi della vita delle persone.

La pandemia causata dal COVID-19 ha messo in risalto la mancanza di adeguate cure di prossimità in molte aree d’Italia con allarmanti differenze di mortalità ed ospedalizzazione. La visione strategica che deriva anche dall’esperienza pandemica riconosce nella prevenzione, nella prossimità e proattività delle cure i cardini del modello organizzativo dell’assistenza territoriale, modello che dovrà avere un approccio unitario, una visione strategica sistemica, olistica, di sviluppo delle reti sanitarie e sociali, di creazione di valore per la Comunità, capace di contestualizzarsi in relazione alle specificità di un’area territoriale quale quella reatina.

Il Piano Territoriale della Asl di Rieti è uno sguardo verso il futuro come “progetto innovativo”, come necessità di discontinuità rispetto ad un modello prevalentemente prestazionale e frammentato, che la pandemia da COVID-19 ha dimostrato essere

non adeguato, ma che, come tale, non è neanche rispondente all’analisi dei bisogni della popolazione e al suo livello di rischio di patologie. Infatti, il Piano territoriale è lo strumento più adeguato a guidare l’innovazione e la riorganizzazione delle cure sul territorio della Asl di Rieti. Tale strumento di programmazione, si propone di rafforzare il ruolo di governo nell’ambito del sistema partecipativo della Comunità, di adeguare l’assetto programmatico alle scelte del riordino aziendale proprie della proposta di nuovo Atto Aziendale, rilanciare la necessità dell’integrazione delle politiche sanitarie e sociali e affrontare le nuove emergenze con particolare riferimento alla crescita delle disuguaglianze, al problema dell’equità e sicurezza delle cure, della scarsa accessibilità ai servizi, delle nuove e vecchie povertà, e della rinuncia alle cure determinatesi con il COVID-19. Inoltre, la pandemia ha evidenziato il valore strategico della collaborazione e del coinvolgimento attivo dei cittadini per garantire la tutela della salute, mostrando come il benessere collettivo non è il risultato di una sommatoria di prestazioni, ma il frutto di una pluralità di comportamenti coerenti e responsabili. In questi mesi l’intera Comunità reatina è stata chiamata a collaborare responsabilmente alle misure di protezione dal COVID-19 rendendo evidente che la partecipazione dei cittadini è uno strumento di cui non si può fare a meno per realizzare interventi sanitari efficaci.

Questa consapevolezza deve produrre un cambiamento culturale ed organizzativo volto a: ripensare i servizi sanitari e sociali, partendo dall’idea che **il singolo cittadino** oltre a essere un utente di prestazioni sociali o sanitarie **è responsabile, con le sue azioni, del benessere della comunità e quindi va coinvolto in modo attivo,** anche sperimentando su larga scala forme di co-produzione dei servizi come previsto nei Piani di Zona. In un contesto dinamico e mutevole

come quello attuale, l'ASL di Rieti, deve essere in grado di svolgere un ruolo di attivatore e facilitatore di processi capaci di produrre innovazione organizzativa e tecnologica. Il coinvolgimento attivo presuppone una responsabilizzazione diffusa sull'uso e ruolo dei servizi, sulla necessità di semplificare l'accesso e rendere fruibili i percorsi e le prestazioni, anche attraverso un uso consapevole e coordinato dello strumento digitale al servizio dei cittadini che da casa o da remoto possono interfacciarsi con le strutture ed i professionisti, usufruire delle prestazioni e dati personali, e muoversi all'interno della rete clinica ed assistenziale integrata. Una rete strutturata di servizi ospedalieri e territoriali come trama, invisibile per il cittadino, fatta di prossimità, proattività, flessibilità, tempestività, connessioni e integrazione tra strutture fisiche, servizi, professionisti, ambiti intersettoriali d'intervento. L'obiettivo è quello di garantire al cittadino un'esperienza dei servizi dedicati alla salute che consenta di utilizzare quello che serve ed è appropriato, semplificando ed alleggerendo, ogni volta che è possibile, i disagi dovuti alla dimensione spaziale e temporale della cura. Una rete integrata e di prossimità, che sia in grado di garantire la ricomposizione, l'accompagnamento e la continuità nei percorsi di cura e/o nella programmazione degli interventi attraverso l'uso del Piano di Salute Personalizzato (PSP) unico strumento che grazie alla programmazione e pianificazione degli interventi supporta ed accompagna attraverso la rete, il cittadino nei diversi percorsi clinico, assistenziali diagnostici e terapeutici realizzando una presa in carico "agita" e la continuità delle cure. All'interno di questo quadro strategico di cambiamento sia paradigmatico/concettuale che operativo, che deve caratterizzare le risposte al bisogno di salute nel territorio, rimane il tema dell'equilibrio dell'offerta e dell'integrazione delle funzioni assistenziali ospedaliere e territoriali, coerentemente con i criteri di utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse, reso ancora più cogente in ragione della

distanza dai servizi e dalle peculiarità demografiche e socioeconomiche di questa area che soffre di una mobilità passiva che va ricondotta nell'alveo della sola naturale mobilità fisiologica di confine date le peculiarità orografiche del territorio reatino. Quindi obiettivo all'interno delle sfide delineate, è quello di creare le condizioni per rendere attrattivi i servizi, rispondere ai bisogni legati alle fragilità e cronicità, ma anche all'acuzie e alla gestione delle patologie a media e bassa complessità.

Cinque sono essenzialmente le traiettorie strategiche *mission-driven* del cambiamento:

- **Proattività e prossimità delle cure**, quale strumento per il superamento delle disuguaglianze ed iniquità nell'accesso e per la garanzia a tutti i cittadini della presa in carico;
- **Territorio come polo della governance** e dell'attuazione di politiche integrate;
- **Integrazione orizzontale e verticale** (strutture-servizi-professionisti) per garantire la struttura delle reti di cura, e la continuità assistenziale;
- **Standard di garanzia** attraverso un nuovo **modello di servizio** esplicito e strutturato;
- **Ecosistema digitale** quale infrastruttura trasversale ai percorsi e processi che caratterizzano la presa in carico durante tutte le fasi del percorso del paziente nei diversi servizi e a domicilio;

Figura 1: Le 5 traiettorie strategiche del cambiamento



PRENDIAMO IN CARICO IL “BISOGNO” POTENZIANDO LA PROATTIVITÀ E PROSSIMITÀ DELLE CURE

Le dimensioni del fenomeno della cronicità, con l'invecchiamento della popolazione e l'impatto sociosanitario richiedono un diverso approccio alla salute delle persone.

Partendo da una visione di sanità orientata alla comunità, si rende necessario riorientare i servizi sanitari ponendo al centro la persona attraverso azioni che facilitino le occasioni e le opportunità per il rafforzamento e il mantenimento della propria salute da parte del paziente.

In quest'ottica, è necessario realizzare un **sistema di assistenza integrata** per le condizioni croniche che abbia come elementi costitutivi:

- **Promozione della salute** attraverso un efficace sistema di **prevenzione** e programmi di **sostegno all'autogestione (selfcare)** della propria salute tesi a sviluppare le capacità personali dell'individuo nell'autogestione e l'assunzione di comportamenti e stili di vita corretti;
 - **Mobilitazione e coordinamento delle risorse della comunità** attraverso il rafforzamento dell'azione della comunità per la creazione di ambienti favorevoli ed il coinvolgimento dei vari *stakeholder* attraverso l'integrazione intersettoriale tra i vari ambiti: luoghi di lavoro, comunità, scuola, settore sociale e settore sanitario;
 - **Organizzazione dei team sanitari** preparati e pronti per gestire i problemi di salute (anche correlati alla cronicità) secondo i diversi livelli di complessità;
 - **Promozione della continuità e del coordinamento delle cure** attraverso la creazione di una rete strutturata di servizi e professionisti in grado di prendere in carico ed accompagnare la persona assistita in modo efficace ed efficiente nella “transizione” tra i vari *setting* assistenziali;
- **Uso di sistemi informativi** dematerializzati (es: FSE), **ecosistemi digitali sanitari più flessibili e personalizzabili** (attraverso servizi di Telemedicina e digitale care) e **percorsi sanitari semplificati** in grado di facilitare l'accesso alle cure anche grazie a processi di alfabetizzazione digitale.

La realizzazione della “prossimità” e della continuità delle cure richiede un cambio di paradigma passando **da una logica centrata sulla “cura” ad un sistema basato sulla presa in carico del “bisogno”** a partire dalla popolazione anziana e fragile con l'obiettivo di mantenere e/o migliorarne le condizioni di salute.

Questa è una logica che risponde all'esigenza di ridefinire la rete di copertura dei bisogni assistenziali lasciando l'urgenza e l'acuzie alla rete ospedaliera, e l'assistenza socio-sanitaria della cronicità, la gestione del post-ricovero e il controllo/*follow-up*, alla rete dei servizi territoriali in un'ottica che promuova la medicina d'iniziativa, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché all'assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi.

Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio è reso possibile dalla:

- Realizzazione di una rete di servizi di cure primarie ed intermedie (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Cure Domiciliari, ecc.);
- Strutturazione di reti cliniche integrate strutturate caratterizzate da:
 - Costituzione di gruppi multiprofessionali (MMG, Medico Specialista, Infermiere, Assistente sociale e altri professionisti che si rendano necessari);

- La valutazione multidimensionale da parte del team dei bisogni clinici e socio-assistenziali e la definizione del Piano di Salute Personalizzato (PSP) della persona presa in carico;
- definizione di PDTA personalizzati "pro-attivi" di assistenza per ogni paziente.

TERRITORIO COME POLO DELLA GOVERNANCE E DELL'ATTUAZIONE DI POLITICHE INTEGRATE

Il territorio costituisce la porta di accesso alle cure e costituisce il perno intorno a cui costruire risposte ai bisogni di salute della comunità. È dunque necessario puntare a:

- **Irrobustire la prevenzione delle malattie.** È necessario sviluppare un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.
- **Effettuare adeguata programmazione dei servizi** attraverso:
 - **La stratificazione dei diversi livelli del rischio** sulla base dei bisogni socioassistenziali. La stratificazione della popolazione, omogenea su tutto il territorio reatino per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, consente di differenziare le strategie di intervento per una presa in carico degli assistiti mirata e personalizzata in relazione al livello di rischio del bisogno di salute garantendo l'equità di accesso all'assistenza sanitaria;
 - **La tassonomia** dei servizi erogati dalla rete territoriale superando gli stretti confini del modello "fisico" attuale verso una compenetrazione e coordinamento di più setting e saperi disciplinari;
 - **La sinergia tra** la governance dell'**Azienda Sanitaria** e la rappresentanza degli **Enti Locali** appare essenziale e strategica per la

programmazione condivisa e responsabile di attività di:

- Prevenzione e promozione della salute per gli stili di vita corretti e per il benessere diffuso attraverso un approccio che mira al coinvolgimento di più soggetti interessati, che favorisca la promozione di comportamenti favorevoli alla salute, fornendo alla persona gli strumenti critici per prendere decisioni migliori per il proprio benessere, agendo sui propri contesti di vita attraverso campagne informative e di educazione alla salute;
- Tutela dei "determinanti di salute" negli ambienti di vita, lavoro, scuola, sanità, nelle comunità sia nei contesti urbani che rurali attraverso politiche che puntino a migliorare la salute del cittadino favorendo l'invecchiamento attivo.
- **L'integrazione come strumento di intersectorialità tra i diversi ambiti** (scuola, lavoro, sociale, sanità) in funzione di obiettivi comuni finalizzati alla realizzazione del **principio della "salute in tutte le politiche"**: essenziale appare l'integrazione dei modelli sociosanitari e socio-assistenziali attraverso un Progetto di Salute condiviso tra i diversi portatori di interesse a livello locale per favorire la presa in carico consapevole e proattiva su bisogni socioassistenziali ed il coordinamento degli interventi necessari.
- Al fine di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio- sanitari del territorio, i Distretti Sanitari operano, inoltre, in raccordo con i Comuni per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti socio-sanitari attraverso gli strumenti di programmazione del distretto: Piano di Zona (PdZ) e Programma delle Attività Territoriali (PAT).

- **Governo della domanda/offerta.** Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. Le funzioni del Distretto possono essere ricondotte a:
 - **Funzione di committenza**, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili;
 - **Funzione di garanzia**, ossia di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità e sicurezza delle cure e dei servizi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale;
 - **Funzione di produzione**, ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali, è caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

INTEGRAZIONE ORIZZONTALE E VERTICALE PER DEFINIRE MODELLI ORGANIZZATIVI DI "RETE"

Il miglioramento della qualità dei servizi erogati, della soddisfazione degli assistiti, nonché dell'efficacia e dell'appropriatezza del sistema delle cure, passa attraverso un **adeguato livello di integrazione tra:**

- **i setting assistenziali;**
- **i professionisti;**
- **gli stakeholder infra-multisetoriali.**

È necessario definire modelli organizzativi e tecnici di "rete" disegnati per connettere, allineare, creare collaborazione tra tutti i settori sia clinico assistenziali (*cure-care*) che amministrativo, tecnico, sociosanitario e interistituzionali. L'integrazione verticale tra i diversi ambiti di vita e di lavoro delle persone, tra diversi settori d'intervento si associa e si realizza attraverso l'integrazione orizzontale

tra i diversi servizi, *setting*, professionisti e cittadini.

Le reti cliniche integrate per la gestione dei pazienti cronici costituite da professionisti di diverse discipline

rappresentano un esempio concreto di integrazione orizzontale. Queste consentono di:

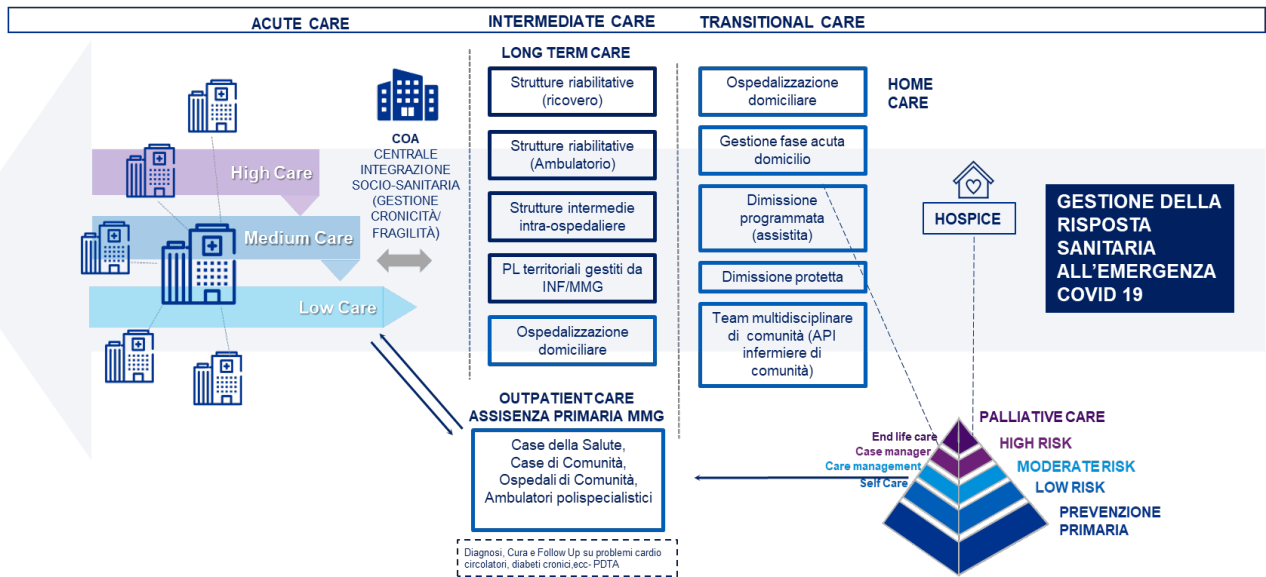
- lavorare in modo coordinato mediante percorsi di cura nel contesto di più *setting* assistenziali, superando le consuete restrizioni dovute ai confini professionali ed organizzativi esistenti in modo da offrire a tutti i cittadini lo stesso livello di servizio e con la stessa qualità;
- dare una risposta continuativa attraversando trasversalmente i vari setting di cura ed assistenza essendo focalizzate su specifici gruppi di patologie (ad esempio tumori, ictus, disturbi respiratori).

La "**Casa di Comunità**" costituisce il luogo fisico e virtuale nell'ambito del quale coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici. È anche il luogo dell'integrazione sociosanitaria dove il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie.

Il **sistema hub & spoke, organizzato per livelli di intensità e per percorsi**, costituisce la traduzione organizzativa del modello di rete ad integrazione ospedale-territorio, prevedendo la concentrazione dell'assistenza per acuzie di elevata Intensità/complessità alla rete ospedaliera, e la continuità assistenziale e la transizione verso *setting*/livelli cura a bassa intensità alla rete dei servizi territoriali, quali Domicilio, Ospedali di Comunità, residenzialità.

La **Centrale Operativa Territoriale (COT)** svolge funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nella transizione tra i diversi *setting* assistenziali: programmazione

Figura 2: Gestione della risposta sanitaria tenendo conto dell'emergenza COVID-19



delle attività domiciliari, programmazione della transizione dall'ospedale verso setting residenziali, raccordo con la rete dei servizi territoriali, ospedalieri e dell'emergenza-urgenza.

LO STANDARD DI GARANZIA PER UN NUOVO MODELLO DI SERVIZIO

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da COVID-19 ha reso evidente e urgente il miglioramento di diversi processi così come la necessità di introdurre nuovi modelli di presa in carico del paziente a livello territoriale, in particolare per la gestione dei pazienti cronici e fragili.

È necessario realizzare un modello organizzativo territoriale ed integrato che sappia partire dai reali bisogni di salute della popolazione di riferimento e sia in grado di assicurare le giuste risposte ed assicurare la presa in carico, la continuità assistenziale e forti livelli di integrazione orizzontale e verticale.

A tal fine è necessario **ridefinire lo "standard di servizio"**. L'ASL, quale articolazione del SSR, deve rendersi garante verso il cittadino, il quale ha diritto di sapere cosa si offre, in quanto tempo, in quale setting, da chi viene erogato il servizio e con quali competenze e responsabilità, con quali

esiti, secondo una logica di percorso integrato.

Il nuovo **modello di servizio** si basa su:

- **la presa in carico, il Piano Individuale di Salute e l'uso di percorsi clinico-assistenziali;**
- **la continuità assistenziale e la transizione delle cure;**
- **la prossimità**, spostando l'attenzione dal luogo di "cura" alla comunità ed agli ambienti di vita e di lavoro delle persone.

Rilevanza in questo nuovo modello di servizio assumono anche l'uso delle tecnologie digitali per l'assistenza e le piattaforme di telemedicina.

Figura 3: Ridefinizione dello standard di servizio



CREIAMO UN ECOSISTEMA DIGITALE SANITARIO CONNESSO

È necessario agevolare il trasferimento tecnologico e accelerare la trasformazione digitale dei processi produttivi sanitari in un'ottica di sostenibilità economica e ambientale e di impatto sociale sul territorio.

L'obiettivo è quello di **realizzare un ecosistema digitale sanitario connesso**, che utilizzi le applicazioni di salute digitali come parte dei percorsi di cura individualizzati dei pazienti e per incrementarne l'efficacia e gli esiti, garantendo una migliore e più efficiente integrazione tra le diverse figure professionali coinvolte.

Il percorso di digitalizzazione implementato durante la pandemia punta ad incrementare l'uso della telemedicina e delle tecnologie *e-health* già sperimentate con successo soprattutto a livello di servizi integrati di assistenza domiciliare a supporto dell'assistenza di prossimità.

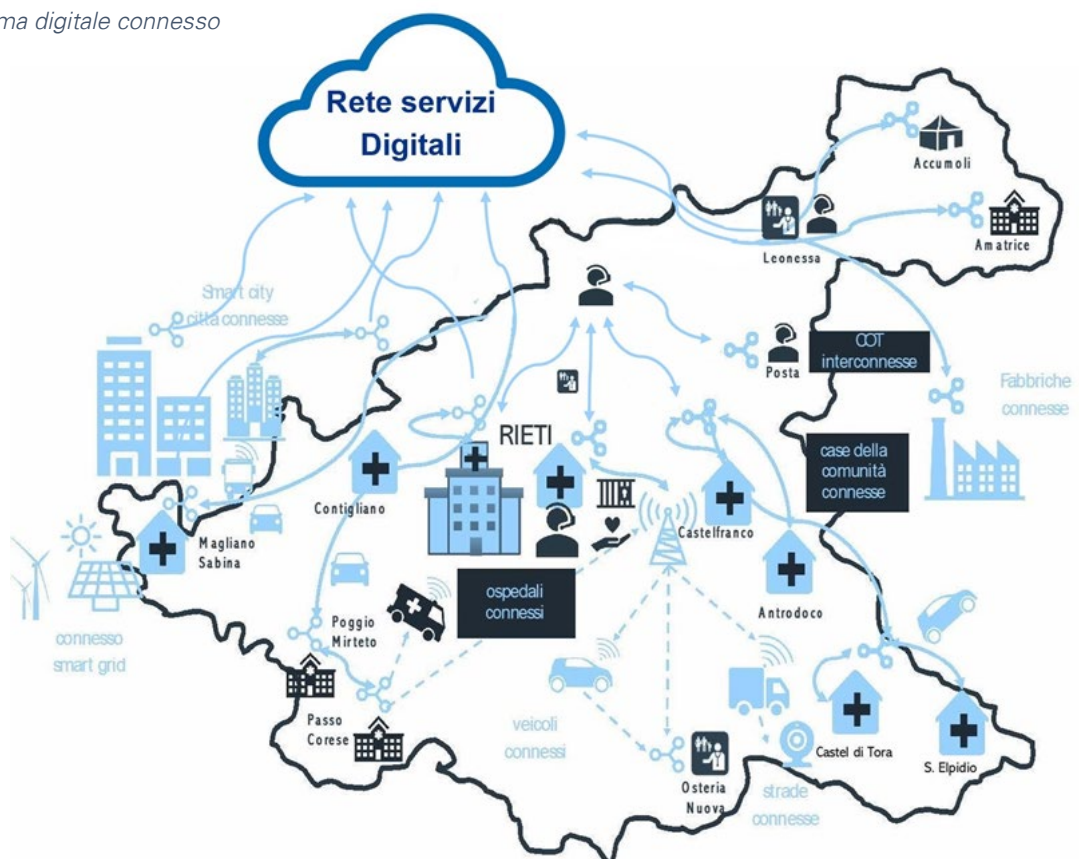
L'adozione del nuovo modello di servizio è la preconditione per un'efficace implementazione della telemedicina e dell'*e-health*.

Le COT, l'Assistenza Domiciliare, le Case di Comunità e l'Ospedale di Comunità costituiscono l'ambito privilegiato in cui la telemedicina potrà ulteriormente svilupparsi.

La telemedicina e l'uso dell'*e-health* contribuirà a:

- accorciare le distanze e ad arrivare a tutti i pazienti in carico, consentendo di superare la variabilità geografica dell'assistenza territoriale, grazie all'armonizzazione degli *standard* di cura garantiti dalla tecnologia;
- garantire una migliore "esperienza di cura" per i cittadini;
- migliorare i livelli di efficienza, attraverso approcci di cura domiciliare e protocolli di monitoraggio da remoto dei pazienti.

Figura 4: Ecosistema digitale connesso

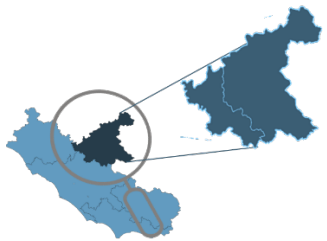


LA ASL DI RIETI, A GEOGRAFIA FRAMMENTATA, INTENDE RIDURRE IL GAP TRA DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI SANITARI

LA ASL DI RIETI È FRAMMENTATA, CON UN TERRITORIO DISPERSIVO E UNA LARGA PARTE DELLA POPOLAZIONE OVER65

La provincia di Rieti si trova all'interno della regione Lazio, al confine con la regione Abruzzo, Umbria e Marche e la ASL di riferimento si articola in due Distretti sanitari (Distretto 1: Rieti, Antrodoto, S. Elpidio e Distretto 2: Salario Mirtense).

Figura 5: Caratteristiche ASL di Rieti



- 151.335 Abitanti
- 55 Abitanti per km²
- 2.750 mq (16% superficie Regione Lazio)
- 2 Distretti territoriali

La superficie della Provincia di Rieti, pari a 2.750 mq, rappresenta il 16% della superficie della Regione Lazio; rispetto al dato della popolazione, i residenti nella Provincia di Rieti sono il 3% della popolazione laziale.

Nel territorio della ASL di Rieti risiedono 151.335 abitanti (ISTAT 2021), di cui 45.907 nella sola città di Rieti (30,33%). La provincia di Rieti ha **un'alta percentuale di comuni montani** che, insieme alla conformazione territoriale, contribuisce a rendere molto bassa la densità abitativa (55,1 abitanti per km²) e **difficoltosa l'erogazione dei servizi specialmente ai cittadini dei comuni più interni, numerosi e difficilmente raggiungibili**. È evidente il bisogno di un'assistenza sanitaria di prossimità sempre più sviluppata, tuttavia la realtà dell'ASL di Rieti, proprio per le sue caratteristiche isolate e di bassa densità abitativa, può

Figura 6: Popolazione e assistiti Rieti

POPOLAZIONE e ASSISTITI	
N. Abitanti:	151.335
Over 65:	26,46% (media regionale 22,60%)
Over 85:	4,30% (media regionale 3,4%)
N. Assistiti da MMG e PLS:	144.355
N. Pazienti fragili:	22.564
Patologie croniche:	Malattie cardio vascolari: 63%; endocrine 12%; oncologiche: 9%; neurologiche: 5%; respiratorie: 5%

concretizzarsi come laboratorio di innovazione.

La popolazione reatina risulta più vecchia della popolazione presente nella Regione Lazio con un indice di over 65 pari a più del 26%. In particolare, la popolazione over 65 del Distretto 1 raggiunge quasi il 27% del totale della popolazione, mentre quella del Distretto 2 supera il 24%, al di sopra della media regionale e italiana (22%, Fonte: ISTAT 2021). Il 16% degli assistiti dai MMG è considerata fragile (Fonte: MiStral-DEP Regione Lazio 2020).

Figura 7: I due distretti dell'ASL di Rieti

DISTRETTI	
DISTRETTO 1: RIETI, ANTRODOCO, SANT'ELPIDIO	Popolazione distretto: 92.268 Over 65: 27% Indice di vecchiaia: 246,9 (media nazionale 162,6)
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	N. Prestazioni ambulatoriali: 391.502
DISTRETTO 2: SALARIO - MIRTENSE	Popolazione distretto: 59.067 Over 65: 27% Indice di vecchiaia: 198,4 (media nazionale 162,6)
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	N. Prestazioni: 345.476
N. PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E AMBULATORIALI EROGATE DALL'OSPEDALE:	620.450

Figura 8: Alcune caratteristiche sanitarie assistiti ASL di Rieti, accessi in ospedale e cause di morte (Fonte: Mistral DEP Regione Lazio)

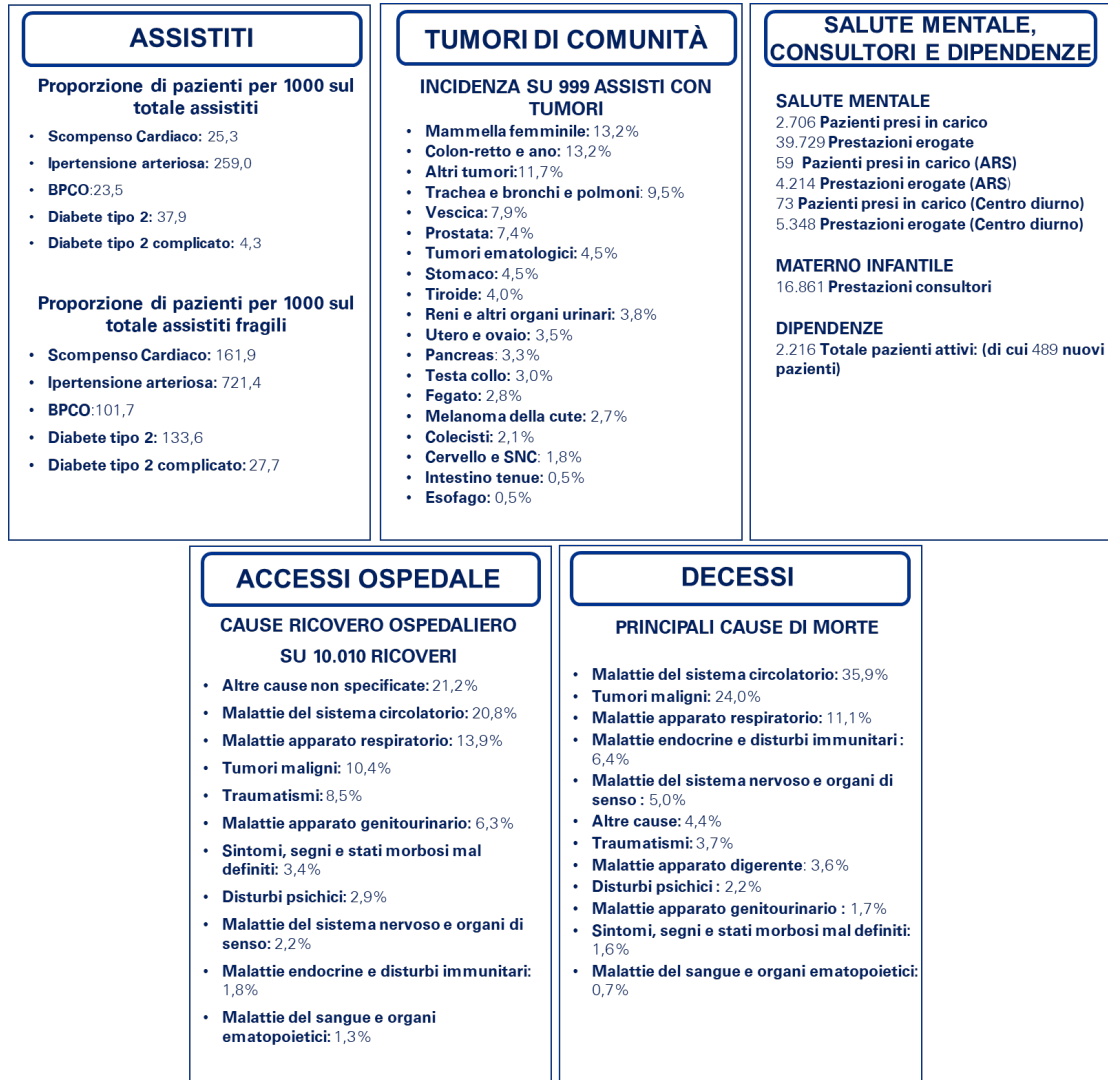
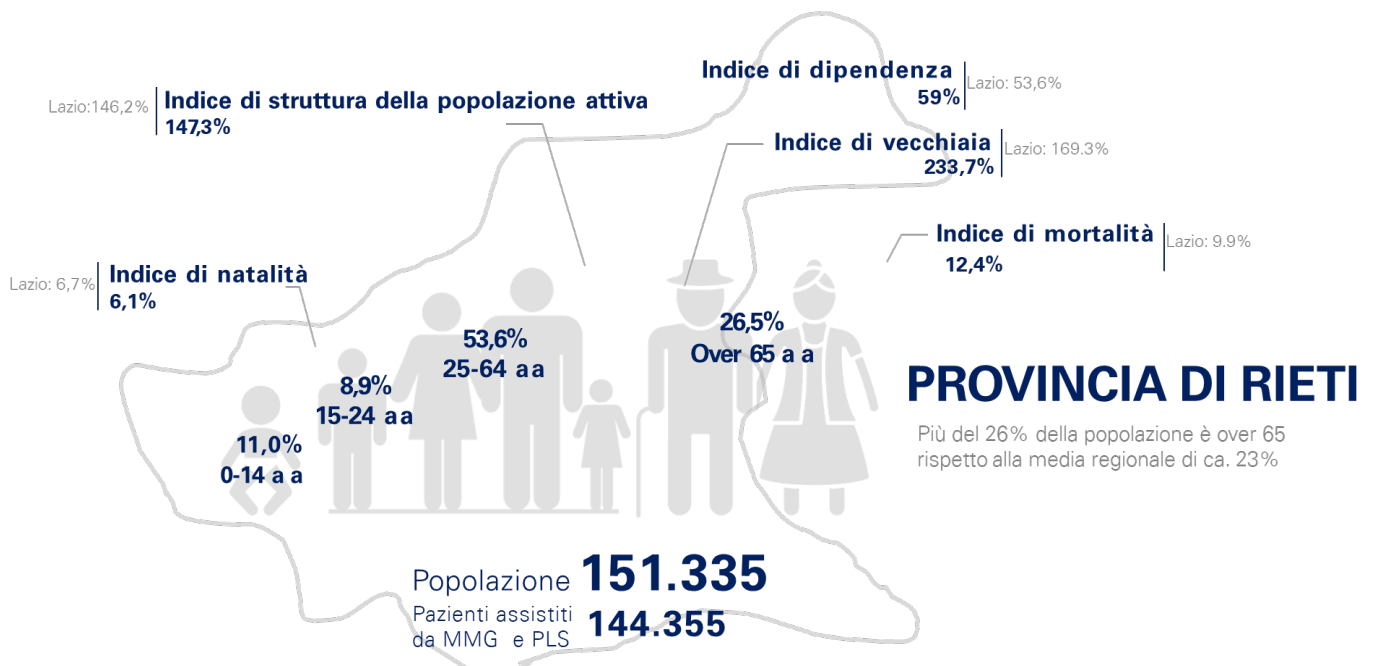


Figura 9: Popolazione e indicatori demografici dell'ASL di Rieti (Fonte: MiStral-DEP Regione Lazio 2020)



Nei pazienti fragili ricadono gli assistiti con almeno un ricovero ordinario con degenza pari o superiore a 2 giorni nel biennio 2018-2019 e almeno una patologia/condizione critica, gli assistiti con elevato consumo di farmaci nel 2019 (almeno 10 farmaci con codici ATC diversi) e gli assistiti con alta suscettibilità alle ondate di calore. Gli assistiti fragili sono stati caratterizzati da un livello di rischio attraverso una specifica funzione di mortalità a 5 anni.

La prevalenza dei cronici è affetto da malattie cardiovascolari (63%), a seguire vi sono patologie endocrine (12%), oncologiche (9%), seguite da patologie neurologiche (5%) e respiratorie (5%).

L'indice di vecchiaia dell'ASL di Rieti è calcolato a 233,7, di gran lunga superiore alla Regione Lazio (169,3). Per quanto riguarda l'indice di dipendenza strutturale, ovvero il rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), l'ASL di Rieti conta 4,5 punti percentuali in più rispetto alla Regione Lazio (54,5). L'indice di struttura della popolazione attiva, che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa ovvero il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni), è pari a 147,3 (contro 146,2 di Regione Lazio). La **struttura anziana della popolazione dell'ASL** è confermata anche dal tasso di natalità (0,6 punti inferiore alla media di Regione Lazio) e dal tasso di mortalità (2,5 punti superiore alla media di Regione Lazio).

La popolazione dell'ASL è principalmente a basso reddito e fortemente caratterizzata da fenomeni di mobilità verso la Capitale.

In particolare, quasi il 56% della popolazione ha un livello socio-economico medio-basso o basso (la Regione Lazio nella medesima categoria vede incluso il 51% della popolazione). Il reddito medio della provincia di Rieti si attesta a 12.147€, rispetto alla media Laziale di 14.769€, tuttavia con un

tasso di disoccupazione (6,8%) di gran lunga inferiore rispetto alla media Laziale e italiana (rispettivamente 9,1% e 9,2%) (fonte: open salute Lazio).

Figura 5: Situazione Socio-Economica ASL di Rieti (Fonte: Mistral DEP Regione Lazio)



Dall'analisi del quadro epidemiologico della provincia di Rieti emerge che (fonte: open salute Lazio):

- Il numero di assistiti affetti da malattie è di circa 70.700. Nello specifico emerge come i casi di ipertensione arteriosa sono pari al 54,9%, di Diabete pari al 17,3% dei casi; di Ipertiroidismo pari al 12,8%; di BPCO pari al 9,8%; di Alzheimer e altre demenze pari al 1,9%; di malattia di Parkinson pari al 1,2%; di malattie infiammatorie croniche dell'intestino pari al 0,8% dei casi; di rettocolite ulcerose pari al 0,5% dei casi, di sclerosi multipla pari al 0,5%, di morbo di Crohn pari al 0,2% e di fibrosi polmonare pari allo 0,03%;
- Registriamo una incidenza di tumori alla mammella femminile di 132 casi (13,2% del totale); di colon retto e ano di 132 casi (13,2%); di altri tumori di 117 casi; di trachea, bronchi e polmoni di 95 casi; di Vescica di 79 casi;
- Su circa 10.000 ricoveri ospedalieri, tra le principali cause individuiamo: cause non specificate, pari al 21,2% dei ricoveri; malattie del sistema circolatorio pari al

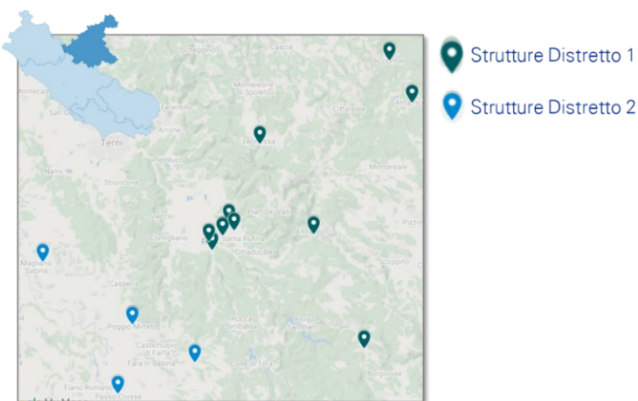
20,8%; malattie dell'apparato respiratorio pari al 3,9%; tumori maligni pari al 10,4%; traumatismo pari al 8,5%;

- Le principali cause di decesso risultano: malattie del sistema circolatorio, pari al 35,9% dei deceduti; tumori maligni, pari al 24,0%; malattie dell'apparato respiratorio, pari al 11,1%; malattie endocrine e disturbi immunitari pari al 6,4%; malattie del sistema nervoso e organi di senso pari al 5%.

LA RETE TERRITORIALE DELL'ASL DI RIETI OGGI

L'offerta sanitaria dell'ASL di Rieti ad oggi conta di 11 strutture nel Distretto 1 e 5 strutture nel Distretto 2.

Figura 6 - Distribuzione delle strutture nei due Distretti



Nel Distretto 1, in particolare a Rieti, la rete dispone di un hospice, una Residenza per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS), una COT ed un Poliambulatorio. Nel restante territorio del Distretto 1 si colloca una Area Residenze sanitarie riabilitative terapeutiche (ARS) a Castelfranco, due Posti di Assistenza Sociosanitaria (PASS) ad Accumoli e Amatrice e tre Poliambulatori (Antrodoco, Sant'Elpidio e Leonessa). Ad Amatrice, inoltre, è in costruzione il nuovo ospedale. Risiede nel territorio del Distretto 1 il Presidio Ospedaliero S.Camillo de Lellis sede di DEA I livello.

Nel Distretto 2 si collocano 3 Poliambulatori (Osteria Nuova, Passo Corese e Poggio Mirteto), una struttura riabilitativa residenziale (Poggio Mirteto) e una Casa della Salute (Magliano Sabina).

Sul territorio dell'ASL di Rieti sono inoltre presenti n.116 MMG, n. 15 PLS, 60 infermieri coinvolti nell'ADI (Assistenza Primaria Inferimeristica) e API (Assistenza Proattiva Inferimeristica), caremanager di PDTA e di "famiglia e comunità" presso ambulatori infermieristici territoriali e 3 USCAD.

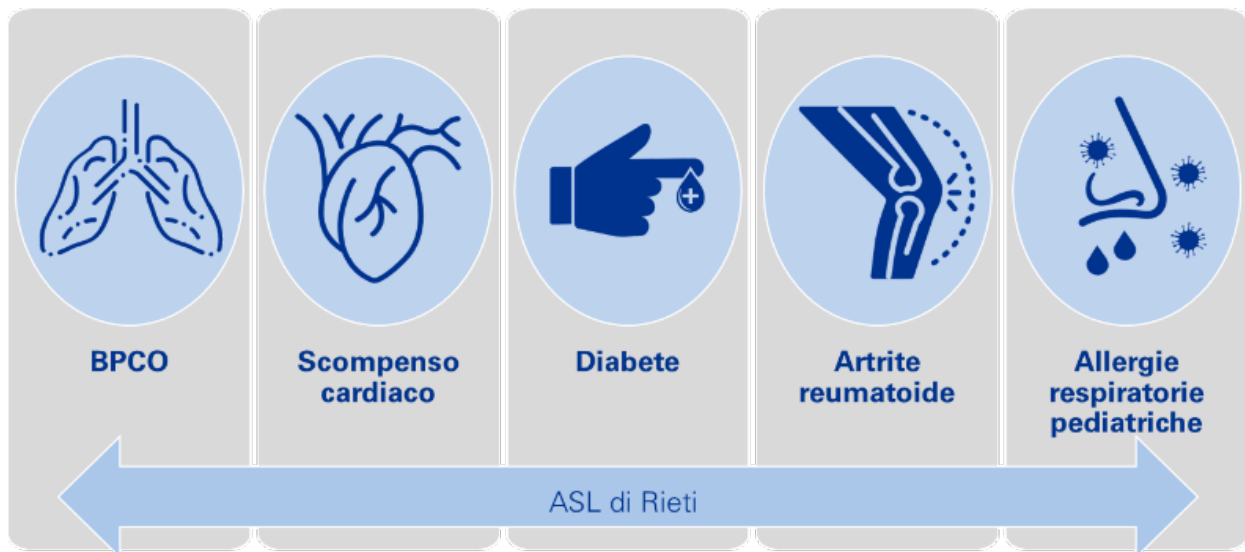
Figura 7: Offerta sanitaria ASL di Rieti al 2021

RETE DELL'OFFERTA	
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	
•	116 MMG
•	15 PIS
•	60 Infermieri per attività territoriale
•	3 USCAD (3 medici e 3 infermieri)
OFFERTA TERRITORIALE	
•	2 Distretti
Offerta ospedaliera:	
•	1 Ospedale
Offerta territoriale:	
•	2 Pass (Amatrice e Accumoli)
•	10 Strutture per prestazioni specialistiche
•	7 Strutture periferiche Area Salute Mentale
•	3 Strutture periferiche Area Dipendenze patologiche:
•	1 Strutture Area Nuove fragilità
•	6 Consultori familiari e dell'adolescenza
•	7 Strutture Area Tutela salute mentale e riabilitazione età evolutiva
•	1 Strutture Area Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
•	4 Strutture a gestione diretta
ADI	
N. Pazienti in ADI: 6.227 (per lo più over 65/75)	

L'ASL DI RIETI HA REALIZZATO IL PIANO DELLA CRONICITÀ E STA IMPLEMENTANDO 4 PDTA PER LA PRESA IN CARICO DEL CRONICO

Al fine di ridurre le ospedalizzazioni, promuovere la permanenza a domicilio, sostenere i nuclei familiari nelle responsabilità di cura e al contempo nel promuovere l'autonomia ed una vita indipendente, **l'ASL di Rieti ha approvato, nel 2019, il Piano delle Cronicità**. Tra gli obiettivi figurano il miglioramento dell'accessibilità dei servizi territoriali, la promozione di interventi a programmazione individuale e autogestita e lo sviluppo della continuità assistenziale.

Figura 8: PDTA in implementazione nell'ASL di Rieti per la presa in carico del cronico



L'ASL di Rieti ha formalizzato gli obiettivi delle reti verso la cronicità, in particolare dell'area dell'organizzazione dei servizi territoriali, dell'integrazione sociosanitaria e dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera verso la cronicità. I risultati generali attesi, comuni alle tre aree riguardano lo sviluppo di modelli di programmazione, gestione e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza, l'incremento di progetti di formazione di gruppi multidisciplinari, lo sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata sociosanitaria ai bisogni di salute ed infine la sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica.

Strumenti necessari al supporto del processo di cambiamento e sviluppo organizzativo aziendale sono i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e i percorsi integrati. **La ASL di Rieti, in particolare, ha attivato percorsi clinico-assistenziali per i pazienti cronici affetti da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), scompenso cardiaco, diabete, artrite reumatoide e allergie respiratorie pediatriche.**

Per la gestione di tali PDTA la ASL di Rieti ha individuato, all'interno dei Distretti sanitari, le Comunità di Pratica (CoP), ovvero luoghi in cui si approfondiscono conoscenze e comprensione di aspetti legati ad argomenti comuni tra persone. I partecipanti della CoP sono MMG, PLS, medici specialisti, assistenza sanitaria integrata (ASI), équipe itineranti, l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM), comunità protette, referenti dei servizi di dimissioni ospedaliere, assistenti sociali, rappresentanti delle associazioni dei malati, che si riuniscono al fine di definire i piani di gestione della cronicità, avviando modelli di *clustering* della popolazione, condividendo e implementando i PDTA specifici, organizzando accessi tramite i Punti Unici di Accesso (PUA), monitorando nel tempo la popolazione fragile e cronica.

L'ASL DI RIETI HA RIORGANIZZATO I PROPRI SERVIZI PER GESTIRE L'EMERGENZA COVID-19

Durante l'emergenza COVID-19, in particolare a ottobre 2020, la ASL di Rieti ha redatto il Piano Locale Territoriale al fine di tutelare gli specifici bisogni sanitari e sociosanitari degli assistiti e garantire le necessarie misure di sicurezza indicando, per alcuni ambiti assistenziali e laddove opportuno, anche le possibili prestazioni erogabili in presenza del

Figura 9: Modello organizzativo gestione COVID-19 e trasferimento ad ADI



paziente o da remoto, tenendo conto degli specifici profili di bisogno degli utenti.

Mediante gli **strumenti tecnologici messi a disposizione dalla ASL, durante il periodo dell'emergenza COVID-19, è stato possibile garantire la continuità dell'assistenza da remoto per alcune delle attività dei servizi territoriali**. La ASL di Rieti, sia per le caratteristiche orografiche del territorio che per il diffondersi della pandemia, ha privilegiato le attività a distanza e/o quelle eseguite presso il domicilio del paziente, con il ricorso alla telemedicina (televisita, teleconsulto, teleriabilitazione e teleradiologia).

Con riguardo alla flessibilità organizzativa, anche i singoli piani di assistenza, hanno consentito adattabilità prevedendo, laddove necessario, prestazioni erogate secondo un *mix* di regimi assistenziali diversi (per es. ambulatoriale, domiciliare, da remoto, semiresidenziale ecc.). Tali modalità hanno garantito l'assistenza presso le strutture della Asl o ricorrendo al privato accreditato, adottando soluzioni innovative profilate sui bisogni della popolazione di riferimento.

L'emergenza COVID-19, come anticipato, si è rilevata anche un'importante occasione di apprendimento per l'utilizzo di nuovi strumenti, come la telemedicina, con impatti positivi sull'organizzazione e sulla salute dei cittadini.

In particolare, con la diffusione del COVID-19 e coerentemente con i riferimenti normativi nazionali e regionali, la ASL di Rieti ha implementato modelli organizzativi innovativi di presa in carico globale e di continuità assistenziale del paziente COVID-19 e delle persone fragili con bisogni complessi con una serie di azioni, tra le quali, l'istituzione di una Centrale Unica di Coordinamento ADI e della cronicità. Nel novembre 2020, infatti, la ASL ha attivato, a livello centrale e con il Servizio di Igiene e Sanità pubblica dell'azienda, un sistema di individuazione, monitoraggio e controllo dei pazienti COVID-19. Successivamente (luglio 2021), alla luce dell'esperienza acquisita nel corso della Pandemia, la ASL ha adottato tale modello organizzativo anche per la gestione dei pazienti in ADI e per i pazienti cronici.

Il modello adottato con successo dalla ASL di Rieti sull'intero territorio reatino costituisce, seppur ad oggi circoscritto ai pazienti COVID-19 e a quelli in ADI, una valida applicazione del modello organizzativo di COA e COT potenzialmente in grado di orientare e gestire il paziente nel passaggio tra i diversi setting di cura.

In generale, la ASL di Rieti si propone di rendere strutturali modelli organizzativi e presidi ove oggi vengono erogate prestazioni COVID-19, in un'ottica di centralizzazione della prevenzione, che dovrà divenire un elemento trasversale a tutto il sistema salute.

VOGLIAMO DIMINUIRE GLI ACCESSI NON APPROPRIATI IN OSPEDALE E LA MOBILITÀ PASSIVA, DANDO UN NUOVO VOLTO ALLA PRESA IN CARICO

EMERGE LA NECESSITÀ DI *SETTING* ASSISTENZIALI APPROPRIATI

L'emergenza COVID-19 che stiamo attraversando ci ha reso consapevoli della necessità di valorizzare nuovi *setting* di cura appropriati per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili.

Gli ospedali sovraffollati e la necessità di rimandare prestazioni sanitarie non urgenti o essenziali, la necessità di gestire le liste d'attesa come impegno prioritario, ci hanno posto davanti all'importanza di cercare *setting* nuovi e più appropriati, soprattutto alla luce della necessità di tutelare le fasce di popolazione più fragili.

A livello esemplificativo, l'ASL di Rieti ha analizzato, tra il 2018 e 2019, l'ambito dell'emergenza-urgenza, per esito trattamento ed appropriatezza triage. La presentazione dei dati di attività ha mostrato necessari ambiti di miglioramento, soprattutto legati al governo della domanda in entrata al pronto soccorso per limitare gli accessi impropri.

Inoltre, come anticipato, la pandemia da COVID-19 ha introdotto nuove sfide manageriali ed aree di intervento, con un **ripensamento della trasformazione del modello di gestione dell'emergenza** nell'emergenza.

LA MOBILITÀ PASSIVA: È NECESSARIO MIGLIORARE L'ATTRATTIVITÀ DEI SERVIZI

La mobilità passiva esprime l'indice di fuga da una Regione, identificando le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza, fenomeno che potrebbe rappresentare una carenza di offerta sul proprio territorio, sia quantitativa sia qualitativa. La regione Lazio si colloca tra le Regioni con elevato indice di fuga, sicuramente da attenzionare se si vogliono superare diseguaglianze nell'accesso e

fruibilità di servizi, oltre a recuperare risorse all'interno del territorio.

In questo contesto, anche l'ASL di Rieti soffre del fenomeno di mobilità passiva, sia **intraregionale, sia extraregionale, il quale assorbe risorse economiche ingenti e riduce l'efficacia dell'offerta** assistenziale nei confronti della domanda espressa dalla popolazione di riferimento, anche legata alla **possibile carenza di continuità assistenziale sul territorio.**

Dai dati regionali ad oggi disponibili sulla mobilità extraregionale ed intraregionale (anno 2020) il costo maggiore per la ASL di Rieti è rappresentato dalla mobilità per prestazioni ospedaliere per acuti che rappresenta il 68% del totale. Da un'attenta analisi dei dati si è osservato che sono recuperabili quelle prestazioni che hanno tre caratteristiche: prestazioni eseguibili dal Presidio San Camillo de Lellis e dagli specialisti territoriali; prestazioni erogate come programmate ed eseguibili dall'Ospedale de Lellis; prestazioni erogate ad assistiti residenti in prossimità dell'Ospedale e delle Strutture Sanitarie Ambulatoriali della Provincia di Rieti.

Sono quindi escluse quelle prestazioni che pur adottando un modello organizzativo di recupero, sarebbero comunque svolte da strutture sanitarie esterne alla Provincia per estrema vicinanza ad altre strutture sanitarie fuori provincia o per prestazioni super-specialistiche eseguibili da Ospedali di II livello.

Dall'analisi è risultato che le prestazioni recuperabili in ricovero ordinario a ciclo continuo e ricovero diurno afferiscono alle seguenti specialità: Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia generale, Urologia, Ostetricia e Ginecologia, Oncologia, Neurologia, Oculistica. Tali specialità rappresentano complessivamente l'80% del totale di queste prestazioni. Inoltre, è

possibile procedere al recupero di prestazioni inappropriate eseguite in mobilità in ricovero ordinari a ciclo continuo e in ricovero diurno in altro regime assistenziale nelle seguenti discipline: endocrinologia, cardiologia, pneumologia, medicina interna, psichiatria, riabilitazione, gastroenterologia, oculistica. Tali specialità rappresentano complessivamente 90% del totale di queste e prestazioni.

Le aree geografiche di provenienza dei casi di mobilità extraregionale sono quelle che afferiscono più facilmente a Sant'Elpidio (strutture sanitarie di Avezzano) e a Contigliano (strutture sanitarie di Terni). Le aree geografiche di provenienza dei casi di mobilità intraregionale sono quelle che afferiscono più facilmente a Passo Corese (strutture sanitarie di Roma) e a Magliano Sabina (strutture sanitarie di Roma e Viterbo).

L'analisi dei dati sulla mobilità intra ed extraregionale ci fornisce elementi utili per individuare al meglio il potenziamento di punti di intercettazione di assistiti della provincia reatina allocando presso le strutture sanitarie territoriali dei due distretti sanitari i servizi con le discipline specialistiche maggiormente coinvolte dalla mobilità di prestazioni extra provinciale. Tali discipline specialistiche, insieme alla componente delle professioni sanitarie, avranno il compito di prendere in carico i pazienti del territorio ed inserirli in percorsi di cura integrati con il presidio ospedaliero di Rieti e con il coinvolgimento della medicina territoriale (MMG e PLS) rendendo le strutture della Asl di Rieti e le prestazioni erogate dai suoi professionisti più attrattive rispetto ad oggi.

FOCALIZZIAMOCI SUL CITTADINO, ANCOR PRIMA DEL PAZIENTE

L'AUTOMONITORAGGIO ANCOR PRIMA DEL TELEMONITORAGGIO; L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE ATTIVA

Saremo sempre più anziani: gli over65, come anticipato, sono circa il 23% del totale popolazione italiana. Questo bacino si stima continuerà a crescere fino a valere il 34% della popolazione nel 2060. Tuttavia, gli anziani si sentono sempre più in forma, con un indice di invecchiamento attivo (AAI) che è cresciuto di 5,5 punti in 10 anni. Quasi l'87% degli over 65 intervistati (*BNP Paribas: I Nuovi Over 65*) nel 2018 si sentivano più in forma rispetto ai loro coetanei di 20 o 30 anni prima. Le aspettative, anche di cura, per questa fascia di popolazione, cambiano: **il paradigma anziano=malato è da sfatare**: i nuovi anziani saranno sempre più digitalizzati e sempre più in grado di prendersi cura della propria salute, a partire dalla prevenzione.

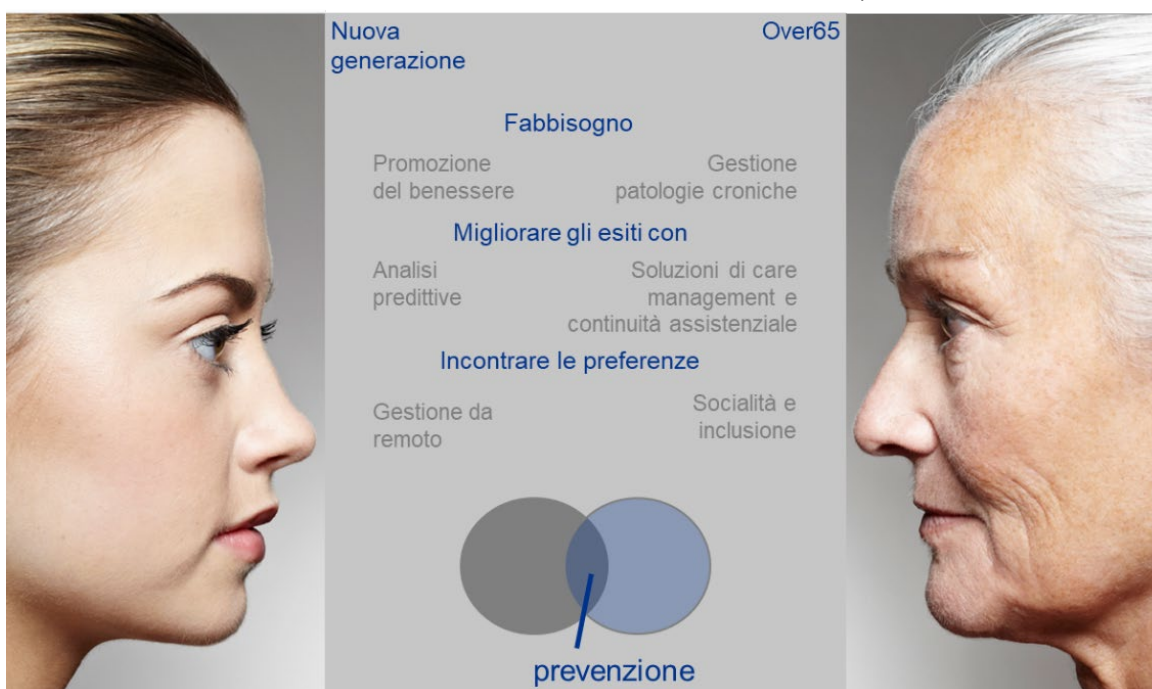
Dall'altro lato emergono i bisogni della nuova generazione, sempre più orientata al mantenimento di un benessere psico-fisico e al preservarsi in salute il più a lungo possibile. Anche in seguito al COVID, la gestione della propria vita da remoto ha visto

un'accelerazione esponenziale: gli acquisti, il lavoro, i contatti con i propri cari e, talvolta, anche le cure, sono state gestiti quasi totalmente in rete.

Il modello verso cui vogliamo orientarci si basa su interventi proattivi su fasce di popolazione identificate per età tra cui i programmi di vaccinazione e di attività diagnostiche su larga scala per neonatali e oncologici. Il modello delle suddette attività diagnostiche su larga scala prevede l'identificazione quanto più precoce dei soggetti in condizione di rischio aumentato e la loro conseguente presa in carico dai servizi del SSR in caso di patologia. Particolare attenzione va data alla **prevenzione**, alla **diagnosi precoce** e alla **cura delle patologie croniche**, tra cui quelle uro-andrologiche che secondo la strategia regionale deve attuarsi attraverso la valutazione epidemiologica del fenomeno, la sensibilizzazione sulla tematica e la definizione di percorsi di diagnosi precoce e presa in carico.

Tutto ciò andrà fatto tramite il **coinvolgimento della comunità e del singolo cittadino**, affinché introduca, nella vita quotidiana, sistemi di automonitoraggio (nel caso di parametri clinici su cui si può

Figura 10: Le generazioni a confronto



avere auto-gestione e controllo) e modalità di prevenzione costanti. L'obiettivo sarà raggiungibile tramite la promozione di campagne di educazione alla salute e l'*empowerment* del cittadino (e della sua famiglia) migliorando l'*Health literacy* (o alfabetizzazione sanitaria).

L'ASL di Rieti, in linea con le indicazioni regionali, intende effettuare una promozione della salute attraverso percorsi di prevenzione personalizzati per livello di rischio e percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico per una gestione integrata e sistemica della cronicità (PDTA), come già delineati nel già citato Piano della Cronicità.

Interventi previsti nel triennio

Sviluppo di modelli di stratificazione del rischio
Sviluppo di linee progettuali per la promozione di stili di vita salutari e prevenzione nei diversi setting (scuola, luogo di lavoro, etc.) e per diverse fasce di popolazione (screening/bisogni cronici o complessi/popolarzioni vulnerabili, etc.)
Realizzazione di interventi di comunicazione verso la popolazione
Formazione degli operatori sanitari per la promozione della salute e della prevenzione
Sviluppo e implementazione di indicatori di esito



PIANO DELLA COLLETTIVITÀ: UN CAMBIO DI PROSPETTIVA NEL COMMUNITY BUILDING

Per realizzare modelli funzionanti di prevenzione attiva sul territorio, è necessario cambiare la prospettiva che abbiamo sempre utilizzato. In particolare, vogliamo rimettere al centro la comunità, dotarla di strumenti per essere proattiva, promuovendo le connessioni sociali e la co-promozione di benessere.

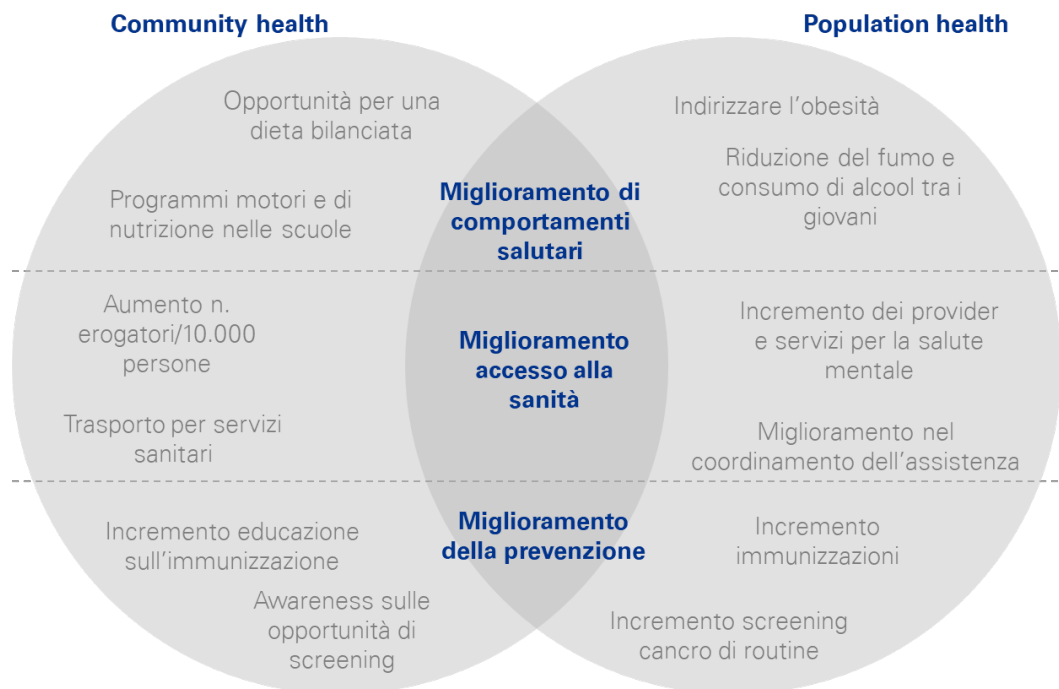
Il capitale sociale delle reti sociali è legato allo scambio di esperienze, alla disponibilità ad aiutarsi ed alla fiducia verso l'altro. Si tratta di

leve su cui premere, in quanto il contributo che le reti possono offrire è immenso: a partire dalla promozione delle connessioni sociali, educazione sanitaria, sostegno alla compliance e all'autocura, sino alla co-progettazione di servizi e offerta di servizi complementari a quelli pubblici.

La logica propria del *community building* si propone di sperimentare forme di partecipazione attiva di attori di natura diversa (enti pubblici, privati, singoli cittadini, ecc...), **volte a innovare le politiche pubbliche e favorire processi collettivi, attraverso forme attive di partecipazione delle comunità locali** (Ponzo,2014). Le reti di comunità prevedono molteplici obiettivi e attività specifiche, tra cui:

- Tutela dei pazienti e quindi interventi in termini di valutazione dei servizi e percorsi utilizzati (si pensi alle attività legate alla PREMs e PROMs, che verranno affrontate nei prossimi capitoli);
- Migliore fruizione dei servizi, con riferimento alla co-progettazione dei percorsi stessi valorizzando i legami comunitari;
- Aumento della compliance, tramite iniziative volte alla promozione di percorsi di salute e benessere;
- Attività di prevenzione della salute della popolazione, offrendo programmi e servizi di alfabetizzazione sanitaria e promozione della salute;
- Attività per migliorare il benessere, anche attraverso aiuti psicologici per consentire l'auto-responsabilizzazione;
- Creazione di capitale sociale, promuovendo la vita sociale attraverso piattaforme fisiche o virtuali o implementando stili di vita collaborativi (es. alloggi sociali, alleanze generazionali).

Figura 11: I benefici del community building



Interventi previsti nel triennio



Sviluppo di modelli di community building (es. welfare di iniziativa):

- Definizione di un target e ricerca proattiva del bisogno
- Definizione obiettivi da raggiungere
- Individuazione di una fase del processo assistenziale come oggetto di lavoro
- Utilizzo di strumenti di inclusione proattiva (valorizzazione reti sociali, programmi di reclutamento, algoritmi di stratificazione)
- Monitoraggio dei risultati

Valorizzazione delle reti di comunità tramite:

- Mappatura delle reti sociali e dei relativi processi
- Analisi delle interdipendenze
- Valorizzazione delle interdipendenze prodotte dalle reti sociali
- Influenza sulle reti sociali (e/o utilizzo come strumento di *welfare*)
- Creazione di sistemi di incentivi o vantaggi reciproci tra istituzione pubblica e rete

IL BUDGET DI SALUTE COME STRUMENTO PER INNESCARE UN PROCESSO VOLTO A RESTITUIRE CENTRALITÀ ALLA PERSONA

L'integrazione sociosanitaria si pone come l'opzione strategica per l'attivazione integrata in merito a programmazione, organizzazione, gestione e costi di servizi e interventi dell'area sociale e sanitaria, sostenuta dalla visione multidimensionale degli interventi. Si attua, così, il passaggio dal vecchio sistema di finanziamento dei contenitori al finanziamento dei progetti personalizzati, a un diverso governo delle attività sanitarie e sociosanitarie per tutelare la salute delle persone e per promuovere il loro diritto di cittadinanza.

Il *budget* di salute è definito dall' "Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità" quale **strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale**. È rivolto principalmente a **persone con fragilità** per le quali il percorso di cura e riabilitativo prevede sia

aspetti sanitari che sociali. Si configura come strumento innovativo in grado di potenziare ed implementare modalità organizzative e pratiche di integrazione socio-sanitaria:

- è uno strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di progetti di salute personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso l'attivazione di interventi sociosanitari integrati;
- è un sistema caratterizzato da un'elevata flessibilità e soprattutto dal non essere legato a un tipo particolare di servizio o a uno specifico erogatore;
- promuove e attua il protagonismo dei cittadini/utenti, anche attraverso una maggiore consapevolezza delle risorse disponibili, alla promozione di forme consapevoli di autocura, che si realizza nella co-costruzione dei singoli progetti personalizzati e si struttura nella definizione di un contratto;
- non corrisponde meramente alle risorse economiche disponibili ma è costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali e umane, *asset* strutturali, il capitale sociale e relazionale della comunità locale, necessari a promuovere azioni di cura e di assistenza integrate e personalizzate, contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute comporta l'utilizzo di strumenti e metodi utili alla costruzione di risposte sanitarie e socio-sanitarie personalizzate e flessibili, anche mediante l'integrazione tra risorse formali e informali di comunità, nei quali il contributo dato dai contesti familiari, sociali e del paziente stesso siano determinanti nel raggiungimento del risultato atteso. Tenendo in alta considerazione l'unitarietà della persona, il Budget di Salute esige un approccio centrato su una forte attenzione ai determinanti di salute riscontrabili nel contesto sociale, economico lavorativo, relazionale e valoriale delle singole persone,

per cui è del tutto necessaria la creazione di un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di garantire continuità e appropriatezza nelle azioni.

Promuove e incentiva forme associative territoriali, vero "capitale sociale" della comunità, e degli utenti stessi, che partecipano non più soltanto come consumatori, ma diventando a loro volta produttori di beni e servizi, perseguendo un modello di "welfare familiare e comunitario".

Interventi previsti nel triennio



Sviluppo di modelli di stratificazione dei bisogni assistenziali dei più fragili

Proseguire con l'utilizzo del Budget di Salute

Sviluppo di progettualità per i diversi target tramite tavoli di lavoro e coinvolgimento associazioni pazienti

Sviluppo e implementazione di indicatori di esito

LA ASL DI RIETI PIANIFICA DI REALIZZARE PROGETTI NELLA LOGICA DEL COMMUNITY ENGAGEMENT

All'interno dell'ASL di Rieti sono presenti 2 distretti sanitari che si dividono in 5 Distretti Sociali, nei quali sono stati sviluppati i **Piani di Zona per il periodo 2021/2023 in cui sono formalizzate le proposte condivise per il triennio con lo scopo di favorire l'integrazione sociosanitaria.**

Ad esempio: nel Distretto sociale 1, nell'area di anziani autosufficienti, con l'obiettivo di prevenire i rischi di emarginazione, isolamento e ricovero ospedaliero si è proposto di aumentare i progetti per la socializzazione e migliorare l'invecchiamento attivo, rallentando gli effetti degenerativi delle patologie croniche, potenziando i servizi sul territorio; nel Distretto 4 si è proposto di aumentare le ore del servizio di assistenza domiciliare e consolidare il sistema di erogazione di buoni e voucher per l'assistenza domiciliare, oltre a concludere la realizzazione e conseguente messa a regime

della Casa della Salute di Sant'Elpidio, presso Casa di Comunità.

Per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti e disabilità, nel Distretto 1 si propone di aumentare le ore del servizio di assistenza domiciliare SAD e realizzare la continuità del Centro Diurno Disabili Rigliani e Alzheimer, oltre ad intervenire tramite interventi di prossimità e di integrazione tra le attività di telemedicina teleassistenza e telesoccorso. Nel Distretto 3, in aggiunta, si propone di attivare un Centro Semiresidenziale Alzheimer per 20 utenti, mentre nel Distretto 4 si formalizza la volontà di potenziare i tirocini formativi in favore di persone che si trovano in una fase avanzata o conclusiva del percorso terapeutico valutando anche la condizione economica, familiare e le competenze lavorative.

Infine, sempre a titolo esemplificativo, nel piano di zona del Distretto 3 per l'area famiglia e minori, al fine di ridurre i rischi di allontanamento e di istituzionalizzazione dei minori, oltre a favorire e sostenere la continuità della relazione tra minore e la sua famiglia e valorizzare un sistema di pari opportunità per gli studenti in condizioni di svantaggio, si è proposto un ampliamento del numero di ore del Servizio Educativo Domiciliare (SED), oltre all'attivazione del centro semiresidenziale psico-socio educativo per minori e famiglie. Inoltre, si propone di potenziare il servizio del Servizio di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE). Il Distretto 4, in aggiunta, si propone di aumentare l'offerta di personale infermieristico in ambito scolastico per minori con diabete di tipo 1 e aumentare la presenza infermieristica nei plessi scolastici, per campagne di prevenzione e di supporto alle attività pomeridiane.

Quelli menzionati sono solo alcuni esempi degli interventi proposti nei Piani di Zona 2021/2023, che si occupano anche di altre aree, tra cui quella dipendenza-salute mentale e fragilità, povertà e inclusione sociale, donne vittime di violenza e immigrati.

Inoltre, sono stati realizzati 2 progetti nelle aree interne Reatine, più disagiate dal punto di vista territoriale e della viabilità, relativamente all'istituzione dell'infermiere e ostetrica di comunità e delle équipe itineranti.

Il primo progetto prevede l'istituzione della figura dell'infermiere e ostetrica di comunità nell'ottica dello **sviluppo di servizi inerenti alla medicina di prossimità e alla medicina di genere e al supporto alla donna nei diversi cicli di vita**. In particolare, l'infermiere di comunità dovrà agire nelle aree della prevenzione primaria (riduzione dei fattori di rischio di malattia), secondaria (promozione di *test* ed esami mirati a diagnosticare precocemente le malattie) e terziaria (per evitare la riacutizzazione di patologie croniche). Il ruolo dell'infermiere riguarderà interventi di assistenza infermieristica a domicilio oppure presso l'Ambulatorio Infermieristico Territoriale, oltre ad eseguire *screening* e campagne vaccinali, promozione di aderenza a piani terapeutici e riabilitativi e ad attivare all'evenienza l'équipe itinerante sociosanitaria. Per quanto riguarda l'Ostetrica di Comunità, la tipologia di servizi erogabili riguarderà il controllo dell'andamento della gravidanza fisiologica anche con l'utilizzo della tele assistenza, anche tramite la pianificazione degli esercizi per il recupero psico-fisico post-partum e l'intercettazione e attivazione di consulenze specialistiche di donne affette da sindrome depressiva post partum. Si occuperà, inoltre, di effettuare consulenza su tutte le tematiche legate alla fase del climaterio volte al benessere della donna e di controllare ed effettuare consulenze riabilitative circa la funzionalità del pavimento pelvico.

Il coordinamento di tali figure con i diversi professionisti coinvolti nell'attività assistenziale a bassa intensità di cura sarà effettuato dalle Centrali Operative Territoriali.

Per quanto riguarda il progetto delle *équipe* itineranti, la sua principale finalità è quella di implementare nelle aree interne reatine, un modello organizzativo di assistenza sanitaria

Figura 12: Progetti Aree Interne Monti Reatini

Progetti interni

Progetto 1: Infermiere	Progetto 1: Ostetrica di comunità	Progetto 2: Èquipe multidisciplinare	Localizzazione: Comuni dell'Area Interna Monti Reatini:
Obiettivo: aumento, consolidamento e qualificazione dei servizi di cura rivolti a persone con limitazione dell'autonomia. Il progetto intende inoltre potenziare la rete e l'offerta di servizi sanitari e socio sanitari a livello territoriale e in particolare nelle zone più disagiate (Aree Interne)			

territoriale finalizzato a fornire risposte adeguate, tempestive e appropriate, da parte di un team itinerante multidisciplinare di professionisti, ai bisogni dei pazienti, in particolare dei cronici over 65, nel setting domiciliare.

Con questa iniziativa si dà avvio allo sviluppo di una **dimensione relazionale dell'assistenza di iniziativa che cerca di intercettare precocemente i bisogni di salute** e di garantire un'adeguata risposta attraverso una complessa e articolata rete di risorse e di interventi che fanno riferimento a un più ampio modello assistenziale per la promozione di comportamenti favorevoli alla salute, che forniscono alla persona e alle comunità gli strumenti critici per prendere decisioni migliori per il loro benessere.

Il fine è quello di fornire una risposta adeguata ai bisogni assistenziali, attraverso la presa in carico interprofessionale e multidisciplinare della persona; assicurare un *continuum* assistenziale in termini di prevenzione, cura, riabilitazione e più in

generale di sostegno alla persona fragile in ottica "proattiva".

In tale ambito il progetto prevede l'istituzione di *equipe* itineranti multidisciplinari e multidimensionali, articolazioni funzionali e trasversali all'organizzazione per dipartimenti/UO gestionali, che attraverso meccanismi organizzativi che fanno convergere più specialità e specialisti, si occupano del coordinamento delle attività cliniche su percorsi per specifiche patologie o per classi di utenti (over 65) per la gestione di un percorso assistenziale complesso.

Le *equipe* itineranti saranno coordinate da una Centrale operativa territoriale e opereranno tramite visite domiciliari e sui diversi nodi della rete ospedaliera e territoriale (es. Case della Comunità e Ospedali di Comunità). I professionisti che ne fanno parte svolgeranno la propria attività con l'ausilio di tecnologie quali piattaforme di telemedicina, dispositivi e software di intelligenza artificiale che consentano un monitoraggio e un'assistenza al paziente anche da remoto.

RIORGANIZZIAMO LA RETE INFRASTRUTTURALE SUL TERRITORIO

IL PNRR FORNISCE FINANZIAMENTI PER L'ISTITUZIONE DI NUOVI SETTING ASSISTENZIALI SUL TERRITORIO

Il COVID-19 ha determinato il susseguirsi di almeno quattro (e se ne intravede una quinta all'orizzonte) "epoche" di *policy*, di *mission* e di cultura istituzionale in soli due anni (2020-2021).

A inizio 2020 la sanità italiana era ancora nell'epoca del contenimento della spesa (fase 1). Il COVID-19 ha ribaltato questa logica istituzionale, trasformando il SSN in un sistema *mission* e *data driven* con l'obiettivo di curare, monitorare e prevenire il contagio. La spesa sanitaria è cresciuta e il sistema si è dimostrato flessibile: per la prima volta si sono superati i *silos* disciplinari e si sono organizzati i professionisti per *target*. La progressiva trasformazione del COVID-19 da emergenza in situazione endemica, ma sufficientemente controllata, ha condotto alla terza epoca, caratterizzata dal consolidamento della campagna vaccinale e dalla necessità di recuperare il ritardo accumulato nella produzione di servizi per pazienti non COVID-19. La quarta epoca, in pieno svolgimento, è quella della costruzione del portafoglio di progetti finanziabili con il PNRR per lo sviluppo di una migliore e più appropriata assistenza territoriale.

La pandemia, infatti, ha riportato al centro del dibattito la necessità di intervenire e rinnovare alcuni elementi chiave del SSN italiano, anche in considerazione della transizione demografica ed epidemiologica in atto, a cui consegue una crescente domanda di salute a bisogni complessi che richiedono una risposta efficace in termini di servizi integrati, forniti in particolare attraverso la rete dell'assistenza territoriale.

Il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) stanziava per la Missione Salute (missione 6) risorse pari a 15,63 €mld, pari all'8% del totale delle risorse programmate. Ulteriori risorse riconducibili alla sanità sono

previste nella missione inclusione e coesione pari a 1,1 €mld e in quella sulla digitalizzazione pari a 0,5 €mld.

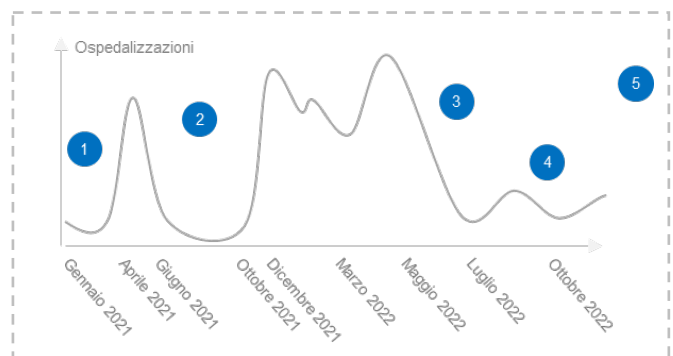
La componente 1 della Missione 6, in particolare, è dedicata al rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Figura 148: Le 6 missioni del PNRR e i fondi dedicati alla sanità



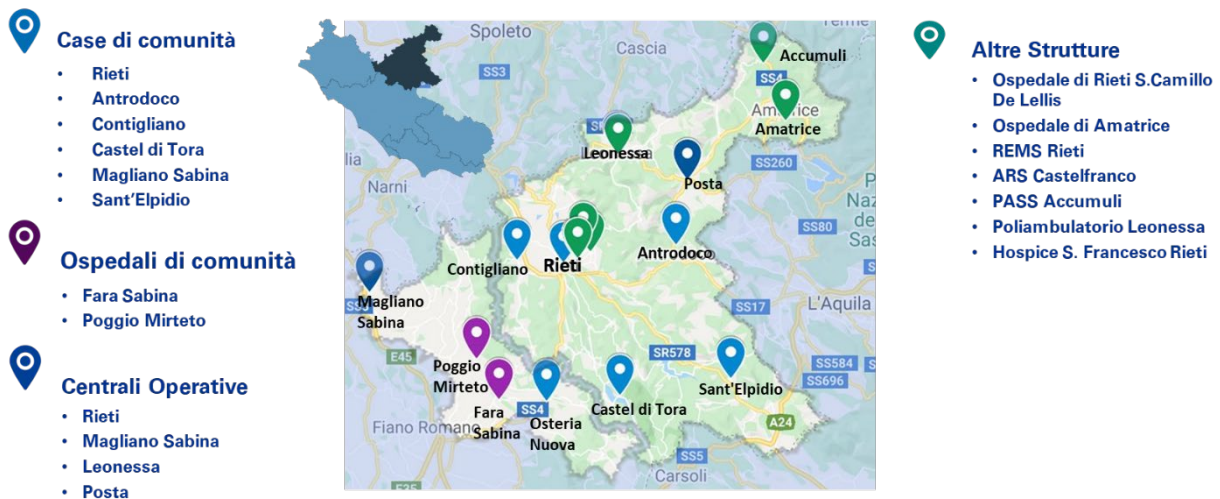
Tuttavia, sono molteplici le possibili posture strategiche da prendere rispetto ai progetti attuabili nell'ambito del PNRR: da progetti elaborati da tempo e ancora non attivati a progettualità volte a colmare *gap* di infrastrutture o servizi generati dai razionamenti degli anni passati. È importante ricordarsi che il PNRR impone di

Figura 139: Le 4 epoche durante la pandemia COVID-19



impiegare le risorse esclusivamente in conto capitale e in soli 5 anni, tempistica sfidante

Figura 15: L'offerta sanitaria della ASL di Rieti nel 2026



nel progettare e rendere operativa qualsiasi progettualità del SSN. Inoltre, si intravede un quinto periodo di austerità, in cui potrebbe tornare al centro la *mission* di contenimento di spesa, assieme al tentativo di rispondere alla sfida della cronicità/fragilità, ragione per cui sarà importante lanciare progettualità rendicontabili nel breve periodo e utilizzare queste leve per trasformazioni organizzative e dei servizi che potranno avere ricadute positive in tempi molto più lunghi.

PREVISTE PER LA RETE TERRITORIALE DELL'ASL DI RIETI 7 CASE DI COMUNITÀ, 2 OSPEDALI DI COMUNITÀ E 4 COT.

Con la Deliberazione di Giunta n. 1005 del 30/12/2021 Regione Lazio ha approvato il Piano degli interventi relativo alle Reti di prossimità, strutture e telemedicina con la riserva di apportare modifiche a seguito della definizione delle effettive disponibilità delle risorse (M6C1) deliberando l'elenco delle Case della Comunità (pari a 170), degli Ospedali di Comunità (pari a 44) e delle Centrali Operative Territoriali (pari a 64).

Per la ASL di Rieti sono previste complessivamente (grazie alle risorse congiunte regionali e PNRR) 7 Case della Comunità, 2 Ospedali di Comunità e 4 Centrali Operative Territoriali che si aggiungeranno alla rete esistente.

Nel Distretto 1 è prevista l'attivazione di:

- 5 Case della Comunità, presso Rieti, Antrodoco, Sant'Elpidio, Contigliano e Castel di Tora;
- 3 Centrali Operative Territoriali presso Rieti (con funzione Aziendale), Posta e Leonessa.

Nel Distretto 2 è prevista l'attivazione di:

- 2 Case della Comunità presso Osteria Nuova e Magliano Sabina;
- 2 Ospedali di Comunità presso Passo Cortese (Fara Sabina) e Poggio Mirteto;
- 1 Centrale Operativa Territoriale presso Magliano Sabina.

In particolar modo, la Casa della Salute di Magliano Sabina diventa Casa di Comunità e contestualmente verrà potenziata l'offerta attraverso:

- l'attivazione di 23 posti letto per prestazioni in regime di ricovero ordinario di area medica (n.15 PL) e ricovero diurno di area chirurgica e APA (n.8 PL) funzionalmente dipendenti dall'Ospedale de Lellis;
- l'attivazione di 40 posti letto di regime Residenziale per la non autosufficienza in Residenza Sanitaria Assistita (RSA) di livello di "mantenimento", "estensivo" ed "intensivo".

Tutto ciò per incrementare l'offerta di cura presso il quadrante sudovest della provincia

di Rieti; creare un polo di interventi APA spostando interventi simili effettuati sinora in Ospedale, e liberando quest'ultimo dalla gestione di una casistica NO COVID-19; abbattere le liste di attesa per interventi in APA limitando processi di mobilità extraregionale ed intraregionale.

PREVISTO L'AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO

Con la Deliberazione di Giunta n. 1006 del 30/12/2021 Regione Lazio ha approvato

l'elenco delle apparecchiature

tecnologiche riservandosi di apportare future modifiche e integrazioni a seguito della definizione delle effettive disponibilità delle quote derivanti dal

PNRR (M6C2.1). Il fabbisogno della ASL di Rieti relativamente alle Tecnologie in Sostituzione di analoghe Tecnologie obsolete con età superiore ai 5 anni è pari a 15 apparecchiature (2 CT, 2 MRI, 1 mammografo, 1 angiografo cardiologico fisso, 2 angiografi mobili, 5 ecotomografi, 2 apparecchiature di radiologia).

Di queste 15 apparecchiature, 8 sono includibili nel riparto delle risorse che verranno assegnate alla Regione Lazio all'interno di quanto previsto dal PNRR.

Figura 16: Servizi previsti per la CdS di Magliano Sabina

Casa della Salute Magliano Sabina	
Area accoglienza e amministrativa	<ul style="list-style-type: none"> • scelta e revoca MMG/PLS • esenzioni • CUP • punto unico di accesso - PUA
Area ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> • ambulatori specialistici : cardiologia, diabetologia, reumatologia, pneumologia, oftalmologia, orl ,endocrinologia ,nefrologia ,gastroenterologia , neurologia, chirurgia generale, senologia chir. plastica chir. vascolare, geriatria, dermatologia, fisiatria, neurologia, odontoiatria ortopedia, urologia • med.fisica riabilitativa ambulatoriale • Centro Salute Mentale e Dipendenze • ambulatorio terapia del dolore • ambulatorio oncologico di cure simultanee • ambulatorio infermieristico
Area della prevenzione e della proattività	<ul style="list-style-type: none"> • PDTA (diabete, artrite reumatoide, scompenso cardiaco, BPCO) • screening oncologici • consultorio materno infantile • punto adi (personale infermieristico, FKT) • sede unità di cure primarie UCP – MMG
Area dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> • diagnostica radiologica (TC, MOC, mammografia, ecografia , radiologia tradizionale) • endoscopia digestiva e bronchiale • centro prelievi ematici • centro di emodialisi • posto primo intervento (PPI) – attivo dalle 8 alle 20 7/7 giorni. • point-of-care test (POCT) per esami di laboratorio di base con risposta immediata a supporto di tutti i servizi
Area della degenza infermieristica	<ul style="list-style-type: none"> • 15 posti letto a gestione infermieristica per i pazienti provenienti dal territorio e dall'Ospedale de Lellis
Polo unificato Rieti-Amatrice-Magliano Sabina (Attività di ricovero)	<ul style="list-style-type: none"> • 23 posti letto ordinari, di cui: <ul style="list-style-type: none"> 15 posti letto di ricovero ordinario in area medica 8 posti letto di ricovero ordinario in area chirurgica • 2 blocchi operatori per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale e ciclo diurno territoriale
Residenza Sanitaria Assistita (RSA)	<ul style="list-style-type: none"> • 40 posti letto di regime di residenza sanitaria assistita di livello "mantenimento", "estensivo" ed "intensivo"

NUOVI MODELLI DI SERVIZIO PER NUOVI SETTING ASSISTENZIALI

I NUOVI SETTING TERRITORIALI DARANNO VITA A NUOVI MODELLI DI SERVIZIO, CHE DOVRANNO INTERFACCIARSI CON LA RETE ESISTENTE

La Componente 1 della Missione Salute mira a potenziare e a rendere omogenea l'offerta della rete territoriale su tutto il territorio nazionale attraverso interventi normativi e strutturali tesi a rispondere ai bisogni di salute della comunità, migliorando l'equità di accesso ai servizi sanitari della popolazione indipendentemente dal luogo in cui si vive e dalle condizioni socio-economiche.

In vista dell'attuazione del PNRR e dell'istituzione di nuovi *setting* che rafforzino l'assistenza sanitaria e la rete territoriale, **sarà necessario definire la concreta configurazione ed articolazione organizzativa ed erogativa dei nuovi modelli di Strutture definiti nelle proposte del PNRR che dovranno richiamarsi a criteri di flessibilità, ed essere contestualizzati nel territorio di riferimento**, ma al contempo integrati alla rete esistente. Da un lato, infatti, bisogna considerare le numerose combinazioni possibili di tutte le variabili di progettazione (target di riferimento, localizzazione, presenza di strutture pre-esistenti da riconfigurare, le possibili logiche di specializzazione e i livelli di integrazione nella rete di offerta) e, dall'altro, le diverse possibili realizzazioni dello stesso disegno che possono essere frutto di progressivi processi di apprendimento.

Di seguito si delineano le caratteristiche principali dei nuovi setting in istituzione: **Case della Comunità (CdC), Centrali Operative Territoriali (COT) e Ospedali di Comunità (OdC)**.

I 2 Distretti avranno il ruolo di luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. Saranno inoltre deputati al

perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta. I distretti garantiranno inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

CASE DI COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA: RUOLO, RISPOSTA AL FABBISOGNO E ATTORI COINVOLTI

Le CdC sono strutture dedicate ai servizi sanitari di base che promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare in grado di valorizzare le reti sociali di un territorio. La nuova CdC promuove un cambio di paradigma definendo un **modello di welfare flessibile che parta dalla comunità e dall'analisi dei suoi bisogni, delle sue caratteristiche strutturali, ambientali e sociali**.

La CdC è il luogo fisico di prossimità e di facile accesso e individuazione per il cittadino dove la comunità può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale (Agenas). Essa rappresenta un punto di incontro tra soggetti e istanze differenti, collegando tra loro servizi territoriali (sanità pubblica, psichiatria, materno- infantile), medici di medicina generale, servizi sociali e altri soggetti, pubblici, privati e no profit presenti sul territorio.

Il target di riferimento riguarderà la popolazione cronica, ma anche la popolazione sana in base al modello CCM che sarà stratificato e classificato sulla base del rischio di patologie.

In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge cinque funzioni principali:

- È il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- È il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- È il luogo dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per *silos* disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità;
- È il luogo di integrazione delle risorse della comunità che vengono aggregate alle risorse formali dei servizi sanitari e sociali e delle istituzioni;
- È il luogo dove la comunità ricompono il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

Non si tratterà di un semplice poliambulatorio e nemmeno di una struttura ospedaliera, quanto piuttosto di una **struttura erogativa** in cui si troveranno servizi di cure primarie erogati attraverso *équipe* multidisciplinari, servizi di assistenza domiciliare di livello base, servizi di specialistica ambulatoriale (per patologie a elevata prevalenza), servizi infermieristici, sistema integrati di prenotazione collegati al CUP aziendale, programmi di *screening*, servizi che favoriscano un'elevata partecipazione della comunità e una presenza medica e infermieristica continuativa. Saranno inoltre presenti, nella CdC *hub*, servizi diagnostici, di continuità assistenziale e punto prelievi. Anche il Punto Unico di Accesso (PUA) sarà

collocato all'interno delle CdC, che diventeranno sua piattaforma logistica. L'effettiva realizzazione dell'integrazione e della presa in carico del paziente sarà garantita dalla figura del *Case manager* (Infermiere di Comunità), con la funzione di valorizzare e coordinare i contributi dei diversi attori sanitari e sociali nel percorso di cura.

Le CdC saranno un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di medicina di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, attraverso il PUA, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dall'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della *governance* dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

In questa prospettiva, il contesto in cui la CdC è inserita assume un ruolo rilevante nella progettazione e nell'implementazione di una struttura orientata al miglioramento della salute della sua comunità.

L'articolazione dei servizi della CdC è determinata in funzione delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e di accessibilità del territorio in cui la CdC viene istituita. I servizi potranno dunque essere collocati anche in sedi diverse e decentrate mantenendo tuttavia unitario il governo di tali servizi.

Figura 17: L'offerta di Case della comunità prevista nella ASL di Rieti

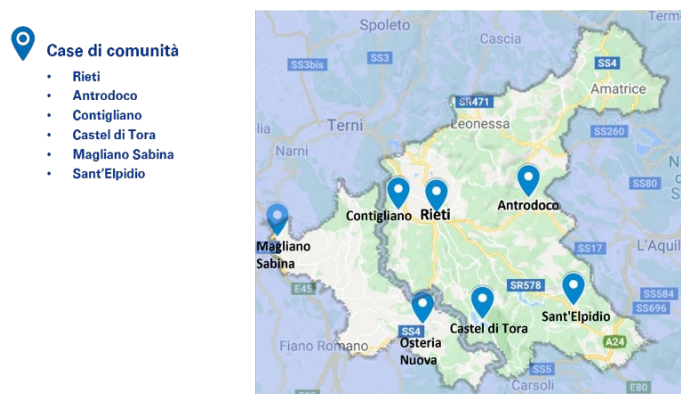
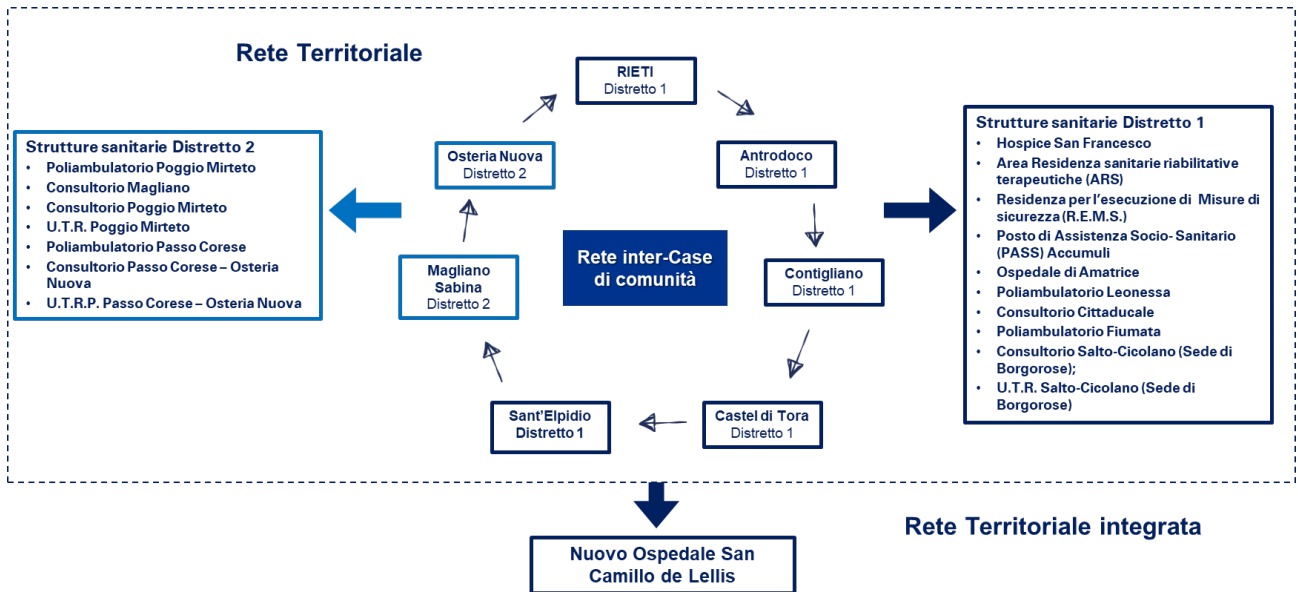


Figura 18: Schema della rete territoriale integrata della ASL di Rieti



Le caratteristiche territoriali, orografiche, demografiche ed epidemiologiche del territorio reatino inducono a **definire un modello organizzativo che metta in rete le 7 case di comunità con gli altri setting assistenziali territoriali** (ADI, ospedali di comunità, hospice, RSA e altre strutture assistenziali intermedie), per rispondere alle esigenze di capillarità erogativa e di prossimità. La CdC è in rete anche con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di *day service*.

L'emergenza ha evidenziato l'importanza cruciale di avere soluzioni tecnologiche e

digitali a supporto della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria in tutti i *setting* assistenziali, sia come strumenti per la presa in carico del paziente a domicilio sia come strumenti di integrazione e di comunicazione tra professionisti appartenenti a *setting* assistenziali diversi. Per tale ragione sarà essenziale potenziare la capacità di prendere in carico i pazienti e i loro bisogni in modo più efficace e continuativo nel tempo, grazie a **risorse ICT e digitali**, tra cui la raccolta di una base dati e l'aumento di modalità di fruizione dei servizi (telemonitoraggio, televisita, telerefertazione), nonché dei canali di comunicazione con le strutture (sistemi di

Figura 19: Caratteristiche Case della comunità previste sul territorio della ASL di Rieti

RIETI	CASTEL DI TORA	CONTIGLIANO	SAN'TELPIDIO	ANTRODOCO	OSTERIA NUOVA	MAGLIANO SABINA
9 Comuni afferenti 682m Altitudine media 97% Presenza banda larga	Comuni afferenti: 9 Altitudine media: 754m Presenza banda larga :87%	Comuni afferenti:11 Altitudine media: 518m Presenza banda larga: 93%	Comuni afferenti: 8 Altitudine media: 804 m Presenza banda larga 79 %	Comuni afferenti: 9 Altitudine media: 749 m Presenza banda larga: 93%	Comuni afferenti: 17 Altitudine media: 467 m Presenza banda larga: 95%	Comuni afferenti: 10 Altitudine media: 268 m Presenza banda larga: 99%
Popolazione Abitanti (% sul tot ab): 40,8% Over 65: 16.127 (25%) Età media: 49,4 Composizione media nucleo familiare: 2,1 Reddito medio: € 11.299,00	Popolazione Abitanti (% sul tot ab): 2% Over 65: 1.089 (33%) Età media: 54 Composizione media nucleo familiare: 1,75 Reddito medio: € 10.090,00	Popolazione Abitanti (% sul tot ab): 7% Over 65: 3.087 (27%) Età media: 50 Composizione media nucleo familiare: 2,1 Reddito medio: € 10.876,00	Popolazione Abitanti (% sul tot ab): 6% Over 65: 2.779 (29%) Età media: 53 Composizione media nucleo familiare: 1,8 Reddito medio: € 10.290,00	Popolazione Abitanti (% sul tot ab): 6% Over 65: 2.896 (30%) Età media: 52 Composizione media nucleo familiare: 1,9 Reddito medio: € 10.376,00	Popolazione Abitanti (% sul tot ab): 26% Over 65: 9.423 (23%) Età media: 49,6 Composizione media nucleo familiare: 2,12 Reddito medio: € 10.968,00	Popolazione Abitanti (% sul tot ab): 11% Over 65: 4.468 (26%) Età media: 48,6 Composizione media nucleo familiare: 2,26 Reddito medio: € 10.364,00
PATOLOGIE PREVALENTI - Ipertensione 25% - Diabete: 7% - BPCO: 4% - Ipotiroidismo: 6%	PATOLOGIE PREVALENTI - Ipertensione 15% - Diabete: 5% - BPCO: 3% - Ipotiroidismo: 3%	PATOLOGIE PREVALENTI - Ipertensione 26% - Diabete: 8% - BPCO: 5% - Ipotiroidismo: 5%	PATOLOGIE PREVALENTI - Ipertensione 28% - Diabete: 9% - BPCO: 5% - Ipotiroidismo: 6%	PATOLOGIE PREVALENTI - Ipertensione 29% - Diabete: 9% - BPCO: 7% - Ipotiroidismo: 6%	PATOLOGIE PREVALENTI - Ipertensione 16% - Diabete: 5% - BPCO: 3% - Ipotiroidismo: 4%	PATOLOGIE PREVALENTI - Ipertensione 25% - Diabete: 8% - BPCO: 4% - Ipotiroidismo: 5%

prenotazione *online*) e tra professionisti (teleconsulto).

In considerazione della presenza di aree non urbane o maggiormente disagiate e coorti di popolazione più anziane, sarà essenziale sfruttare le tecnologie, come è stato fatto durante l'emergenza COVID-19, per garantire la massima inclusività e continuità della presa in carico della persona.

CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA. COT: RUOLO, RISPOSTA AL FABBISOGNO E ATTORI COINVOLTI

Per far fronte alla domanda potenziale di coorti sempre più ampie di pazienti che associano bisogni sanitari a quelli assistenziali e socio sanitari è essenziale lo strumento dato dalle cure di transizione, che permettono di centralizzare i processi di accesso ai servizi all'interno della filiera, che devono essere messi in sequenza (facendo transitare il malato dall'ospedale alle cure intermedie, per esempio) o in parallelo (associando alle valutazioni cliniche quelle sul contesto abitativo e familiare per inquadrare il caso e trovare il setting di destinazione adeguato).

Da qui la centralità delle centrali territoriali all'interno del PNRR che prevede l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali, con la funzione di coordinamento e collegamento dei diversi servizi sanitari territoriali, socio-sanitari e ospedalieri, nonché la rete dell'emergenza-urgenza, per garantire continuità, accessibilità e integrazione delle cure: **si tratta del setting della "transitional care"**.

Il target di riferimento riguarderà tutta la popolazione sana e con cronicità e/o non autosufficienza e/o con fragilità sociale e avverrà prevalentemente in gestione "step down", ovvero dalla dimissione da strutture per acuti verso il territorio e lungo tutti i setting previsti dai diversi percorsi di cura. La filiera a cui farà riferimento riguarderà Cure intermedie, RSA, lungodegenza, strutture riabilitative, assistenza domiciliare, domicilio e hospice.

Le COT saranno il luogo del coordinamento delle cure tra i diversi setting, ma anche forte strumento di integrazione tra strutture, servizi, presidi, cittadini e caregiver, rispondendo ai bisogni complessi del paziente, tramite il suo ruolo di valutazione del percorso e gestione logistica dello stesso.

Il personale all'interno delle COT sarà di tipo infermieristico, con un responsabile organizzativo della centrale. Essi svolgeranno funzioni di *front office* e di *back office*.

A livello di funzioni, gli operatori all'interno delle COT valuteranno, attraverso le UVM l'appropriatezza delle segnalazioni, identificheranno il bisogno del paziente (in caso in cui la struttura si limiti a segnalare il caso) e identificheranno il *setting* più coerente con il bisogno del paziente. Una volta identificato il *setting*, gli operatori verificheranno la disponibilità e forniranno indicazioni agli operatori che hanno in carico il paziente per il suo spostamento presso altra struttura assistenziale. Una volta effettuata la "transizione", gli operatori continueranno a monitorare le condizioni di salute del paziente, oltre ad effettuare *reporting* dei processi di transizione gestiti.

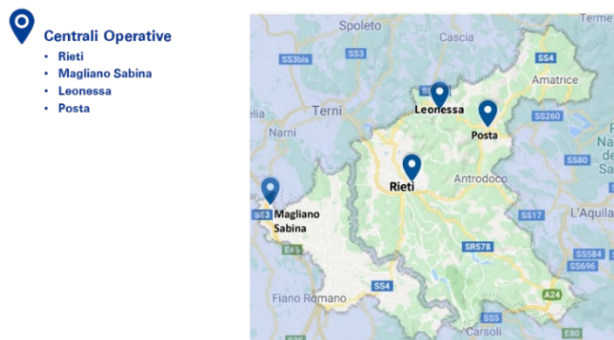
Le COT potranno essere collocate anche nelle sedi distrettuali.

Le Centrali operative territoriali saranno dotate dei mezzi tecnologici (es. piattaforme di telemedicina) che permetteranno il controllo da remoto dei dispositivi forniti ai pazienti, supporteranno lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituiranno un punto di riferimento per i *caregiver*, sia per la formazione all'autocura sia per la sua attuazione.

La piattaforma tecnologica che supporterà le COT, in particolare, rispetterà i vincoli di integrabilità. La COT diverrà, dunque, piattaforma tecnologica per la gestione delle cronicità assegnata alle Case della Comunità e alle strutture socio-sanitarie presenti sul territorio reatino o al di fuori.

La Centrale Operativa Aziendale (COA), invece, già operativa sul territorio reatino per la gestione dei pazienti COVID-19, dovrà occuparsi della programmazione dei diversi *setting* di cura; di definire le priorità e i criteri per la scelta del *setting* più adeguato, omogeneizzare le procedure di valutazione dei pazienti da parte delle COT distrettuali, riducendo il rischio che lo stesso bisogno trovi risposte diverse.

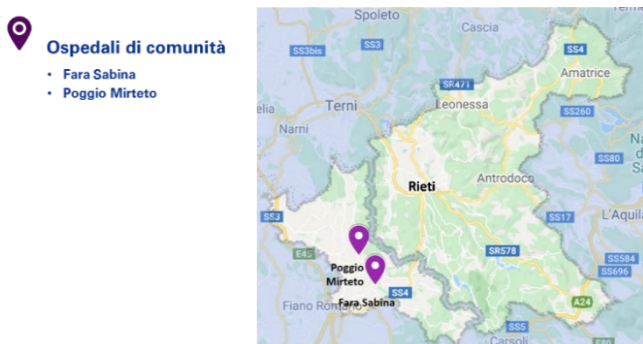
Figura 20: L'offerta di COT prevista nella ASL di Rieti



SVILUPPO DELLE CURE INTERMEDIE: GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ, RUOLO, RISPOSTA AL FABBISOGNO E ATTORI COINVOLTI

Nel progetto di potenziamento dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di fornire alla comunità di riferimento una rete di servizi e strutture completa, altra misura prevista è quella dello sviluppo delle cure intermedie.

Figura 21: L'offerta di Ospedali di Comunità prevista nella ASL di Rieti



L'obiettivo è quello di andare a rafforzare l'offerta dell'assistenza intermedia nella rete territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità. Gli Ospedali di Comunità sono strutture sanitarie a tutti gli effetti destinate a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o della

riacutizzazione di condizioni croniche, **necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e di media/bassa complessità assistenziale.**

Queste strutture, **a vocazione prevalentemente assistenziale, riabilitativa e socio-sanitaria**, svolgeranno una funzione cruciale tra il domicilio dei pazienti e la fase di ricovero in ospedale, collocandosi nell'ambito del miglioramento generale della qualità del sistema di assistenza primaria al fine di personalizzare l'assistenza sanitaria, evitando, quando possibile, il disagio di un ricovero ospedaliero, soprattutto per le persone più vulnerabili.

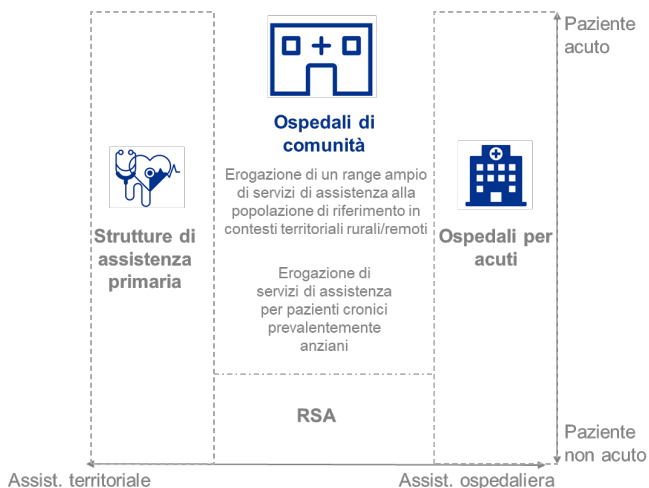
L'implementazione di tale *setting* assistenziale, inoltre, favorirà la fase di dimissione, lasciando alla famiglia e ai servizi socio-sanitari locali il tempo necessario per la riorganizzazione degli ambienti domestici alle esigenze che potrebbero essere emerse a seguito del ricovero, riducendo l'impatto, sociale ed economico sia sui pazienti sia sulla loro famiglia. I pazienti ospitati, infatti, necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Riprendendo le quattro tipologie di pazienti indicate nella bozza del DM71, possiamo vedere come la tipologia a) richiami un ricovero in una struttura non ospedaliera ma comunque in grado di fornire una protezione infermieristica e parzialmente medica per la gestione di una riacutizzazione di condizione clinica preesistente o insorgenza di quadro imprevisto. Per questa fattispecie l'elemento distintivo è l'evitare un ricovero ospedaliero a favore di un ricovero più "leggero". La tipologia b) riguarda pazienti dimessi da strutture per acuti, perché hanno concluso il percorso diagnostico terapeutico, ma che necessitano di assistenza infermieristica continuativa. La tipologia c) ha invece una motivazione non strettamente clinica: l'OdC è il luogo dove paziente e caregiver vengono addestrati alla somministrazione nuove terapie, medicinali, dispositivi medici e protesi prima del ritorno al domicilio. Infine, la

tipologia d) fa riferimento a interventi riabilitativi e di ri-educazione.

Gli OdC verranno **realizzati tramite interventi di ampliamento di strutture esistenti**.

Figura 22: Possibile modello di funzionamento degli ospedali di comunità in base a tipologia di utenza e assistenza erogata¹



L'INFERMIERE DI COMUNITÀ: UN FACILITATORE DELLA PRESA IN CARICO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. La sua funzione è orientata ad una **presenza continuativa e proattiva nella comunità territoriale di riferimento facilitando il percorso della presa in carico e della continuità dell'assistenza, favorendo l'integrazione e la collaborazione tra le figure professionali** (MMG, PLS, Specialisti, altri infermieri e altre figure sanitarie, assistenti sociali ecc.) **e i servizi socio-sanitari presenti sul territorio**, in un vero e proprio lavoro di équipe territoriale. È coinvolto in attività di

promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale. L'infermiere di comunità, dunque, nell'ASL di Rieti non sarà un mero erogatore di assistenza sanitaria, bensì un potenziale attivatore di servizi che soddisfino i bisogni intercettati del paziente (anche precocemente, con forte orientamento alla prevenzione).

L'ASL di Rieti intende concepire il ruolo di infermiere di comunità come co-gestore della presa in carico, oltre che perno delle COT e degli OdC. All'interno delle Case di Comunità l'IFeC ricoprirà la funzione di *case management*. L'infermiere di comunità dovrà dunque avere un elevato grado di integrazione con i servizi esistenti e potrà, all'occorrenza, assumere ruoli complementari (es. *disease manager, case manager*).

In particolare, la sfera di azione dell'IFeC si sviluppa in 3 ambiti: ambulatoriale, domiciliare e comunitario. A livello ambulatoriale, l'IFeC erogherà assistenza tramite consulenze, assistenza infermieristica ed azioni di promozione della salute. A livello domiciliare permetterà, ove possibile, di evitare ricoveri ospedalieri e promuoverà il mantenimento della salute della persona in autonomia (valorizzando il ruolo della famiglia) e, parallelamente, valuterà i bisogni (socio)-assistenziali inespressi, sia del paziente che della famiglia. Infine, a livello comunitario l'IFeC avrà il ruolo di promuovere la continuità delle cure e l'accesso ai servizi, anche agendo nell'ambito delle COT. **Dunque, a seconda dei luoghi dove opera l'IFeC è un case manager ma può erogare anche prestazioni in senso stretto, seguendo il paziente durante tutta la filiera (andando anche a domicilio, all'evenienza).**

¹ Elaborazione autori OASI 2021 su Winpenny et al., 2016

SUPPORTIAMO LA RIQUALIFICAZIONE DEL NOSTRO CAPITALE UMANO

NECESSARIA UNA RIORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE A FRONTE DI QUANTO FINANZIATO DAL PNRR

Durante il periodo COVID-19, dopo anni di costante contrazione degli organici, sono state avviate massicce campagne di reclutamento di personale medico e delle professioni sanitarie (oltre 36.000 unità tra marzo e ottobre 2020 a livello nazionale) recuperando circa i tre quarti del personale perso dal 2009.

La destinazione del PNRR è fortemente vincolata verso investimenti in conto capitale. Non sono previste risorse di parte corrente aggiuntive, tra cui il personale, ragione per cui le risorse del PNRR dovranno servire ad aumentare la produttività della spesa corrente del SSN che non dovrebbe aumentare significativamente nel periodo.

Per tale ragione l'ASL di Rieti si propone di avere una visione prospettica e **interrogarsi sul mix di competenze opportune per affrontare i prossimi anni**. Non vi sarà infatti alcuna trasformazione digitale senza una coerente trasformazione organizzativa. Affinché questo accada la ASL di Rieti ritiene necessario avviare un piano di trasformazione organizzativa con le seguenti fasi:

- sviluppare un *assessment* della struttura organizzativa attuale per poterne valutare il modello di funzionamento, ruoli e responsabilità da coinvolgere nel cambiamento organizzativo e individuare gli scenari di evoluzione propedeutici sia di miglioramento dei processi e dell'organizzazione sia alla valorizzazione del capitale umano;
- dare forma al modello organizzativo prospettico di alto livello in coerenza con il ridisegno dei modelli di servizio territoriali;
- progettare il modello di dettaglio (processi e copertura organizzativa), pianificare la

transizione dal modello attuale a quello prospettico valutandone gli impatti;

- implementare il cambiamento e misurarne gli effetti.

Tale percorso, considerato il contesto in continua evoluzione, non è concepito come un intervento ad hoc a sé stante ma costituirà l'approccio da adottare e raffinare in modo continuo per rispondere alle esigenze organizzative che possono nascere per esempio dati dall'esigenza dell'introduzioni di nuovi modelli organizzativi per l'assistenza a distanza.

Interventi previsti nel triennio



- | |
|---|
| Assessment del personale oggi in forza e calcolo del fabbisogno attuale e prospettico |
| Disegno del modello organizzativo prospettico di alto livello |
| Definizione del piano di trasformazione organizzativo |
| Implementazione e monitoraggio dei benefici attesi |

È NECESSARIO UN RIDISEGNO DELLO SKILL MIX E FORMAZIONE DEL PERSONALE ALL'INTERNO DEI NUOVI SETTING ASSISTENZIALI

Il tema dello *skill mix* (composizione del personale SSN) non è mai stato oggetto di politiche specifiche del panorama sanitario italiano. Anche la straordinaria immissione di personale durante la pandemia ha sostanzialmente replicato, tranne alcuni casi, lo *skill mix* esistente.

I nuovi *setting* che stanno emergendo sul panorama italiano possono essere la vera opportunità per riqualificare quelle risorse il cui ruolo non è, ad oggi, adeguatamente valorizzato e collegato alle priorità di medio e lungo periodo. Inoltre, la progressiva digitalizzazione del nostro SSN richiederà competenze specialistiche (digital) e capacità di utilizzo delle nuove piattaforme informatiche.

La ASL di Rieti ritiene il bilanciamento dello *skill mix* una priorità: l'aumento dei dipendenti generato dalle assunzioni effettuate durante la pandemia deve essere l'occasione per iniziare a modificare il mix medici/professioni sanitarie trasferendo alcuni compiti a carattere gestionale, amministrativo e di *case management* a personale non medico, generando percorsi di aggiornamento per ridare orgoglio professionale alle professioni sanitarie e contemporaneamente avviare lo spostamento di competenze mediche gestionali verso settori territoriali e ospedalieri innovativi e digitali.

A partire dalla figura dell'infermiere di comunità, l'ASL di Rieti intende:

- **ridisegnare con attenzione i ruoli e lo *skill mix* di competenze necessarie per erogare un'assistenza in linea con il fabbisogno della popolazione;**
- **promuovere percorsi di crescita** professionale orizzontali e verticali;
- **utilizzare la formazione come leva strategica** dello sviluppo (anche interno, a livello di upgrade contrattuali).

RIQUALIFICHIAMO FORMA ED ESSENZA DI CIÒ CHE RIGUARDA IL NOSTRO CAPITALE UMANO

Durante la pandemia le aziende del SSN hanno dovuto fronteggiare questioni caratteristiche del mercato del lavoro sanitario che già prima dell'emergenza, viveva una situazione di *workforce shortage* a fronte di un fabbisogno di assistenza in crescita.

Con la pandemia e il rilassamento dei vincoli di spesa sono state possibili alcune forme straordinarie di reclutamento del personale per far fronte al disallineamento improvviso tra i servizi e il rapido incremento della domanda legato alla pandemia.

Oggi le Aziende del SSN sono chiamate a disegnare la sanità del futuro cambiando i propri modelli di servizio, cambiamento che non potrà avvenire a prescindere dal modello organizzativo. **La ASL di Rieti si propone di rimettere mano sia alla "Forma"** (i requisiti tangibili di un modello organizzativo, es. organigramma, *job description*, FTE) **sia all' "Essenza"** (gli elementi che supportano le componenti centrali di un'organizzazione e guidano le performance, es. formazione, strategia di acquisizione talenti).

Per farlo intende:

- aumentare il proprio livello di conoscenza del capitale umano, non fermandosi alla "Forma" ma spingendosi all'"Essenza" (Figura 28) grazie anche all'adozione di strumenti di gestione del personale strutturati, che consentano ad esempio di mappare competenze ed esperienze, garantendo una maggiore capacità di riorganizzazione del personale grazie all'utilizzo di informazioni legate alla gestione operativa e strategica delle risorse umane (Figura 29);
- coinvolgere il personale, specie di comparto, nelle decisioni aziendali per consentire una maggiore aderenza e condivisione del personale verso obiettivi aziendali;
- aumentare le informazioni disponibili, tramite tool che consentano di informare, formare e ascoltare il personale per permettere all'azienda di basare le proprie decisioni su un panel di informazioni più completo.

Interventi previsti

- Identificazione delle nuove competenze necessarie per raggiungere il massimo livello di integrazione della rete
- Allocazione delle competenze a ruoli esistenti/nuovi ruoli
- Formazione delle risorse interne al SSN



Figura 23: Caratteristiche di Forma ed Essenza di un modello organizzativo

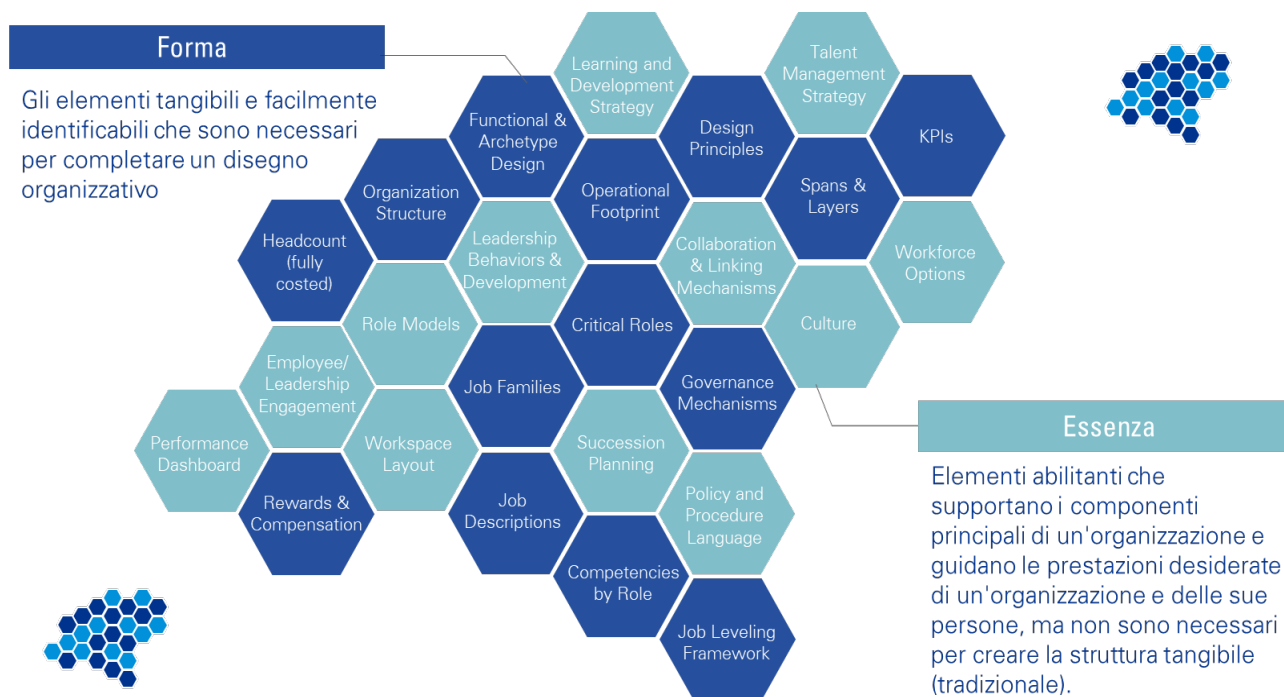
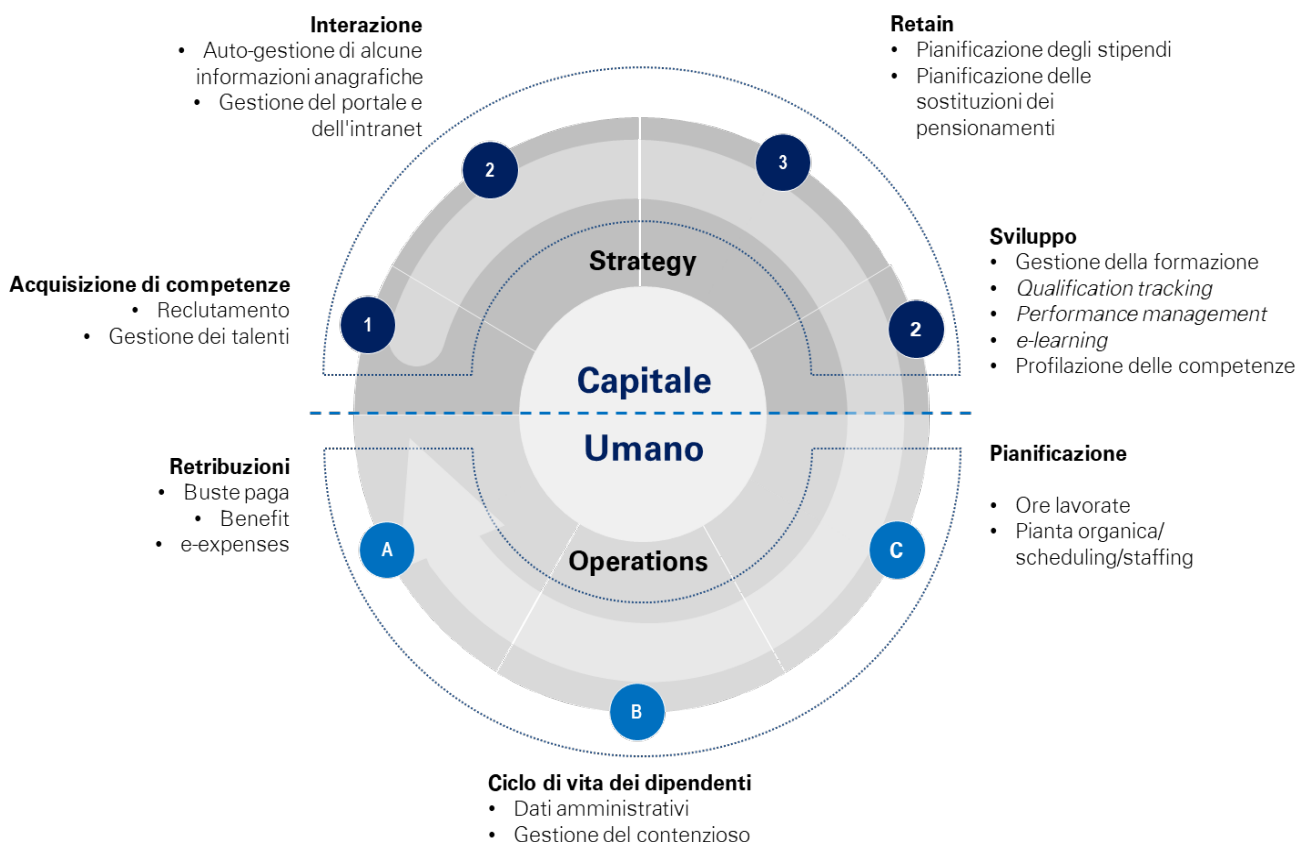


Figura 24: Contenuti informativi per il monitoraggio dei processi operativi e strategici del capitale umano presente sul territorio



LA GESTIONE OPERATIVA A SUPPORTO DELLA DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO SUL TERRITORIO. I flussi informativi a supporto della gestione operativa, implementati ex novo o integrati rispetto all'esistente, rafforzeranno i processi ripetitivi/routinari (ad es. gestione della busta paga, dati anagrafici) con l'obiettivo principale di raccogliere e mantenere i dati relativi alle varie fasi della vita aziendale del dipendente (ad es. assunzione, cambiamenti di ruolo o unità operative), alla remunerazione del dipendente (ad es. busta paga, eventuali benefit) e alla pianificazione operativa (ad es. pianta organica, gestione delle presenze/assenze del personale). Le analisi dei dati sulla gestione operativa del personale saranno importanti per una pianificazione di base

sul fabbisogno del personale, l'ottimizzazione dei costi sul personale e il raggiungimento dell'efficienza operativa delle risorse umane, specialmente sul territorio.

LA GESTIONE STRATEGICA PER ORIENTARE LE SCELTE AZIENDALI. I flussi informativi a supporto della gestione strategica rafforzeranno tutti i processi finalizzati all'identificazione dei talenti, allo sviluppo del personale (ad es. *performance management*, formazione), alla gestione delle carriere (ad es. pianificazione delle sostituzioni dei pensionamenti prossimi) fino all'implementazione di sistemi di interazione diretta con il personale (ad es. gestione autonoma di alcune informazioni anagrafiche) e alla gestione dello stesso sul territorio.

APPROFITTIAMO DELLA DIGITALIZZAZIONE

L'ASL DI RIETI HA IMPLEMENTATO SERVIZI (DI TELEMEDICINA E NON SOLO) DURANTE L'EMERGENZA COVID-19

La ASL di Rieti ha avviato nel corso degli ultimi mesi numerosi progetti con l'obiettivo di offrire servizi alla popolazione di continuità assistenziale. Tra questi si citano come esempi il servizio di Assistenza Proattiva Infermieristica, il progetto Tessere Smart Share e l'assistente virtuali IARI.

Nel luglio 2020 è stata attivato il servizio di **Assistenza Proattiva Infermieristica** che si occupa di intervenire a domicilio del paziente, anche attraverso modelli assistenziali innovativi come la Telemedicina e

Telenursing, per far fronte ai bisogni di salute legati e non al COVID-19, gestendo le persone con patologie croniche, con particolare riguardo alle fasce di popolazione più a rischio, i casi confermati COVID-19, il monitoraggio e gli interventi su strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali.

A settembre 2021 la Asl di Rieti è stata selezionata come Azienda pilota nel progetto nazionale **"Tessere Smart Share"**, indirizzato ai **pazienti reumatici** con lo scopo di trasferire utilizzando, la telemedicina, il trattamento dall'ospedale al territorio e migliorare, quindi, la qualità e l'efficienza delle cure.

A novembre 2021 è stato avviato un **progetto di Farmacovigilanza che attraverso IARI**, un'assistente virtuale, applica l'intelligenza artificiale al riconoscimento del linguaggio naturale, al fine di rendere semplice e veloce l'interazione con il cittadino, attraverso una telefonata, ed allo stesso tempo poter fornire, acquisire e gestire le informazioni relative alla somministrazione del vaccino anti-COVID-19 e alla co-somministrazione con il vaccino antinfluenzale.

Ulteriori progetti di telemedicina comprendono iniziative di televisita, telemonitoraggio e teleconsulto (vedi tabella).

Tabella 1: Iniziative telemedicina ASL di Rieti

TELEVISITA E TELEMONITORAGGIO		
Piattaforma	Utilizzatori interni	Dispositivi medici integrati
Smart Digital Clinic (Cartella Ambulatoriale specialistica).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetologia ▪ Pneumologia ▪ Reumatologia 	Attraverso un'App il paziente può scaricare su Meteda i propri parametri (via <i>bluetooth</i>). Possibilità di interagire tramite video chiamata o messaggistica con il centro di cura di riferimento.
Piattaforma Telenursing.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pneumologia (BPCO, SLA, Cifoscoliosi) 	Rilevazione parametri: saturazione ossigeno e frequenza cardiaca
GDSM (Cartella Ambulatoriale DSM).	Centro di Salute Mentale	Televisita tramite Microsoft Teams
	Medicina fisica e riabilitativa	Televisita tramite Microsoft Teams
Accorciamo le distanze,	Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'urgenza ADI Distretto 1 USCAD (pazienti Covid)	Telemonitoraggio: - Glucometro Accu-Chek Guide della Roche - Bilancia Wireless iHealth HS4 della Gima - ECG indossabile Samsung S-Patch - Monitor multiparametrico Edan IM3
Piattaforma GECCO,	Infermieri del SISP (Servizio igiene sanità pubblica) per COVID	Saturimetro per rilevazione saturazione ossigeno
Piattaforma Homechoise Claria	Nefrologia	Frequenza cardiaca, pressione, glicemia.
TELECONSULTO		
Piattaforma	Utilizzatori	Dispositivi medici integrati
Regione Lazio - reti di emergenza hub Gemelli	Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'urgenza	Condivisione di TAC, analisi di laboratorio ecc. per consulto
Regione Lazio - reti di emergenza hub ospedale pediatrico Bambino Gesù	Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'urgenza	

Interventi previsti nel triennio



- Supportare il proseguo delle attività in corso
- Analizzare come iniziative nate nel corso della pandemia possano essere riutilizzate/riadattate anche per altre patologie
- Scalare le iniziative a livello di geografia e utenza portandole a regime e integrandole con i servizi esistenti

L'ASL DI RIETI E IL SUO APPROCCIO ALLA DIGITALIZZAZIONE

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato forse la sfida di sanità digitale più grande degli ultimi tempi: si pensi ad esempio alla campagna vaccinale per il quale è stato necessario mettere a disposizione una porta di accesso per i cittadini per la prenotazione del vaccino in coerenza con la disponibilità delle dosi oppure all'impennata della telemedicina che ha consentito di effettuare *online* visite che prima non si pensava potessero essere erogate se non in presenza.

La trasformazione digitale rappresenta sicuramente un'opportunità irripetibile per il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, per la modernizzazione dei processi non solo di *front-office*, con impatto diretto sul cittadino, ma anche di *middle* e *back-office*.

La sanità, tuttavia, non è ancora stata rivoluzionata come altri settori dalla digitalizzazione, che oggi godono dei

guadagni in aumento di produttività legati a quest'ultima. Molti sono gli esempi nel passato in cui la Sanità non ha approfittato di ondate di informatizzazione di processo per consentire un significativo incremento delle possibilità di governo. La battaglia della digitalizzazione non si vince sul terreno dell'*hardware* e del *software*: sanità digitale significa 80% persone, 15% processi e 5% tecnologia.

La ASL di Rieti intende approfittare della digitalizzazione per riavvicinare gli assistibili al Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, qualsiasi iniziativa di trasformazione digitale:

- sarà progettata puntando all'interconnessione bidirezionale tra esperienza (processo) e governo: ciò consentirà da un lato a migliorare l'esperienza dell'assistibile dall'altro di generare dati che servano per migliorare il livello di informazioni da cui il livello di governo ricava indicazioni per guidare il servizio sanitario nel suo complesso o nelle sue singole articolazioni;
- avrà come pilastri le seguenti 5 aree: i) abilitare l'esperienza on-line dell'assistito; ii) migliorare l'esperienza del *caregiver*; iii) snellire funzioni amministrative digitali; iv) migliorare lo stato di salute e benessere della popolazione; v) sviluppare nuovi

Figura 25: Quando e come coinvolgere gli operatori in un progetto di trasformazione digitale



servizi sempre più orientati alla *Value Based Healthcare*;

- si svilupperà con piccoli e brevi progetti all'interno di una roadmap agile di trasformazione con un approccio per fasi ("sprint"): la trasformazione non è infatti un processo che inizia e finisce ma un percorso di miglioramento continuo che deve generare valore e benefici misurabili in modo rapido e incrementale;
- coinvolgerà fin dal principio gli *stakeholder* (clinici, operatori sanitari e non pazienti, caregivers) poiché dare loro l'opportunità di dare forma e voce al cambiamento rappresenta un elemento critico per far sì che il cambiamento avvenga nei fatti (Figura 30);
- dovrà prevedere la misurazione dei risultati della digitalizzazione sull'assistenza al cittadino, sia percepita che effettiva.

UNA ROADMAP CHE GUIDI LA TRASFORMAZIONE DIGITALE

Se guardiamo a come le grandi aziende definiscono la trasformazione digitale, è difficile trovare una definizione universale.

Proprio per questo diventa fondamentale per un'organizzazione creare e adottare una propria definizione che meglio rappresenti i propri obiettivi di trasformazione.

Per la ASL di Rieti trasformazione digitale significa ripensare e riqualificare l'assistenza sanitaria attraverso la combinazione di tecnologia, dati, persone e processi.

Per farlo è necessario **sviluppare una strategia digitale e una roadmap che consenta di avere una visione complessiva del digital transformation journey** dell'intera organizzazione, dei tempi e dei costi. L'approccio che la ASL intende adottare si svilupperà in 3 fasi:

Interventi previsti nel triennio

- Sviluppare la comunicazione della trasformazione digitale
- Sviluppare iniziative di diffusione della cultura digitale all'interno del territorio aziendale
- Sviluppare un sistema di valutazione per le diverse iniziative di trasformazione digitale



- fase 1 composta da: i) definizione della strategia digitale e della visione dell'organizzazione al fine di tradurre in obiettivi e indicatori di risultato i benefici attesi dalla digitalizzazione; ii) *readiness assessment* e *benchmark* al fine di analizzare le iniziative già attive e il livello di prontezza della ASL alla transizione digitale anche rispetto ad altri contesti;
- fase 2 composta da: i) sviluppo di una roadmap agile al fine di definire le

Figura 26: Blueprint della trasformazione digitale



Source: Approccio a fasi per la trasformazione digitale, Damo Consulting Inc.

opportunità offerte dalla digitalizzazione in coerenza con la strategia e come queste soddisfano le esigenze di assistibili, caregiver, operatori sanitari e non; ii) prioritizzazione e definizione della sequenza più appropriata delle opportunità;

- fase 3 composta da: i) definizione del modello operativo necessario per implementare la strategia; ii) definizione

della tecnologia appropriata e selezione dei partner.

Interventi previsti nel triennio



Elaborare il Piano di Strategia Digitale

Sviluppare la *roadmap* di trasformazione digitale

MISURIAMO GLI *OUTCOME* PER ORIENTARE OGNI EURO VERSO LE CURE CHE HANNO UN IMPATTO APPROPRIATO E POSITIVO

MISURIAMO LA PERCEZIONE DEGLI ASSISTIBILI RISPETTO AL SERVIZIO

Influenzati da ciò che accade in altri settori dove quella per il consumatore è una vera e propria ossessione, gli assistibili, ancor più dopo la pandemia, oggi sono portati a valutare il settore sanitario con gli stessi parametri con cui valutano gli altri servizi (es. consegne Amazon) e sono sempre più "consumatori" attivi che esigono di essere coinvolti nel processo di cura.

Il livello di soddisfazione del servizio da parte degli utenti (che siano pazienti, professionisti sanitari, *caregiver*) è diventato sempre più un fattore fondamentale per abilitare un nuovo strumento/servizio.

La ASL di Rieti intende ascoltare la voce degli assistibili e misurarne la soddisfazione prima, durante e dopo l'erogazione dei servizi (nuovi e tradizionali) al fine di:

- facilitare l'accesso alle cure: ad es. la telemedicina, se fatta bene, può aprire l'accesso ai servizi anche a fette di popolazioni finora geograficamente svantaggiate;

- dimensionare i servizi anche sulla base delle preferenze e delle caratteristiche degli utenti: ad es. la telemedicina, il cui interesse è scoppiato durante la pandemia, sconta nei fatti un gap con il suo utilizzo, generati principalmente dalla mancanza di conoscenza dell'offerta esistente e delle tipologie di cure indirizzabili verso il canale virtuale;
- garantire un'esperienza di valore: ad es. nella telemedicina l'utente valuta la capacità dell'interfaccia di rispondere in modo tempestivo ed efficace ai suoi bisogni.

Per misurare la soddisfazione dei pazienti, la ASL di Rieti intende dotarsi di **metodologie e indicatori** utilizzati con successo in altri settori. In particolare:

- la metodologia della **Patient Experience Excellence** analizza 6 dimensioni che definiscono l'esperienza di paziente, caregiver e operatori sanitari e che considerano sia caratteristiche oggettive sia aspetti che agiscono sulla sfera emotiva: (i) Personalizzazione (la ASL ha dimostrato attenzione nei confronti della sua situazione particolare?); (ii) Integrità (la ASL ha ispirato fiducia?); (iii)

Figura 27: Dimensioni su cui valutare la patient experience

Integrità

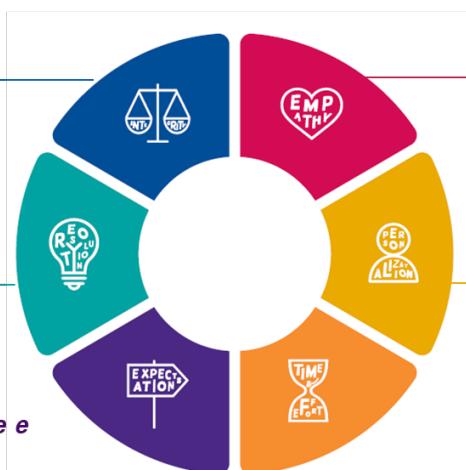
La ASL ha ispirato fiducia?

Risoluzione

La ASL ha dimostrato di saper affrontare situazioni complesse e risolverle?

Aspettative

La ASL ha dimostrato essere consapevole delle sue aspettative e ha saputo soddisfarle?



Empatia

La ASL è stata capace di mettersi nei suoi panni?

Personalizzazione

La ASL ha dimostrato attenzione nei confronti della sua situazione particolare?

Tempo e Impegno

Ha avuto l'impressione che l'interazione con la ASL le abbia fatto perdere tempo?

Aspettative (la ASL ha dimostrato essere consapevole delle sue aspettative e ha saputo soddisfarle?); (iv) Risoluzione (la ASL ha dimostrato di saper affrontare situazioni complesse e risolverle?); (v) Tempo e Impegno (Ha avuto l'impressione che l'interazione con la ASL le abbia fatto perdere tempo?); (vi) Empatia (la ASL è stata capace di mettersi nei suoi panni?).

- gli **indicatori della customer experience** quali: (i) il *Net Promoter Score* misura la «fedeltà e apprezzamento» al servizio, (ii) il *Customer Satisfaction Core* misura il «livello di soddisfazione» del servizio; (iii) il *Customer Effort Score* misura il livello di «sforzo percepito» per l'accesso e la fruizione del servizio.

Interventi previsti nel triennio

Sviluppare e attuare un piano di rilevazione della *customer experience*

Sviluppare sistemi di monitoraggio della *customer experience*



APPROFITTIAMO DELLA DIGITALIZZAZIONE PER MISURARE L'ESITO DELLE PRESTAZIONI (PROMS, PREMS)

“Se non puoi misurarlo, non puoi gestirlo”. È una frase ormai spesso citata di W. Edwards Deming, che sostenne che mentre non tutti gli esiti possono essere quantificati, i manager (e in sanità anche i clinici) devono prendere decisioni in assenza di informazioni complete e i dati hanno il potenziale di migliorare le decisioni.

Potessimo tuttavia calcolare anche i migliori indicatori del mondo essi non avrebbero alcuna risonanza qualora non godessero della fiducia e se non fossero riconosciuti come validi dagli operatori sanitari.

La ASL di Rieti intende approfittare della digitalizzazione per misurare l'esito delle prestazioni (degli interventi chirurgici ma anche dei prodotti farmaceutici) per orientare

ogni euro verso le cure che hanno un impatto positivo sulla vita dei pazienti e quindi sul benessere e sullo sviluppo della popolazione e del paese. Intende farlo coinvolgendo fin da subito gli operatori sanitari. In particolare, intende:

- **non limitarsi**, sebbene siano fondamentali, **al calcolo degli indicatori di stato di salute raggiunto o mantenuto** quali la sopravvivenza (es. la mortalità a 30 giorni dello scompenso cardiaco) o lo stato di salute raggiunto o mantenuto **ma misurare in modo strutturato anche indicatori di processo di recupero** quali il tempo di recupero e ritorno alle normali attività e gli esiti negativi dei trattamenti (es. complicanze a breve termine, ripetizione del trattamento) e **indicatori di sostenibilità della salute** quali le recidive e le complicanze di lungo termine e le conseguenze a lungo termine indotte dalla terapia (es. malattie indotte dalla cura)²;
- **sviluppare i Patient-reported outcome measures** (PROMs) per consentire ai pazienti di riferire sulla loro qualità di vita, funzionamento quotidiano, sintomi e altri aspetti della loro salute e benessere e **i Patient-reported experience measures** (PREMs) per raccogliere informazioni sulle opinioni dei pazienti sulla loro esperienza mentre ricevono cure.

Interventi previsti nel triennio

Progettare un sistema di rilevazione degli outcome (di esito, processo, PROMs, PREMs)

Sviluppare sistemi di monitoraggio degli *outcome*

Sviluppare un piano di comunicazione degli esiti



² Framework di Porter

APPLICHIAMO METODOLOGIE DI ANALISI COSTO-EFFICACIA PER ORIENTARE IN MODO PIÙ ADEGUATO IL CAMBIO DEI MODELLI DI SERVIZIO.

L'economista Lionel Robbins ha definito l'economia come "...a science which studies human behaviour as a relationship between ends and scarce means which have alternative uses". I concetti di scarsità (di risorse) e scelta sono propri del settore sanitario.

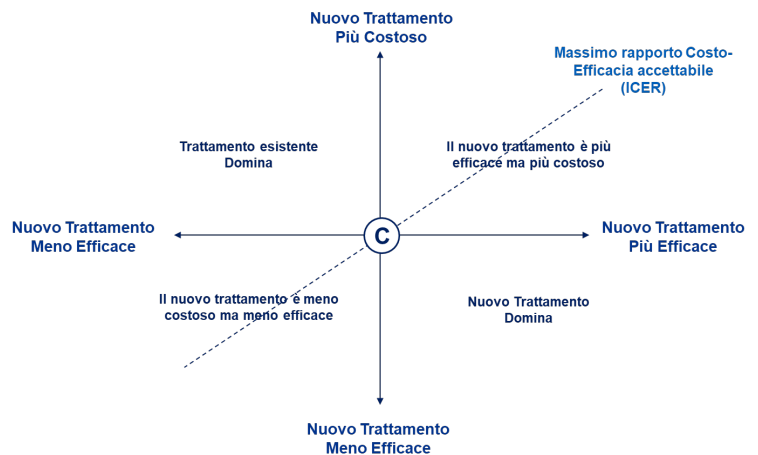
Sul calcolo dei costi (*standard*) nel tempo il SSN ha fatto grandi passi in avanti riuscendo a calcolare, attraverso le ben note metodologie internazionali del *clinical costing*, il costo *standard* per paziente.

La ASL di Rieti intende **affrontare i cambiamenti nei modelli di servizio dotandosi di metodologie di analisi costo-efficacia**, poiché:

- non basta infatti parlare solo di costi per il SSR e non è sufficiente parlarne solo per le prestazioni sanitarie;

- il tema dei costi deve essere necessariamente affrontato con il tema degli outcome e non basta concentrarsi solo sui costi del servizio ma bisogna guardare anche al costo per la comunità;
- le metodologie adottate per le valutazioni costo-efficacia non devono essere applicate solo alle "prestazioni" ma ad ogni intervento orientato all'evoluzione dei SSR in particolare quando si parla di evoluzione dei modelli di servizio.

Figura 28: Il piano costo-efficacia



Interventi previsti nel triennio



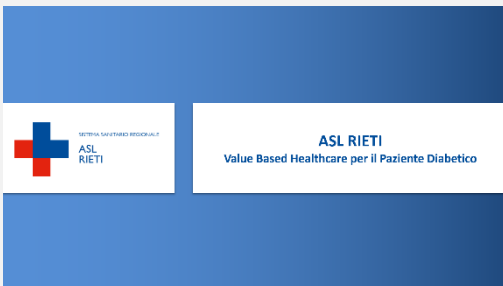
Progettare e attuare un modello di analisi costi-efficacia (*Value Based Healthcare*)

Sviluppare strumenti valutativi degli esiti che applicano metodologie che correlino i costi agli outcome

Identificare pazienti target per ampliare la platea di progetti realizzabili tramite metodologie consolidate (es. progetto diabete)

Figura 29: Applicazione pratica del modello Value Based Healthcare

Value Based Healthcare per il paziente diabetico nell'ASL di Rieti



L'ASL di Rieti, in linea l'indirizzo esplicitato nel paragrafo precedente, ha realizzato un progetto di *Lean Value Based Healthcare* per i pazienti diabetici, propedeutico alla definizione di un modello replicabile per altri ambiti clinico-assistenziali a valenza ospedale-territorio. Sono più di 12.000 i pazienti diabetici nell'ASL di Rieti (ca. il 7,9% degli abitanti), gestiti da 2 strutture diabetologiche con funzioni di 2° livello e 6 poliambulatori di 1° livello.

Gli obiettivi perseguiti nel progetto di VBH per il paziente diabetico sono di 3 tipologie:

- Obiettivi di processo, legati alla presa in carico e arruolamento nel PDTA di almeno il 70% dei pazienti diabetici Tipo 2, oltre all'ampliamento della rete assistenziale territoriale, *empowerment* del paziente e la creazione di uno standard *Activity Based Costing*, per la valutazione costi del PDTA- diabete, attuabile anche per altri percorsi;
- Obiettivi di outcome, legati alla riduzione delle complicanze, ospedalizzazioni e accessi non appropriati dei pazienti diabetici;
- Obiettivi di costo, legati a minori costi per le ospedalizzazioni, alla gestione delle complicanze, oltre che alla diminuzione della mobilità passiva

Nella realizzazione del progetto, è stata adottata una prospettiva paziente-centrica, tramite l'adozione di questionari per la rilevazione della qualità percepita (attraverso sistemi di Intelligenza Artificiale) di tipologia PREM (*Patient Reported Experience Measures*), per consentire ai pazienti di dare un feedback diretto sugli esiti delle cure per guidare i miglioramenti dei servizi. Gli *items* indagati sono stati i seguenti: accessibilità ai servizi della ASL, rapporti con i sanitari, organizzazione, mobilità intra-extraregionale, compliance dei pazienti. Inoltre, sono stati valutati i costi del percorso del paziente diabetico (con e senza complicanze) attraverso la metodologia dell'*Activity Based Costing*. Infine, tramite KPI di processo, di *follow-up*, di esito e di costo, sono state identificate le soglie a tendere per l'ASL di Rieti.

Il progetto *Lean Value Based Healthcare* per i pazienti diabetici ha permesso l'attivazione di un processo di integrazione tra i sistemi informatici di gestione del paziente dei MMG e quelli aziendali, oltre a favorire il potenziamento della telemedicina e in particolare della televisita per visite di controllo e *follow-up*. Inoltre, grazie al suddetto progetto, l'ASL di Rieti ha acquisito di una metodologia di analisi e di rilevazione dei costi per la gestione di un paziente all'interno di un PDTA, ciò propedeutico anche ad analisi analoghe su altri PDTA (es. BPCO, artrite reumatoide ecc.).

La sfida di questo triennio sarà quella di riorganizzare la rete infrastrutturale del territorio e i relativi modelli di servizio attraverso cinque traiettorie strategiche. L'obiettivo è di ridisegnare la presa in carico come prossimità e proattività delle cure, tramite un cambio di paradigma passando da una logica centrata sulla "cura" a un sistema basato sul "bisogno". Il territorio rappresenterà la porta d'accesso alle cure e il perno intorno a cui costruire risposte ai bisogni di salute della comunità, anche grazie a modalità di integrazione orizzontale e verticale tra *setting* assistenziali, professionisti e stakeholder infra-multisettoriali. Sarà necessario, al fine di realizzare un modello organizzativo territoriale integrato, ridefinire lo "standard di servizio" basandosi sulla presa in carico, sull'utilizzo del Piano Individuale di Salute e di percorsi clinico-assistenziali; sulla continuità assistenziale, sulla transizione delle cure e sulla prossimità spostando l'attenzione dal luogo di "cura" alla comunità e agli ambienti di vita e di lavoro delle persone. La realizzazione di una nuova rete infrastrutturale orientata al territorio e alla continuità delle cure sarà possibile, anche alla luce della pandemia in corso, grazie all'utilizzo di soluzioni tecnologiche legate alla diagnosi, al trattamento e al monitoraggio da remoto. Sarà necessario consolidare le soluzioni nate durante il periodo emergenziale, esplorarne e implementarne di nuove, creando un ecosistema digitale connesso, anche attraverso il ridisegno delle competenze necessarie all'Azienda per affrontare con successo le sfide attuali e future.

Figura 30 - Le 5 traiettorie strategiche del cambiamento



“Il valore di un'idea sta nel suo utilizzo”

Thomas Edison, co-fondatore di General Electric