



GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 11/11/2011

ADDI' 11/11/2011 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COST' COMPOSTA:

POLVERINI	Renata	Presidente	FORTE	Aldo	Assessore
CIOCCHETTI	Luciano	Vice Presidente	LOLLOBRIGIDA	Francesco	"
ARMENI	Fabio	Assessore	MALCOTTI	Luca	"
BIRINDELLI	Angela	"	MATTEI	Marco	"
BONTEMPO	Teodoro	"	SANTINI	Fabiana	"
CANGEMI	Giuseppe Emanuele	"	SANTINELLI	Gabriella	"
CETICA	Stefano	"	ZAPPALA'	Stefano	"
DI PAOLANTONIO	Pietro	"	ZEZZA	Maria	"

ASSISTE IL SEGRETARIO: Paolo IACONIS

***** OMISSIS

ASSENTI: CANGEMI - DI PAOLANTONIO - MATTEI

DELIBERAZIONE N. 525

Oggetto:

Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 14 ottobre 2009 "Progetti Attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2009" - Approvazione Progetti.



525 11 NOV. 2011 *h*

OGGETTO: Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 14 ottobre 2009 "Progetti Attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2009" – Approvazione Progetti

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente della Regione Lazio,

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e successive modificazioni;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T0229 del 25/04/2010 che riserva al Presidente della Regione Lazio le competenze inerenti al settore organico di materie relative alla Salute;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

VISTA la L.R. 24 Dicembre 2010, n. 8; "Bilancio di previsione della Regione Lazio per l'esercizio 2011";

VISTA la L.R. 13 agosto 2011 n. 11, "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2011-2013 della Regione Lazio

VISTA la legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)" con la quale:

- all'art. 1, comma 805, si istituisce un fondo per il triennio 2007, 2008 e 2009 per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del suddetto;
- all'art. 1, comma 806, si definisce l'entità annuale del fondo di cui al precedente comma in € 65,5 milioni di cui € 5 milioni da destinare ad iniziative nazionali realizzate dal Ministero della Salute, e € 60,5 milioni da assegnare alle Regioni ed alle Province autonome;

VISTA la legge 24 dicembre 2007, n. 244 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)" con la quale, all'art. 2, comma 374, si dispone che per gli anni 2008 e 2009 l'importo di 60,5



525 11 NOV. 2011 R

milioni di euro previsto dal succitato art. 1, comma 806 della legge 296/2006, modificando ed integrando, altresì, le linee progettuali prioritarie ai fini del cofinanziamento dei progetti regionali,

VISTO il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e s.m.i.;

VISTO il DPCM 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento del servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario *ad acta* n. 18 del 5 settembre 2008, "Approvazione della 'Programmazione per l'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio' e delle 'Linee Guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010';

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0087 del 18 dicembre 2009 "Approvazione Piano Sanitario Regionale 2010-2012" e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0052 del 24 dicembre 2008 "Definizione dell'offerta assistenziale relativa alle Unità per le Disabilità Gravi dell'Età Evolutiva (UDGEE)";

VISTA la DGR N. 59 del 06/02/2009 avente oggetto "Piano Sanitario Nazionale 2006/2008. Fondo di cui all'art. 1, comma 805, della legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007). Approvazione progetti attuativi per l'assegnazione della prevista quota di cofinanziamento regionale pari ad euro 2.421.057,60."

VISTO il Decreto del Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali del 14 ottobre 2009 concernente: "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano. Anno 2009", ed in particolare l'art. 2 che,

- alla lettera a) prevede per la sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute 30,5 milioni di euro;
- alla lettera b) prevede per le malattie rare 5 milioni di euro;
- alla lettera c) prevede per l'implementazione delle reti delle unità spinali e delle strutture per pazienti gravi cerebrolesi 5 milioni di euro;
- alla lettera d) prevede per l'attuazione del patto per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro l'importo di 10 milioni di euro;



- alla lettera e) prevede per la promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute mentale e ospedali psichiatrici giudiziari per l'importo di 5 milioni di euro

VISTA la nota del Ministero della Salute, protocollo 0012245-P- 12/04/2010, avente per oggetto "D.M. 14 ottobre 2009: Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano - anno 2009. Termine per la presentazione dei progetti", con la quale si definisce la scadenza per la presentazione dei progetti di cui al DM 14.10.2010 al 15 maggio 2010;

VISTA la propria deliberazione n.393 del 22 maggio 2009 "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009, rep. atti n. 57/CSR. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009. Ripartizione quota del fondo vincolato";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta U0110 del 30/12/2010 "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 luglio 2010, rep. atti n. 76/CSR. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2010. Ripartizione quota del fondo vincolato";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta U0113 del 31/12/2010 "Programmi Operativi 2011 - 2012";

PRESO ATTO che il finanziamento ministeriale sarà assegnato, a norma dell'art. 1, comma 807, della legge n. 296/2006, con Decreto del Ministero della Salute su proposta del Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005, alle Regioni che abbiano presentato i progetti attuativi degli obiettivi del P.S.N., coerenti con le linee progettuali individuate con apposito decreto ministeriale;

CONSIDERATO che l'accesso al finanziamento ministeriale è subordinato ad uno specifico impegno regionale, in termini di impiego di risorse proprie, per l'attuazione dei progetti collegati agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale;

VISTI i progetti di seguito rappresentati, allegati alla presente deliberazione di cui costituiscono parte integrante, elaborati sulla base delle indicazioni contenute nel citato Decreto Ministeriale 14 ottobre 2009 e per i quali, a fronte del costo complessivo, sono precisat. sia la quota del finanziamento ministeriale che quella di cofinanziamento regionale;



525 11 NOV. 2011 R

1. progetto "La gestione della salute e sicurezza nelle Aziende Sanitarie pubbliche attraverso l'adozione di modelli gestionali ed organizzativi in ottemperanza dell'articolo 30 del D.LGS. 81/08 e succ. mod. e int.":

Linea progettuale: "Attuazione del patto per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro"

Costo complessivo del progetto:	euro 1.000.000,00
Finanziamento ministeriale:	euro 700.000,00
Cofinanziamento regionale:	euro 300.000,00

2. progetto "Integrazione tra DSIM e OPG per il reinserimento sociale di soggetti autori di reato prosciolti per infermità di mente, ricoverati in OPG"

Linea progettuale: "promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute mentale e ospedali psichiatrici giudiziari"

Costo complessivo del progetto:	euro 1.000.000,00
Finanziamento ministeriale:	euro 700.000,00
Cofinanziamento regionale:	euro 300.000,00

3. progetto: "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della salute nel territorio di Roma e provincia della Regione Lazio"

Linea progettuale: "sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute"

Costo complessivo del progetto:	euro 12.718.884,79
Finanziamento ministeriale:	euro 8.903.219,35
Cofinanziamento regionale:	euro 3.815.665,44

4. progetto: "Consolidamento della rete assistenziale per le unità spinali unipolari e delle gravi cerebro lesioni acquisite"

Linea progettuale: "implementazione delle reti delle unità spinali e delle strutture per pazienti gravi cerebrolesi"

Costo complessivo del progetto:	euro 500.000,00
Finanziamento ministeriale:	euro 350.000,00
Cofinanziamento regionale:	euro 150.000,00

5. progetto: "Consolidamento della rete assistenziale per le malattie rare nella Regione Lazio"

Linea progettuale: "malattie rare"

Costo complessivo del progetto:	euro 1.000.000,00
---------------------------------	-------------------



525 11 NOV. 2011 R

Finanziamento ministeriale:	euro	700.000,00
Cofinanziamento regionale:	euro	300.000,00

VISTA la nota regionale Prot. n. 77278/53-00 del 18 giugno 2010 avente ad oggetto "DM 14/10/2009: Progetti attuativi del PSN e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano - Anno 2009. Invio progetti";

RITENUTO, pertanto, di approvare i cinque progetti come sopra rappresentati, parte integrante del presente provvedimento;

CONSIDERATO che la Regione Lazio si impegna a cofinanziare la realizzazione dei cinque progetti come sopra rappresentati, per un importo in misura percentuale del 30% pari a € 4.865.665,44;

RITENUTO OPPORTUNO subordinare l'attuazione dei suddetti progetti all'approvazione degli stessi da parte del Ministero della Salute;

TENUTO CONTO che la presente deliberazione non è soggetta alla procedura di concertazione con le parti sociali;

all'unanimità;

DELIBERA

per le motivazioni esposte in premessa che integralmente si richiamano,

- di approvare i seguenti cinque progetti, parte integrante del presente provvedimento:

1. progetto "La gestione della salute e sicurezza nelle Aziende Sanitarie pubbliche attraverso l'adozione di modelli gestionali ed organizzativi in ottemperanza dell'articolo 30 del D.LGS. 81/08 e succ. mod. e int."

Linea progettuale: "Attuazione del patto per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro"

Costo complessivo del progetto:	euro	1.000.000,00
Finanziamento ministeriale:	euro	700.000,00
Cofinanziamento regionale:	euro	300.000,00

2. progetto "Integrazione tra DSM e OPG per il reinserimento sociale di soggetti autori di reato prosciolti per infermità di mente, ricoverati in OPG"

Linea progettuale: "promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute mentale e ospedali psichiatrici giudiziari"



Costo complessivo del progetto:	euro 1.000.000,00
Finanziamento ministeriale:	euro 700.000,00
Cofinanziamento regionale:	euro 300.000,00

3. progetto: "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della salute nel territorio di Roma e provincia della Regione Lazio"

Linea progettuale: "sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute"

Costo complessivo del progetto:	euro 12.718.884,79
Finanziamento ministeriale:	euro 8.903.219,35
Cofinanziamento regionale:	euro 3.815.665,44

4. progetto: "Consolidamento della rete assistenziale per le unità spinali unipolari e delle gravi cerebro lesioni acquisite"

Linea progettuale: "implementazione delle reti delle unità spinali e delle strutture per pazienti gravi cerebrolesi"

Costo complessivo del progetto:	euro 500.000,00
Finanziamento ministeriale:	euro 350.000,00
Cofinanziamento regionale:	euro 150.000,00

5. progetto: "Consolidamento della rete assistenziale per le malattie rare nella Regione Lazio"

Linea progettuale: "malattie rare"

Costo complessivo del progetto:	euro 1.000.000,00
Finanziamento ministeriale:	euro 700.000,00
Cofinanziamento regionale:	euro 300.000,00

- di cofinanziare la realizzazione dei cinque progetti come sopra rappresentati, per un importo in misura percentuale del 30% pari a € 4.865.665,44;
- di subordinare l'attuazione dei suddetti progetti all'approvazione degli stessi da parte del Ministero della Salute;
- I Direttori delle Direzioni regionali interessate provvederanno ad adottare tutti gli atti conseguenti per l'attuazione dei suddetti progetti.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito web regionale www.regione.lazio.it.



525 11 NOV. 2011 R



ALL 1.docA



LL 2.doc



ALL 3.doc



ALL 4.doc



ALL 5.doc

LA PRESIDENTE: F.to Renata POLVERINI
IL SEGRETARIO: F.to Paolo IACONIS

ROMA (16 NOV. 2011)



Il minuto allegato
si compone di n. 3 pagine

Direzione Regionale Assetto Istituzionale,
Prevenzione e Assistenza Territoriale
Il Direttore
dott.ssa Milana Cipriani

ALLEGATO 1

ATTUAZIONE DEL PATTO PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

DECRETO MINISTERIALE 14 OTTOBRE 2009 - COFINANZIAMENTO
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE:
LAZIO

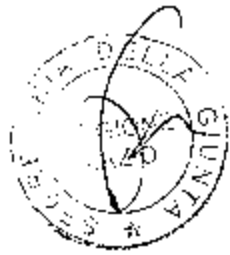
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)

LINEA PROGETTUALE
ATTUAZIONE DEL PATTO PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

TITOLO DEL PROGETTO
LA GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE
ATTRAVERSO L'ADOZIONE DI MODELLI GESTIONALI ED ORGANIZZATIVI IN ATTUAZIONE
DELL'ARTICOLO 30 DEL D.LGS. 81/08 E SUCC. MOD. E INT.

DURATA DEL PROGETTO
2 ANNI

REFERENTI :
Dott. Dott. Maurizio Di Giorgio - Area Sicurezza nei luoghi di lavoro
Dott. Pasquale Valente - Responsabile scientifico sito web regionale www.laziosaluteesicurezza.it



ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO
€ 1.000.000,00

IMPORTO RICHIESTO PER IL FINANZIAMENTO DEL MINISTERO
€ 700.000,00

QUOTA DI COFINANZIAMENTO DELLA REGIONE
€ 300.000,00

IL PROGETTO

CONTESTO
La complessità dell'organizzazione e del funzionamento della aziende sanitarie pubbliche per assicurare adeguati ed efficaci livelli di salute e sicurezza per i lavoratori richiede, a fronte delle novità introdotte dal decreto legislativo 81/08, una sempre maggiore attenzione agli aspetti gestionali complessivi, che devono riguardare sia i lavoratori che i pazienti fruitori delle strutture medesime. Ciò rientra nel concetto generale di risk management cui, oramai, ogni azienda sanitaria si sta adeguando in termini di sviluppo e potenziamento delle proprie attività per gli obiettivi in parola.

ALLEG. alla DELIB. N. 525 m
DEL 11 NOV. 2011

In tale contesto emerge, altresì, la necessità di uniformare ed omogeneizzare le procedure operative a livello regionale al fine di monitorare le attività poste in essere e, conseguentemente, intervenire per gli opportuni adeguamenti e soluzioni.

In tal senso uno strumento normativo che ha indicato strategie, obiettivi e attività per la prevenzione nei luoghi di lavoro è il D.P.C.M. del 17 dicembre 2007 "Esecuzione dell'accordo del IO agosto 2007" tra Governo, regioni e province autonome chiamato «Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro»;

Il DPCM 23.12.2008 individua, all'interno di quelli declinati nel Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro, quale obiettivi finalizzati all'accesso al cofinanziamento:

- creare e diffondere una cultura della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro
- predisporre un aggiornamento continuo degli operatori

DESCRIZIONE

L'articolo 30 del D. Lgs 81/2008-Modelli di organizzazione e di gestione - pone la necessità di predisporre una rete organizzativa e gestionale che assicuri non solo gli adempimenti formali di tutti gli obblighi giuridici, ma la registrazione dell'avvenuta effettuazione delle attività, il loro monitoraggio e la loro valutazione.

Nella Regione Lazio sono presenti, all'interno delle 12 AUSL e/o come Aziende ospedaliere, circa 60 presidi ospedalieri e 54 distretti territoriali. A questi vanno aggiunti gli IRCCS ed i Policlinici universitari.

Stanti le diversità territoriali e organizzative di queste strutture, è fondamentale e necessario definire e adottare procedure operative regionali che assicurino una omogeneità e chiarezza nelle indicazioni operative tale da facilitare e rendere efficace la gestione della sicurezza aziendale.

Ciò deve avere due punti di riferimento:

- il coinvolgimento dei Servizi di prevenzione e protezione delle aziende ed i loro responsabili (RSPP) così come dei Medici competenti delle strutture sanitarie nell'individuazione delle linee operative da sottoporre a procedura e nella produzione delle procedure medesime
- una adeguata formazione del personale delle aziende sanitarie (RSPP, ASPP, Medici Competenti) che sarà chiamato alla loro applicazione negli specifici contesti in cui opera.

Tale progetto pertanto vuole definire, sperimentare e adottare una serie di procedure, condivise e partecipate con i soggetti che operano all'interno delle strutture sanitarie pubbliche. Tali procedure rappresenteranno gli indirizzi regionali per le attività in oggetto e avranno forme e modalità di diffusione e di utilizzo tali da renderle fruibili da parte dei soggetti chiamati a gestire le attività in materia di salute e sicurezza sul lavoro in tali ambiti.

Queste, prodotte in formato cartaceo e/o multimediale, saranno diffuse e messe a disposizione anche sul sito web regionale www.laziosaluteesicurezza.it.

Tale coinvolgimento dei soggetti aziendali sarà supportato da una adeguata attività formativa, tale da rendere operativamente attuabili le procedure definite.

A conclusione delle attività di cui al presente progetto, sarà possibile, con gli strumenti messi in campo, avviare l'attività di monitoraggio e di revisione degli stessi al fine del loro miglioramento ed adeguamento nel tempo.

OBIETTIVI

- definire, adottare e diffondere adeguate procedure regionali che supportino le aziende sanitarie pubbliche nell'attuazione di modelli di organizzazione e di gestione per quanto attiene la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- definire e realizzare il materiale didattico e i corsi di formazione per gli operatori delle aziende sanitarie pubbliche per l'attuazione delle procedure definite a livello regionale



TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA) in Trimestri

Obiettivi	1	2	3	4	4	6	7	8
Individuazione linee operative aziendali da sottoporre a procedura								
Analisi letteratura scientifica ed esperienze nazionali ed internazionali								
Produzione di procedure per le linee operative individuate								
Definizione e realizzazione del materiale didattico e dei corsi di formazione per gli operatori								
Applicazione sperimentale delle procedure operative individuate								
Implementazione, adozione e diffusione delle procedure regionali								

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

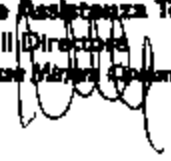
1. n. procedure definite, adottate e diffuse/n. linee operative individuate
2. n. corsi di formazione per gli operatori
3. n. strutture sanitarie in cui si realizza l'applicazione sperimentale delle procedure

RISULTATI ATTESI

1. procedure definite, adottate e diffuse pari al 50% delle linee operative individuate
2. 4 corsi di formazione regionali per gli operatori delle strutture sanitarie pubbliche rivolti ad un totale di 100 operatori (fra RSPP, SPP, M.C.)
3. applicazione sperimentale delle procedure in almeno 2 presidi ospedalieri, 2 strutture territoriali, 1 IRCSS o Policlinico universitario

**Direzione Regionale Assetto Istituzionale
Prevenzione e Assistenza Territoriale**

Il Direttore
dott.ssa Maria Cignani




*Il presente allegato
è composto da n. 4 pagine*

**Direzione Regionale Assetto Istituzionale,
Prevenzione e Assistenza Territoriale**

Il Direttore
dot.ssa Miriam Cipriani

Allegato 2

**PROMOZIONE DI ATTIVITA' DI INTEGRAZIONE TRA DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE
E OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI**



**DECRETO MINISTERIALE 14 OTTOBRE 2009 - COFINANZIAMENTO
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI**

REGIONE PROPONENTE	Regione Lazio
DELIBERA REGIONALE {DATA E NUMERO}	
LINEA PROGETTUALE	5.PROMOZIONE DELLE ATTIVITA' DI INTEGRAZIONE TRA DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E OPG
TITOLO DEL PROGETTO	Integrazione tra DSM e OPG per il reinserimento sociale di soggetti autori di reato prosciolti per infermità di mente, ricoverati in OPG
RIFERIMENTO AL PROGETTO CORRISPONDENTE PER GLI OBIETTIVI DI PSN	
DURATA DEL PROGETTO	2 anni
REFERENTE	Simonetta Fratini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.000.000,00
QUOTA FINANZIATA DALLA REGIONE	€ 300.000,00
COFINANZIAMENTO ATTESO	€ 700.000,00

IL PROGETTO

CONTESTO	Il DPCM 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria" sancisce il passaggio della funzione sanitaria in tutti gli Istituti penitenziari, compreso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, dal Ministero della Giustizia a quello della Salute. Nell'allegato C del richiamato decreto vengono emanate specifiche linee di indirizzo per gli interventi negli OPG e nelle case di cura e custodia e viene individuato, tra l'altro, l'ambito territoriale quale "sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali". Nel soprarichiamato DPCM viene evidenziato con forza che il principio del reinserimento sociale, sancito nell'art.27 della Costituzione, per coloro che, autori di reato, sono stati prosciolti per infermità mentale e ricoverati in OPG deve essere garantito attraverso la cura e l'azione integrata dei servizi socio sanitari territoriali. Sulla base di tali disposizioni le Regioni devono pertanto farsi carico di promuovere e sviluppare programmi di riabilitazione e di reinserimento dei propri cittadini sottoposti alle misure di sicurezza avvalendosi delle competenze tecnico professionali presenti nei Dipartimenti di Salute Mentale. Le Regioni sedi di OPG hanno inoltre la responsabilità della gestione sanitaria degli stessi e sono tenute, attraverso i DSM nel cui territorio insistono gli OPG, a fare programmi di cura.
----------	--

ALLEG. alla DELIB. N. 525/09
DEL 11 NOV. 2009

riabilitazione e recupero sociale di ciascun internato per favorire il loro decentramento nelle Regioni di provenienza.

La Regione Lazio, insieme alle Regioni Campania, Abruzzo e Molise costituisce il bacino per gli OPG di Aversa e Napoli in virtù dell'Accordo Stato Regioni siglato in data novembre 2009 che ha modificato i precedenti bacini individuati nell'allegato C del DPCM 1 aprile 2008. La media delle presenze di internati residenti nella Regione Lazio, ricoverati presso gli OPG di tutto il territorio nazionale, è di circa 140 persone. Non tutti i pazienti internati sono già "in carico" ai Servizi delle ASL del territorio della Regione. Per la mancanza di possibili progetti individuali di dimissione e rientro sul proprio territorio o in soluzioni alternative, il Magistrato di Sorveglianza competente spesso non può rivedere il giudizio di "pericolosità sociale" di internati che siano giunti al termine del periodo della misura di sicurezza "comminata" in fase di giudizio (2, 5 e 10 anni per i prosciolti infermi di mente oppure 6 mesi, 1 anno e 3 anni per i soggetti in Casa di cura e Custodia). Tale situazione sostiene il mantenimento della misura di sicurezza che così non può che essere prorogata piuttosto che revocata o trasformata in misura non detentiva (libertà vigilata).

Appare pertanto evidente che l'attuale situazione dei servizi territoriali presenta criticità nella presa in carico di tali pazienti, anche per la scarsità di risorse finanziarie non consentendo, in particolare, l'incremento di professionisti competenti per accogliere la complessità dei loro bisogni. Occorre quindi sviluppare un'ampia azione per rafforzare la rete dei servizi territoriali, individuare e rafforzare equipe multiprofessionali qualificate che siano in grado di offrire appropriate risposte di cura e di riabilitazione.

DESCRIZIONE

In coerenza con quanto prevede l'allegato C del DPCM 1 aprile 2008, la Regione Lazio con il presente progetto intende:

1) sostenere lo sviluppo di interventi diretti al reinserimento sociale e riabilitativo delle persone internate residenti prima dell'internamento nella Regione Lazio. A tale riguardo una priorità deve essere data ai pazienti internati che sono giunti al termine della misura di sicurezza e che restano ancora internati, in proroga della stessa, per la mancanza di adeguati progetti di reinserimento nel territorio di provenienza.

2) favorire il consolidarsi di un sistema strutturato che garantisca continuità nel percorso di prevenzione, cura e riabilitazione.

In particolare è necessario costituire un sistema regionale mediante l'istituzione di un gruppo tecnico multiprofessionale che sia in grado di agire per:

- monitorare costantemente la presenza di internati residenti nella Regione Lazio

- ipotizzare soluzioni e sistemi di presa in carico e reinserimento nel territorio dei pazienti internati a breve, medio e lungo termine

- garantire una rete permanente di contatti e un raccordo strutturato tra i professionisti dei DSM che hanno in carico, per competenza territoriale, gli internati e le équipes sanitarie delle Aziende USL che operano all'interno degli OPG,

- evitare il protrarsi della misura di sicurezza, quando si creino le condizioni per una dimissione ed affidamento ai servizi anche con misure non detentive (vedi le sentenze della Corte Costituzionale 253/03 e 367/04).

Relativamente al primo punto, l'azione è rivolta in particolare a favorire l'elaborazione e la messa in atto di "piani di trattamento" e di "programmi operativi" finalizzati alla dimissione degli internati che, prima dell'applicazione della misura di sicurezza, risultavano residenti nell'ambito territoriale della Regione Lazio e che risultano attualmente in proroga della misura di sicurezza. Per favorire tali percorsi si ritiene necessario prevedere "budget di cura" individualizzati finalizzati alla dimissione.

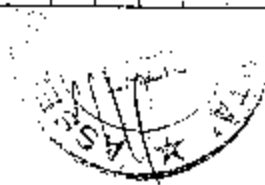
Il ricorso al concetto di "budget di cura" appare essenziale a definire la necessità di interventi individualizzati sui singoli utenti internati. Gli interventi

[Handwritten signature]

	<p>sono pertanto diretti a risolvere in concreto la condizione di internamento detentivo con il ricorso alla vasta rete di strutture dei servizi territoriali, garantendo una presa in carico di lunga durata.</p> <p>I piani di trattamento devono prevedere le seguenti azioni:</p> <p>a) interventi di individuazione, predisposizione ed implementazione di idonee soluzioni di accoglienza e di supporto per la persona al momento effettivo della dimissione da realizzare in tempi brevi (entro 3-6 mesi dall'inizio dell'intervento).</p> <p>Occorrerà procedere pertanto per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuare gli utenti in proroga della misura di sicurezza, contattare o sollecitare i servizi territorialmente competenti (DSM) alla presa in carico, qualora non conosciuti dagli stessi; • concordare con i referenti dei servizi territoriali (DSM) e l'equipe che segue il paziente in OPG le fasi e la tempistica dell'intervento terapeutico e riabilitativo individualizzato; • definire per ciascun paziente il relativo budget di cura; • monitorare l'implementazione e la realizzazione dei programmi operativi individualizzati; • realizzare incontri periodici con i DSM della Regione per verificare e monitorare il flusso di ingressi negli OPG e, mediante la valutazione congiunta tra equipe DSM e equipe OPG delle situazioni dei singoli utenti, definire in tempo solleciti programmi operativi per rendere possibili le dimissioni dei pazienti internati; • valutare gli esiti nel tempo dei programmi attuati con il presente progetto.
OBIETTIVI	<p>Attivare a livello regionale un gruppo tecnico multiprofessionale cui spetterà il compito di</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutare l'esito del presente progetto negli anni successivi alla sua realizzazione, • favorire la presa in carico degli internati in OPG e la predisposizione di piani di trattamento concordati tra equipe dei DSM regionali e equipe OPG • favorire progetti di dimissione dei pazienti della Regione Lazio internati negli OPG prevedendo la definizione e assegnazione di specifici "budget di cura" individualizzati per almeno 12 internati in proroga della misura di sicurezza.
TEMPI DI ATTUAZIONE	24 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • n. progetti di "budget di cura" attivati • n. inserimenti lavorativi (almeno 2 su 12) • riduzione n. internati residenti nel Lazio/popolazione + 18 anni
RISULTATI ATTESI	<p>Inserimento nel contesto sociale di almeno dodici internati</p> <p>Attivazione di una struttura regionale costituita da un gruppo tecnico multi professionale</p> <p>Avvio di rapporti di collaborazione strutturata (protocolli/accordi operativi) tra la struttura organizzativa a livello regionale, i DSM regionali e le Aziende USL responsabili della gestione sanitaria presso gli OPG.</p>

Cronoprogramma

Attività	- mesi												- mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Progetti personalizzati per dieci internati della Regione Lazio																								
Individuazione pazienti in OPG																								



Il presente allegato
si compone di n. 126 pagine
146 pagine

Direzione Regionale Assetto Istituzionale,
Prevenzione e Assistenza Territoriale
Il Direttore
dott.ssa Miriam Caporali

Allegato 3

PROGETTO ATTUATIVO DEL PSN 2006-2008
AREA: "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE"
RICHIESTA COFINANZIAMENTO MINISTERO DELLA SALUTE
ANNO 2009

REGIONE PROPONENTE

Regione Lazio

LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA (DM 14.10.2009)

Linea progettuale 1): sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute nel territorio di Roma e Provincia nella Regione Lazio.

TITOLI DEI PROGETTI

- o **Azienda USL Roma A:** "Implementazione del Presidio Nuovo Regina Margherita di Roma: sperimentazione del modello di Casa della Salute";
Costo complessivo del progetto: euro 1.838.698,47
Cofinanziamento ministeriale euro 1.287.088,93
Finanziamento regionale euro 551.609,54
- o **Azienda USL Roma B:**
 - o Sperimentazione modello assistenziale Casa della Salute (CDS) - Presidio Ambulatoriale Distrettuale per l'assistenza territoriale integrata "1° Distretto ASL ROMA B";
Costo complessivo del progetto: euro 1.819.040,00
Cofinanziamento ministeriale euro 1.273.328,00
Finanziamento regionale euro 545.712,00
 - o Sperimentazione modello assistenziale Casa della Salute - Presidio Ambulatoriale Distrettuale Centocelle;
Costo complessivo del progetto: euro 1.684.080,00
Cofinanziamento ministeriale euro 1.178.856,00
Finanziamento regionale euro 505.224,00
 - o Presidio Ambulatoriale Distrettuale per Assistenza territoriale integrata "Villaggio Prenestino";
Costo complessivo del progetto: euro 1.715.440,00
Cofinanziamento ministeriale euro 1.200.808,00
Finanziamento regionale euro 514.632,00
 - o Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute - Assistenza territoriale integrata Presidio Territoriale Distrettuale - Via Antistio;
Costo complessivo del progetto: euro 1.594.229,36
Cofinanziamento ministeriale euro 1.115.960,55
Finanziamento regionale euro 478.268,31
 - o Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute - Assistenza territoriale integrata - Progetto Infermieristica Comunitaria ASL ROMA UODC PSAIO;
Costo complessivo del progetto: euro 1.755.808,96
Cofinanziamento ministeriale euro 1.229.066,27
Finanziamento regionale euro 526.742,69

525 R

DEL 11 NOV. 2011



- **Azienda USL Roma D:** "Potenziamento ed integrazione delle attività delle UCP-C quale fulcro di una rete di assistenza primaria in aree extraurbane scarsamente servite dall'offerta sanitaria";

Costo complessivo del progetto:	euro 1.160.000,00
Cofinanziamento ministeriale	euro 812.000,00
Finanziamento regionale	euro 348.000,00

- **Azienda USL Rieti:** "Sperimentazione di un Presidio Ambulatoriale Distrettuale (P.A.D.) in ogni distretto, per l'erogazione di cure primarie."

Costo complessivo del progetto:	euro 1.151.588,00
Cofinanziamento ministeriale	euro 806.111,60
Finanziamento regionale	euro 345.476,40

REFERENTE REGIONALE DEI PROGETTI

Nominativo: Dr. Valentino Mantini

Struttura di appartenenza: Regione Lazio - Direzione Politiche della Prevenzione e dell'assistenza sanitaria territoriale

Funzione: Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria

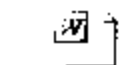
Indirizzo: Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 - 00145 - Roma

Tel: 06.51683606 Fax 06.51684974

Email: vmantini@regione.lazio.it

Costo complessivo dei progetti	euro 12.718.884,79
Cofinanziamento ministeriale	euro 8.903.219,35
Finanziamento regionale	euro 3.815.665,44

Vedi singole schede progettuali



Allegato A.doc



Allegato B.doc



Allegato C.doc



Allegato D.doc



PROGETTO ATTUATIVO DEL PSN 2006-2008
AREA: "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE"
RICHIESTA COFINANZIAMENTO MINISTERO DELLA SALUTE
ANNO 2009

REGIONE PROPONENTE

Regione Lazio

LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA (DM 14.10.2009)

Linea progettuale 1): sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute.

TITOLO DEL PROGETTO

"Implementazione del Presidio Nuovo Regina Margherita di Roma: sperimentazione del modello di Casa della Salute"

DURATA DEL PROGETTO

Triennale

REFERENTE REGIONALE DEL PROGETTO

Nominativo: Dr. Valentino Mantini

Struttura di appartenenza: Regione Lazio - Direzione Politiche della Prevenzione e dell'assistenza sanitaria territoriale

Funzione: Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria

REFERENTE AZIENDALE DEL PROGETTO

Nominativo: Stefano Pompili

Struttura di appartenenza: Azienda UsI Roma A

Funzione: Direttore Sanitario

Indirizzo: Via Ariosto, 3 - 00185 - Roma

N. fax 06 77307129 - Indirizzo e-mail: direzionesanitaria@aslromaa.it**REFERENTE DEL PROGETTO (Presidio Nuovo Regina Margherita)**

Nominativo: Elvira Caruso

Struttura di appartenenza: Azienda UsI Roma A

Funzione: Direttore Sanitario Presidio Nuovo Regina Margherita

Indirizzo: Via Morosini, 30 - 00158 - Roma

N. fax 06 77306593 - Indirizzo e-mail: direzionesanitaria_onrm@aslromaa.it

Costo complessivo del progetto:

euro 1.838.698,47

Cofinanziamento ministeriale

euro 1.287.088,93

Finanziamento regionale

euro 551.609,54

PROGETTO ALLEGATO

Progetto PNRM - ASL
 Roma A - 13.05.pdf





Oggetto: Progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano - Anno 2009 - "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute"

1. Dati generali del progetto

Destinatario istituzionale (DI) proponente:
ASL Roma A, Via Ariosto 3/6, 00100 Roma

Titolo del progetto

**Implementazione del Presidio Nuovo Regina Margherita di Roma:
Sperimentazione del modello di Casa della Salute**

Durata : /_3_/_6_/_



Responsabili del progetto:

Nominativo: Stefano Pompili

Struttura di appartenenza : ASL Roma A

Funzione: Direttore Sanitario aziendale

Indirizzo : Via Ariosto 3, Roma, 00185

Fax: 06 77307129

Indirizzo E-mail: direzionesanitaria@aslromaa.it

Nominativo: Elvira Caruso

Struttura di appartenenza : ASL Roma A, Presidio Nuovo Regina Margherita,

Funzione: Direttore Sanitario presidio

Indirizzo : Via Morosini, 30, Roma, 00158,

Fax: 06 77306593

Indirizzo E-mail: direzionesanitaria.onrm@aslromaa.it

Elenco dei Partner coinvolti nel progetto:

Partner del progetto	LEGALE RAPPRESENTANTE
Azienda Ospedaliera "San Camillo - Forlanini" di Roma	Dr. Luigi Macchitella
Facoltà di Sociologia, Università "Sapienza" di Roma	Prof. Luciano Zani
Istituto Tecnologie Biomediche, CNR, Milano, Roma	Prof. Angelo Rossi Mori
SIQUAS, Soc. Ital. per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria, Milano	Dr. Andrea Gardini
Cittadinanza Attiva - Tribunale dei Diritti del Malato, Roma	Dr. Giuseppe Scaramuzza
Casa della Solidarietà ONLUS di Roma	Dr. Piergiorgio Scalfarotto
Istituto Europeo di Design di Roma	



Indice

1. Dati generali del progetto	
Responsabili del progetto	1
Elenco Unità operative coinvolte	2
Indice	2
2. Aspetti finanziari	3
2.1. Costo complessivo del progetto	4
2.2. Risorse proprie	4
2.3. Costi del progetto	4
2.4. Costi del progetto per anno	5
2.5. Costi del progetto per modulo progettuale	5
3. Articolazione del progetto	7
3.1. Descrizione analitica dell'Obiettivo principale	10
3.2. Descrizione analitica degli Obiettivi secondari	10
3.3. Precedenti conoscenze disponibili sull'argomento	11
3.4. Quali informazioni il progetto si prefigge di aggiungere alle conoscenze già disponibili	11
4. Contesto in cui il progetto si colloca	14
5. Principali specialistiche presenti nel Presidio Nuovo Regina Margherita	14
5.1 Assistenza pazienti cardiopatici	21
5.2 Assistenza pazienti oncologici	21
5.3 Assistenza pazienti ortopedici	21
5.4 Assistenza pazienti odontoiatrici	22
5.5 Assistenza pazienti geriatrici	22
5.6 Assistenza pazienti neurologici	23
5.7 Assistenza pazienti urologici e nefropatici	24
5.8 Assistenza pazienti onco-ematologici	25
5.9 Assistenza pazienti angiologici e vascolari	25
5.10 Assistenza pazienti psichiatrici e fragili	26
6. Metodologia di realizzazione del progetto	27
6.1 Popolazione oggetto di studio	29
6.2 Interventi	30
6.3 Indicatori per la valutazione	30
6.4 Disegno di studio	32
6.3 Trasferibilità dei risultati	33
7. Obiettivi intermedi previsti	34
8. Output del progetto	35
9. Cronogramma del progetto	38
10. Il diagramma di GANTT	44
11. Apporti dei partner alle attività dei Moduli progettuali	45
12. Summary del progetto	47
12.1 Aspetti finanziari del progetto	48
12.2 Articolazione del progetto	48
Allegato "A" Lettere di partnership	49
Allegato "B" Ricerca "Valutare la sperimentazione delle Case della Salute" CENSIS, DieS	50
Allegato "C" Piano Sanitario Regionale del Lazio 2010 - 2012	53
Allegato "D" Piano strategico aziendale: giugno 2006	
Allegato "E" Piano di Rientro regione Lazio DRG n. 101 del 20.02-07 (Riorganizzazione ospedaliera)	
Allegato "F" Piano riconversione NRM: delibera RM/A n.384 dell'11.04.07	
Allegato "G" Implementazione degli interventi di riconversione: 2008 e 2009	



2.3 Costi del progetto

Modulo	Attività per Modulo progettuale	Mesi	Valore in €.
1	Management del progetto	36	53.493,33
2	Costruzione network progettuale	4	29.754,18
3	Analisi background progettuale	6	41.754,18
4	Realizzazione Ospedale di Comunità e partecipazione MMG all'ospedale di comunità, alla RSA e all'Hospice	8	400.355,60
5	Integrazione del Centro Clinico di "Regina Coeli" di Roma con i servizi del PNRM	8	151.855,60
6	Sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI	8	150.620,30
7	Percorsi Diagnostico Terapeutici integrati per filiere assistenziali afferenti il PNRM	24	501.389,00
8	Procedure di accoglienza/accettazione e di informazione del PNRM	8	149.677,80
9	Modello monitoraggio e verifica delle attività cliniche e assistenziali svolte nel PNRM	24	149.155,60
10	Progettazione e messa a punto del nuovo modello di Presidio assistenziale	8	79.296,04
11	Testing della implementazione del nuovo modello di PNRM	6	80.530,45
12	Attività di divulgazione del progetto	4	50.816,40
	Totale	108	1.838.698,47

2.4 Costi del progetto per anno

Modulo	Attività per Modulo progettuale	Mesi	Valore in €.	Anno 1	Anno 2	Anno 3
1	Management del progetto	36	53.493,33	17.831,11	17.831,11	17.831,11
2	Costruzione network progettuale	4	29.754,18	29.754,18		
3	Analisi background progettuale	6	41.754,18	41.754,18		
4	Realizzazione Ospedale di Comunità e partecipazione MMG all'ospedale di comunità, alla RSA e all'Hospice	8	400.355,60	400.355,60		
5	Integrazione del Centro Clinico di "Regina Coeli" di Roma con i servizi del PNRM	8	151.855,60	151.855,60		
6	Sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI	8	150.620,30	150.620,30		
7	Percorsi Diagnostico Terapeutici integrati per filiere assistenziali afferenti il PNRM	24	501.389,00	208.912,08	250.694,50	41.782,42
8	Procedure di accoglienza/accettazione e di informazione del PNRM	8	149.677,80	149.677,80		
9	Modello monitoraggio e verifica delle attività cliniche e assistenziali svolte nel PNRM	24	149.155,60	62.148,17	74.577,80	12.429,63
10	Progettazione e messa a punto del nuovo modello di Presidio assistenziale	8	79.296,04		39.648,02	39.648,02
11	Testing della implementazione del nuovo modello di PNRM	6	80.530,45			80.530,45
12	Attività di divulgazione del progetto	4	50.816,40			50.816,40
	Totale	108	1.838.698,47	1.212.909,02	382.751,43	243.038,03



2.5 Costi del progetto per Modulo progettuale

Modulo 1		Management del progetto		36 mesi	
Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale	
Analisi sviluppo e formazione	40	36	350,00	14.000,00	
Incentivi Personale proprio	400	36	30,00	12.000,00	
Creazione e implementazione database	44	36	129,82	5.712,08	
Consumabili	250	36	30,31	7.576,25	
Costi generali	250	36	56,82	14.205,00	
Fornitori beni e servizi	-	-	-	-	
Totale	984	36		53.493,33	

Modulo 2		Costruzione network progettuale		4 mesi	
Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale	
Analisi sviluppo e formazione	50	4	350,00	17.500,00	
Incentivi Personale proprio	300	4	30,00	9.000,00	
Creazione e implementazione database	15	4	129,82	1.947,30	
Consumabili	15	4	30,31	454,58	
Costi generali	15	4	56,82	852,30	
Fornitori beni e servizi	-	-	-	-	
Totale	395	4		29.754,18	

Modulo 3		Analisi background progettuale		6 mesi	
Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale	
Analisi sviluppo e formazione	70	6	350,00	24.500,00	
Incentivi Personale proprio	300	6	30,00	9.000,00	
Creazione e implementazione database	15	6	129,82	1.947,30	
Consumabili	15	6	30,31	454,58	
Costi generali	15	6	56,82	852,30	
Fornitori beni e servizi	-	-	5.000,00	5.000,00	
Totale	415	6		41.754,18	



Modulo 4

Realizzazione Ospedale di Comunità e partecipazione MMG all'ospedale di comunità, alla RSA e all'Hospice

Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	100	8	350,00	35.000,00
Incentivi Personale proprio	1.600	8	30,00	48.000,00
Creazione e implementazione database	80	8	129,82	10.385,60
Consumabili	80	8	30,31	2.424,40
Costi generali	80	8	56,82	4.545,60
Fornitori beni e servizi (1)	-	-	-	200.000,00
Incentivi per MMG	-	-	-	100.000,00
Totale	1.940	8		400.355,60

(1) Opere per Ospedale di comunità (vedere l'allegato progetto)

Modulo 5

Integrazione Centro Clinico "Regina Coeli" con PNRM

8 mesi

Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	30	8	350,00	10.500,00
Incentivi Personale proprio	800	8	30,00	24.000,00
Creazione e implementazione database	80	8	129,82	10.385,60
Consumabili	80	8	30,31	2.424,40
Costi generali	80	8	56,82	4.545,60
Fornitori beni e servizi	-	-	-	100.000,00
Totale	1.070	8		151.855,60

Modulo 6

Sistema teleassistenza e telemedicina a supporto ADI

8 mesi

Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	132	8	350,00	46.200,00
Incentivi Personale proprio	800	8	30,00	24.000,00
Creazione e implementazione database	40	8	129,82	5.192,80
Consumabili	60	8	30,31	1.818,30
Costi generali	60	8	56,82	3.409,20
Fornitori beni e servizi	1	8	70.000,00	70.000,00
Totale	1.093	8		150.620,30



Modulo 7

Percorsi Diagnostico Terapeutici integrati per PNRM

**24 mesi
Totale**

Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	480	24	350,00	68.000,00
Incentivi Personale proprio	8.000	24	30,00	340.000,00
Creazione e implementazione database	200	24	129,82	25.964,00
Consumabili	200	24	30,31	6.061,00
Costi generali	200	24	56,82	11.364,00
Fornitori beni e servizi	1	24	50.000,00	50.000,00
Totale	9.081	24		501.389,00

Modulo 8

Procedure di accoglienza/accettazione e informazione del PNRM 8 mesi

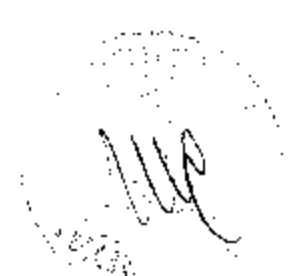
Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	100	8	350,00	35.000,00
Incentivi Personale proprio	1.200	8	30,00	36.000,00
Creazione e implementazione database	40	8	129,82	5.192,80
Consumabili	40	8	30,31	1.212,20
Costi generali	40	8	56,82	2.272,80
Fornitori beni e servizi	1	8	70.000,00	70.000,00
Totale	1.421	8		149.677,80

Modulo 9

Modello monitoraggio e verifica attività del PNRM

**24 mesi
Totale**

Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	148	24	350,00	51.800,00
Incentivi Personale proprio	1.000	24	30,00	30.000,00
Creazione e implementazione database	80	24	129,82	10.385,60
Consumabili	80	24	30,31	2.424,40
Costi generali	80	24	56,82	4.545,60
Fornitori beni e servizi	1	24	50.000,00	50.000,00
Totale	1.389	24		149.155,60



Modulo 10 Implementazione modello PNRM 8 mesi

Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	110	8	350,00	38.500,00
Incentivi Personale proprio	800	8	30,00	24.000,00
Creazione e implementazione database	22	8	129,82	2.856,04
Consumabili	160	8	30,31	4.848,80
Costi generali	160	8	56,82	9.091,20
Fornitori beni e servizi	-	-	-	-
Totale	1.252	8		79.296,04

Modulo 11 Testing implementazione nuovo modello PNRM 6 mesi

Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	70	6	350,00	24.500,00
Incentivi Personale proprio	1.200	6	30,00	36.000,00
Creazione e implementazione database	110	6	129,82	14.280,20
Consumabili	66	6	30,31	2.000,13
Costi generali	66	6	56,82	3.750,12
Fornitori beni e servizi	-	-	-	-
Totale	1.512	6		80.530,45

Modulo 12 Attività divulgazione risultati del progetto 4 mesi

Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	35	2	350,00	12.250,00
Incentivi Personale proprio	300	14	30,00	9.000,00
Creazione e implementazione database	20	1	129,82	2.596,40
Consumabili	80	4	30,31	2.424,40
Costi generali	80	4	56,82	4.545,60
Fornitori beni e servizi	1	-	20.000,00	20.000,00
Totale	516	23		50.816,40

Totale costi del progetto

Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	1.365	36	350,00	577.750,00
Incentivi Personale proprio	16.700	36	30,00	401.000,00
Creazione e implementazione database	746	36	129,82	96.845,72
Consumabili	1.126	36	30,31	34.123,43
Costi generali	1.126	36	56,82	63.979,32
Fornitori beni e servizi		36		365.000,00
Realizzazione Ospedale Comunità				200.000,00
Incentivi ai MMG				100.000,00
Totale generale	21.068	36		1.838.698,47



3. Articolazione del progetto

3.1 Descrizione analitica dell'Obiettivo Principale del progetto

Le cure primarie rappresentano una chiave di lettura per fronteggiare i mutamenti. Quello delle cure primarie persiste difatti come tema centrale per la riorganizzazione della sanità nel nostro Paese. La valorizzazione di tale sistema può assicurare una più appropriata ed integrata erogazione dei servizi e delle prestazioni, la realizzazione di un governo clinico della sanità territoriale, una configurazione delle responsabilità degli operatori nella qualità dei percorsi assistenziali e nell'impiego di risorse professionali e finanziarie disponibili. Alla luce dell'attuale situazione e anche in seguito all'avvicendamento delle fazioni opposte al governo sussistono le condizioni per una riorganizzazione territoriale e perché l'"idea" della Casa della Salute viaggi ancora nel tempo e nello spazio attraverso nuove etichette. Tale proposta rappresenta infatti un progetto di rinnovamento del welfare locale, nell'ottica di un sistema a rete e di implementazione di nuove modalità organizzative innovative. Una leva, quindi, per attivare sostanziali cambiamenti è il dialogo, l'ascolto e la collaborazione tra i "decisioni" della sanità, coloro che hanno il compito di programmare, progettare, realizzare e gestire le strutture da diversi punti di vista, che attivano processi e operano nelle strutture e con i cittadini nell'ottica di una rete di apprendimento e di continuità di pratiche. La sfida è attivare un processo di traduzione delle idee sotto forma di esperienze e documenti per avviare l'apprendimento organizzativo come partecipazione ad una pratica che produce e fa circolare conoscenza. Lo sviluppo di questo processo e la valorizzazione della creatività tra gli attori della sanità può condurre ad impegnarsi e ad osservare in modo più riflessivo i percorsi di innovazione per riprogettare le routine organizzative.

In questo quadro, il progetto intende implementare il modello e le attività assistenziali sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali del Presidio Nuovo Regina Margherita di Trastevere (Roma), in quanto riconducibile al modello di "Casa della salute", come da documenti programmatici della Regione Lazio e come da Atto Aziendale implementato con Delibera della Direzione Aziendale n. 854 del 16.07.2009. Il modello di struttura è comprensivo di Ospedale di Comunità a gestione dei MMG, di RSA e di Hospice, tipici del modello nazionale di "Casa della Salute", ma anche di poliambulatori specialistici e servizi diagnostici riconducibili al modello di PTP, Presidio Territoriale di Prossimità, a gestione ASL.

Il tutto in relazione con i Distretti Sanitari della ASL stessa, e in relazione con le reti di cure primarie e con i Dipartimenti e Servizi Diagnostici e Terapeutici a valenza territoriale, tramite anche la collaborazione e la condivisione con diversi partner associativi (degli operatori convenzionati esterni e dei cittadini), scientifici, universitari e societari specializzati nei diversi servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali inclusi nel progetto.

Il progetto di implementazione prevede di sviluppare le seguenti dimensioni di attività del Presidio Nuovo Regina Margherita:

- il coinvolgimento, tramite anche modalità di incentivazione, dei MMG nella gestione della RSA, dell'Ospedale di Comunità e dell'Hospice (vedere l'allegato progetto per realizzare l'ospedale di comunità presso il Presidio Nuovo Regina Margherita);
- la condivisione dei dati con i MMG, i PLS, gli specialisti territoriali e la guardia medica, secondo data set condivisi e tramite anche l'adozione di meccanismi incentivanti, in una logica di presa in carico dei pazienti e di continuità delle cure, partendo da target di popolazione a rischio (pazienti cardiopatici, oncologici, cronici, etc);
- la realizzazione di procedure e protocolli clinici e assistenziali in condivisione e in un approccio di network assistenziale, tramite l'uso finalizzato dei PUA. Punti Unici di Accesso, con i servizi dei Distretti Sanitari della ASL (CAD, etc.), in relazione anche con le Aziende Ospedaliere e le ASL con presidi ospedalieri propri limitrofe e convenzionate per l'invio dei pazienti acuti e la loro successiva presa in carico post dimissione;
- la realizzazione di un sistema di qualità e sicurezza per il monitoraggio delle attività, dell'applicazione di procedure e protocolli clinici e assistenziali, per prevenire malpractices ed incidenti coinvolgenti pazienti ed operatori;



- l'integrazione della comunità terapeutica psichiatrica, tramite forme di domiciliarità alternativa presso la Casa della salute, nella rete dei servizi ai soggetti deboli, psichiatrici e non solo, tramite i PUA, e in rapporto con i CSM e il DSM aziendale;
- l'integrazione delle attività clinico assistenziali del Centro Clinico del Carcere di "Regina Coeli" di Roma (85 posti letto) con i servizi diagnostici, di day surgery e day hospital del Presidio Nuovo Regina Margherita, considerando la comunità del reclusorio (circa 1.000 reclusi) come la popolazione di un Distretto sanitario "particolare";
- la realizzazione di un sistema integrato di comunicazione interna ed esterna a supporto delle attività specifiche e di reti assistenziali governate dal Presidio NRM, affinché il paziente possa considerare l'insieme dei vari servizi offerti dalle diverse strutture dislocate sul territorio come singola "struttura sanitaria funzionalmente integrata", grazie ad una opportuna condivisione in rete del patrimonio informativo.

3.2 Descrizione analitica degli Obiettivi Specifici del progetto

Sono previsti come segue:

- un sistema informativo a supporto della gestione del presidio e dei sistemi di relazione di cui è snodo di rete, nell'ottica della "struttura sanitaria funzionalmente integrata";
- un sistema di classificazione dei servizi e delle prestazioni erogate basato sia su descrittori quantitativi (volumi di attività e loro valorizzazione in DRG per specialistica o servizio di riferimento), che in base a descrittori qualitativi da porre a base del sistema info di ricerca;
- una anagrafe digitale degli assistiti, integrando i data base dei MMG, dei PLS, dei Servizi Sociali dei Municipi;
- una mappa delle competenze degli operatori del Presidio;
- un sito del Presidio con un software di ricerca automatica in base al sistema di classificazione suddetto e delle anagrafi citate per la condivisione dei "patient summary", presa in carico, condivisione e continuità delle cure in base a data set di anamnesi e diagnostica clinica per paziente assistito;
- una stesura di protocolli diagnostico terapeutici integrati e condivisi con gli operatori delle filiere assistenziali per le principali patologie trattate nel Presidio e dalle reti afferenti;
- un sistema di monitoraggio e di valutazione delle attività erogate sia in quanto *outcome* intermedi delle filiere assistenziali di cui il Presidio è parte, sia in quanto *outcome* di esito clinico e assistenziale tramite la definizione di indicatori e standard prestazionali condivisi con gli attori dei processi assistenziali inclusi nei percorsi diagnostico terapeutici adottati;
- un sistema di refertazione a distanza per la diagnostica specialistica;
- un sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI e a supporto anche del Centro Clinico del Carcere di "Regina Coeli";
- una valutazione periodica e una analisi del *follow up in progress* delle pratiche clinico assistenziali adottate ed erogate per valutarne l'impatto organizzativo e le performance nel tempo con riferimento anche all'analisi dei costi e dei benefici creati;
- una reportistica web periodica;
- contribuire alla diffusione dei risultati mediante adeguate strategie di divulgazione comunicativa dei risultati ottenuti a contenuto rigorosamente clinico scientifico e manageriale, ma con fruibilità generalizzata (punto 2.3.1.3 del Programma di Azione Comunitaria);
- mettere a disposizione della Comunità scientifica, nel rispetto della privacy, la base di dati nel tempo prodotta, continuamente aggiornata, per permettere a ricercatori indipendenti di studiare i fenomeni connessi con l'introduzione di pratiche innovative e di qualità nel sistema sanitario italiano relativamente alle filiere di assistenza oggetto del presente progetto;
- migliorare ed ampliare il proprio sistema di reporting e di divulgazione dei risultati delle attività e delle sperimentazioni svolte verso i diversi target di utilizzatori, sia a livello nazionale che internazionale con particolare riferimento ai network sanitari e di studio e ricerca della Unione Europea.

3.3 Precedenti conoscenze disponibili sull'argomento

La ASL Roma A al fine di garantire la presa in carico del paziente, la continuità assistenziale, l'integrazione delle prestazioni erogate, in una visione globale che vede il paziente come persona totale che necessita di una risposta multidimensionale, sanitaria e sociale, soprattutto per rispondere alle necessità delle persone più fragili, è impegnata all'interno di un modello organizzativo che vede l'integrazione delle risorse sanitarie del territorio, dell'ospedale con le risorse socio-assistenziali del Comune, dei Municipi, e delle altre istituzioni e del privato sociale. L'Azienda è impegnata, come da suo Atto Aziendale, a "promuovere e difendere" la salute dei cittadini residenti e dei principali gruppi di popolazione che insistono sul territorio di competenza, promuovendo azioni per il contrasto dei fattori di rischio collettivi ed individuali, attraverso:

- lo sviluppo di una rete di collaborazione e cooperazione locale e sovra-locale;
- l'organizzazione finalizzata a garantire servizi sanitari equi, efficaci, appropriati;
- la valorizzazione costante, continua, partecipata delle proprie risorse umane;
- l'adeguamento e l'aggiornamento delle proprie risorse strumentali, tecnologiche ed informatiche al fine di erogare servizi sanitari in linea con la ricerca scientifica più avanzata;
- l'adozione di procedure che garantiscano la congruità prescritta e l'evidenza scientifica degli interventi sanitari a tutela dei diritti di salute dei cittadini.

Questo la ASL intende perseguirlo tramite l'integrazione operativa tra territorio ed ospedale, e, quindi, tramite un sistematico coordinamento per aree omogenee che garantisca uniformità di procedure, continuità assistenziale, omogeneità dei trattamenti, presa in carico del paziente, ottimizzazione delle risorse.

In questo contesto si colloca l'esperienza di riconversione dell'ospedale "Nuovo Regina Margherita" di Trastevere in struttura complessa includente un PTP, presidio territoriale di prossimità, una RSA, un Hospice e un ospedale di comunità.

Nel fare questo la ASL ha tenuto conto del fatto che il Piano Sanitario Regionale 2010- 2012 pone come obiettivo la centralità della persona e non della patologia, la soddisfazione dei bisogni di salute con la maggior importanza assunta dall'assistenza continuativa alle persone, oltre alla necessità di contenere il numero dei posti letto ospedalieri e dei servizi effettuati negli stessi, fanno del territorio il luogo principale dell'assistenza ai cittadini.

Da questo ne deriva che gli interventi più importanti di trasformazione dell'assistenza sono tesi all'evoluzione del sistema e, contemporaneamente, al recupero di efficienza in particolar modo:

- *Il riequilibrio ospedale-territorio* attraverso l'impulso e la trasformazione dell'assistenza primaria con l'affidamento al Distretto di un ruolo di governo effettivo. Particolare rilievo riveste l'avvio dei *Presidi territoriali di prossimità (PTP)*, strutture con funzioni assistenziali, intermedie tra il ricovero ospedaliero e le risposte assistenziali domiciliari.
- *La promozione dell'integrazione fra i livelli assistenziali e l'impegno per il perseguimento della continuità assistenziale*, attraverso la riorganizzazione dei servizi e la facilitazione dell'integrazione fra ospedale e territorio.

In questo contesto il Presidio Territoriale di Prossimità, in base al Documento ASP-Lazio allegato al Piano di Rientro 2007, viene definito come un modello innovativo, finalizzato a riqualificare il livello di offerta non strettamente ospedaliera resa ai cittadini in prossimità delle loro residenze, naturale e qualificante approdo per la riconversione dei piccoli Ospedali. Quindi come una struttura con pochi posti letto (da 10 a 30), sotto la responsabilità decisionale del Distretto, salvo sue complessità assistenziali, che ne consigliano un'autonomia gestionale come nel caso del Presidio Nuovo Regina Margherita, e con la partecipazione di figure diverse. La dotazione standard è prevista come segue:

- Reparto di degenza (a gestione infermieristica), DH, DS;
- Poliambulatorio multispecialistico - Day Service - Pac;
- Primo Soccorso e ambulatorio di continuità - Postazione 118;
- Residenze di tipo socio-assistenziale - Assistenza domiciliare integrata;
- Radiologia e laboratorio di base - Assistenza farmaceutica;
- Collegamenti informatici con centri livello superiore.





Questo tipo di strutture è previsto che siano realizzate sia in piccoli presidi ospedalieri riconvertiti, sia in aree "territorializzate" all'interno di presidi ospedalieri per acuti di maggiori dimensioni. Queste strutture offrono assistenza residenziale a persone dimesse da strutture per acuti e garantiscono la erogazione di "cure di prossimità".

In questo modello si inserisce l'Ambulatorio di Continuità che si configura come una struttura, gestita da Medici di Famiglia in collaborazione con personale infermieristico, operante presso un Presidio Aziendale o autonomo con orario protratto (H12 o H24, tutti i giorni) presso il quale sia possibile effettuare prestazioni urgenti (ma non di urgenza). La struttura deve essere facilmente accessibile e riconoscibile dalla cittadinanza. Le prestazioni eseguibili sono in genere: assistenza per ferite superficiali, piccoli traumi, dermatiti, otalgie, e per prescrizione di farmaci, prestazioni infermieristiche, certificati. Questo tipo di Ambulatorio è una concreta alternativa, più rapida ed economica, per la domanda inappropriata che si rivolge al Pronto Soccorso Ospedaliero (codici bianchi).

Inoltre è anche sede per l'Assistenza Socio-Sanitaria ove viene assicurata la presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche che necessitano di interventi diversi di assistenza protratta

La presa in carico riguarda: l'assistenza domiciliare o residenziale o semiresidenziale di tipo socio sanitario; la valutazione di medicina legale riguardante stati invalidità, di handicap o di limitazione dell'autonomia; l'assistenza protratta mediante fornitura periodica di protesi, presidi sanitari, farmaci; l'assistenza di tipo riabilitativo, anche in regime residenziale o semiresidenziale.

La Sede ha un ampio spazio di accoglienza con sportelli polifunzionali in cui è possibile accedere anche a prestazioni di tipo sociale erogate dal Comune. Il paziente viene preso in carico e il coinvolgimento dei vari servizi interessati, del Distretto o del Comune, avviene direttamente e autonomamente.

Il progetto, per quanto sopra, intende anche andare oltre i risultati del rapporto di ricerca sulle "Case della Salute", concluso nei primi mesi del 2010 in collaborazione tra il DieS (Dipartimento Innovazione e Società) dell'Università "Sapienza" di Roma e della Fondazione CENSIS, che era inserito nell'ambito del Programma di Sperimentazione sulle "Case della Salute", che ha preso le mosse dal Convegno organizzato il 22 marzo 2007 del Ministero della Salute.

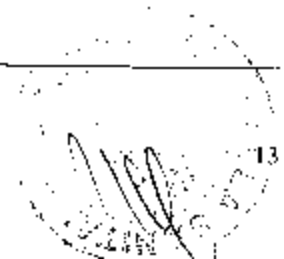
Il percorso di ricerca era stato strutturato in modo da realizzare un'analisi ed un monitoraggio delle esperienze di innovazione dei modelli dell'assistenza primaria ed, in particolare, delle "Case della Salute". Esso aveva previsto la verifica delle condizioni di contesto delle diverse esperienze dal punto di vista della domanda e dell'offerta sanitaria; gli obiettivi e le caratteristiche della sperimentazione; lo stato di avanzamento; le risorse impiegate e i risultati raggiunti. Il progetto è stato realizzato in stretta collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali con le autorità regionali di riferimento ed i gestori delle sperimentazioni, allo scopo di elaborare una metodologia di scambio tra le diverse esperienze e produzione di informazioni utili ad una loro valorizzazione.

L'esperienza del Presidio del Nuovo Regina Margherita avviatosi nel 2007 è ormai un realtà, pur essendo per le sue caratteristiche innovative "work in progress". Partendo dai dati a consuntivo sulle attività svolte in questi anni è possibile una riflessione critica sul modello organizzativo e gestionale e una sua implementazione gestionale per superare le criticità nel tempo verificatesi.

Inoltre si intende sviluppare un benchmark con le esperienze fin qui realizzate nelle altre Regioni ove sono state sperimentate le "Case della salute", ovvero, otto casi di studio in altrettanti contesti regionali¹ (Piemonte: ASL CNI - Gruppo di cure primarie di Demonte; Veneto: ULSS 4 - Alto Vicentino, UTAP di Arsiero; Toscana: Casa della Salute di Castiglion Fiorentino; Emilia Romagna: Casa della Salute di Crevalcore; Lazio: il Progetto della Casa della Salute di Palombara Sabina (ASL Roma G) ed altre esperienze regionali in via di definizione; Puglia: Super Gruppo di Bari, Super Gruppo di Gravina di Puglia e Progetto Leonardo di Lecce; Sardegna: Casa della Salute di Villacidro; Sicilia: la riorganizzazione regionale delle cure primarie.

¹ Per un approfondimento sull'argomento vedere Allegato C

² Per un approfondimento sui risultati emersi dal Rapporto di ricerca vedere Allegato B



3-4 Quali informazioni il progetto si prefigge di aggiungere alle conoscenze già disponibili?

Il progetto intende, partendo dall'esperienza del Presidio del Nuovo Regina Margherita avviatosi nel 2007, verificarne:

- la convergenza o meno con le linee guida nazionali e regionali relative alla progettazione, organizzazione e gestione di "PTP" e "Case della salute";
- la definizione di protocolli e procedure organizzative e gestionali che ne rendano possibile il trasferimento e il riuso in altri contesti territoriali;
- la definizione di "patient summary" condivisi a supporto di pratiche di presa in carico e condivisione dei pazienti;
- la sperimentazione di forme di telemedicina e teleassistenza da remoto;
- la costruzione e applicazione di percorsi diagnostico terapeutici integrati e condivisi con le reti e le strutture di cure primarie nei territori coinvolti nella sperimentazione;
- la definizione di procedure di verifica e monitoraggio dei processi clinici e assistenziali nel tempo e per la loro valutazione;
- la costruzione e gestione di processi di comunicazione interni ed esterni verso gli operatori e i cittadini per un loro coinvolgimento attivo e responsabile nelle attività in essere presso il Presidio.

4. Contesto in cui il progetto si colloca.

Il territorio di riferimento dell'Azienda coincide con i Municipi I, II, III, IV del Comune di Roma.

Il numero complessivo di abitanti al 31/12/2006 risultava di 479.020 distribuito su di un'area di Ha:13.169,25.

La popolazione è così ripartita:

I MUNICIPIO	II MUNICIPIO	III MUNICIPIO	IV MUNICIPIO
122.611	122.912	54.241	197.256

La ASL Roma A è la prima ASL del Lazio senza posti letto per acuti, avendo portato a termine la chiusura dell'ospedale "San Giacomo" e avendo riconvertito in PTP e "Casa della salute" l'ospedale "Nuovo Regina Margherita" di Trastevere.

Il territorio dell'Azienda USL Roma A comprende i primi quattro Municipi del Comune di Roma, il cui territorio corrisponde a quello dei quattro Distretti dell'Azienda, che risultano essere tra loro diversi sia per numero di abitanti che per dimensioni territoriali, nonché per dinamiche di sviluppo.

Gli indici demografici della popolazione sono variabili nei quattro Municipi in relazione alle diverse dinamiche socio-economiche.

L'indice di vecchiaia, che valuta il rapporto della popolazione anziana oltre i 65 aa. rispetto a quella dei residenti al di sotto dei 14 aa., è l'indice più significativo, risultando nettamente superiore al valore medio romano nel I e nel III Distretto, praticamente pari alla media romana nel II Distretto e nettamente inferiore alla media romana nel IV Distretto.

L'indice demografico di dipendenza, che rapporta i pesi della popolazione attiva rispetto a quella che non ha, per ragioni di età, capacità produttiva, vede valori inferiori alla media romana nel I Distretto e superiori per i restanti distretti.



Il bacino di utenza del "Nuovo Regina Margherita" di Trastevere è pari a:

Quartieri di Roma afferenti al Presidio Nuovo Regina Margherita di Trastevere	Popolazione Totale	Distribuzione per genere (%)		Distribuzione per classi d'età (%)				
		M	F	0-14	15-29	30- 64	65- 79	80+
Totale Roma	2.516.502	47,2	52,8	13,0	17,3	50,9	14,8	4,0
Quartieri								
Aventino-Celio-Zona Archeologica	10.918	45,5	54,5	12,4	14,3	50,3	16,6	6,4
Centro Storico	21.420	48,5	51,5	11,1	16,3	54,3	14,0	4,2
Esquilino	30.193	47,7	52,3	10,2	15,7	53,3	15,3	5,5
Testaccio	8.348	44,8	55,2	10,4	15,4	49,1	18,0	7,0
Trastevere	11.648	48,0	52,0	10,5	15,5	55,4	14,1	4,4
XX Settembre	8.212	46,4	53,6	10,4	14,9	52,1	16,9	5,7

Le caratteristiche dell'Ospedale Nuovo Regina Margherita al 1.01.2007 erano le seguenti:

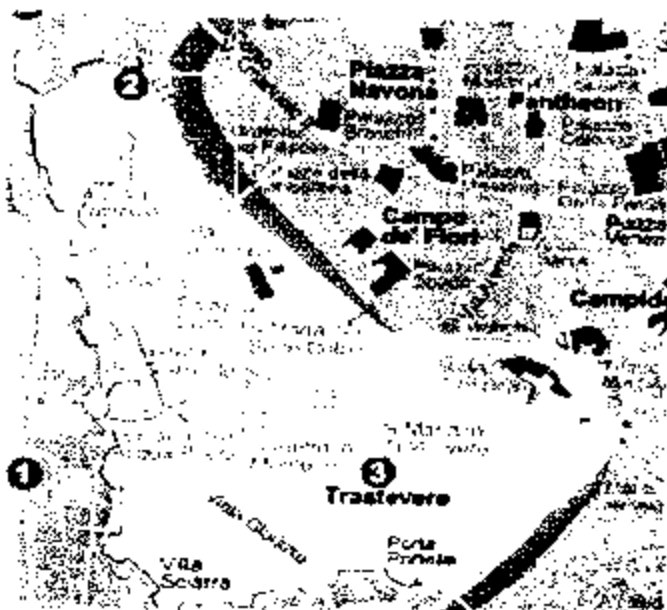
Reparti	P.L. ordinari	P.L. Diurni
Primo Socc./Oss.Breve	4	0
Medicina Interna	16	2
Chirurgia Generale	24	3
Urologia	16	3
ORL	6	2
Oculistica	2	2
Rianimazione	7	0
Angiologia	0	8
Geriatria	0	12
SPDC	6	4
Totale	78	36

I volumi di attività ospedaliera (Anno 2006) erano i seguenti:

- Ricovero ordinario → dimessi n. 3.494
- Ricovero diurno → dimessi n. 3.082
- Attività chirurgica → interventi n. 2.792
- Primo Soccorso → accessi n. 12.887
- Ambulatorio
 - Prestazioni specialistiche → n. 57.024
 - Diagnostica per immagini → n. 6.769
 - Esami di laboratorio → n. 217.671

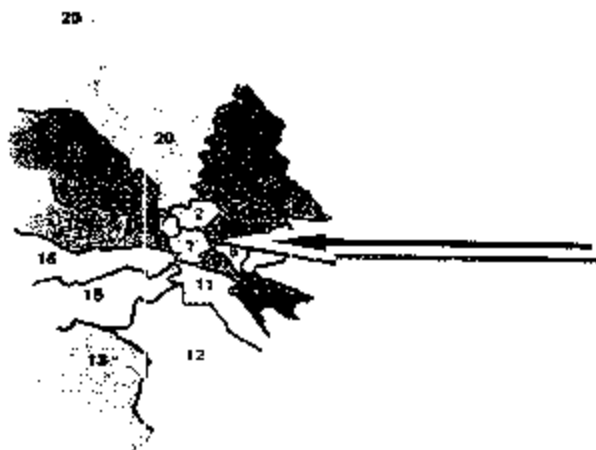


Il Presidio risponde ai bisogni di salute dei cittadini a livello di quartiere:



La popolazione del I Municipio:

Popolazione residente al 31/12/2008 = 126.703



Rappresenta l'11% della superficie totale della ASL Roma A e il 24 % della popolazione.

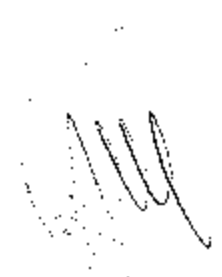
Quartieri del I Municipio: Monti, Trevi, Colonna, Campo Marzio, Ponte, Parione, Regola, S.Eustachio, Pigna, Campitelli, S. Angelo, Ripa, Trastevere, Esquilino, Ludovisi, Sallustio, Castro Pretorio, Celio, Testaccio, San Saba.

Caratteristiche della popolazione:

- Anziani > 65 = 22,45%,
- Cittadini Stranieri = 21,51 % ,
- Esente da ticket = 6,5 %.

Il Piano di riconversione gestito dalla ASL si è articolato come segue:

- Piano strategico aziendale: giugno 2006;
- Piano di Rientro Regione Lazio DGR n. 101 del 20.02.07, (Riorganizzazione ospedaliera);
- Piano riconversione NRM: delibera RM/A n. 384 dell'11.04.07;
- Avvio del processo di riconversione: 1.04.07;
- Cessazione della attività ospedaliera: 31.12.07;
- Implementazione degli interventi di riconversione: 2008 e 2009.



Il Presidio Territoriale di Prossimità Nuovo Reg. na Margherita è stato definito nei documenti suddetti come segue, nel tempo:

- Ambulatorio di Continuità → dal 1.11.07 in sostituzione del Primo Soccorso:
 - Diurno: Guardia Turistica;
 - Notturmo e Festivo: Guardia Medica Attiva;
- Poliambulatorio → incrementato l'ambulatorio ospedaliero esistente;
- DH medico (12 P.L.) e chirurgico (8 P.L.) → riduzione P.L. esistenti e sviluppo integrazione ospedaliera;
- Postazione 118 → attiva dal 1.02.2008;
- Comunità Terapeutica Psichiatrica (13 P.L.) → attiva dal 1.4.2008;
- RSA (30 P.L.) → attiva dal 1.02.2009 (primo modulo di 10 PL);
- Hospice (10 P.L.) → attivo dal 26 giugno 2009;
- Terapia Antalgica e NAD → incrementata attività esistente;
- Assistenza farmaceutica → integrazione territoriale e ospedaliera;
- Centro Formazione Aziendale → attivo e sviluppato dal 1.09.07.

Guardia Turistica e Guardia Medica:

- Implementazione del servizio di continuità assistenziale del 1° Distretto con erogazione di prestazioni in sede in aggiunta agli interventi a domicilio, dalle 20.00 alle 8.00 e festivi;
- Attivazione di un Ambulatorio di Continuità Diurno 8.00-20.00 dal lunedì al venerdì configurato come Guardia Turistica;
- Percorsi dedicati per l'accesso alle prestazioni specialistiche;
- Ambulatorio di Prime Cure e per le Piccole Urgenze (visite mediche, prescrizioni, medicazioni, ecg, misurazione pressione arteriosa, glicemia, ...);
- Ambulatorio Infermieristico.

Criteri di gestione della RSA:

- Partecipazione e responsabilizzazione della famiglia o di chi ha rapporti sul piano affettivo;
- Collegamento con i servizi territoriali, il MMG e la continuità assistenziale;
- Collegamento con i servizi di assistenza domiciliare, sanitaria e sociale, con associazioni e con organizzazioni del privato sociale operanti nel territorio;
- Collegamento con le UU.OO. Di Geriatria, di Medicina Interna e di Neurologia oltre dei servizi diagnostici;
- Ricoverati 1° semestre 2009: 18
 - età media: 83 aa
- durata media permanenza: 78.2 gg

Caratteristiche del Progetto Sperimentale RSA:

- Territorialità: residenti nel 1° Distretto
- Destinatari: criteri di eleggibilità
- Obiettivo: recupero autonomia e funzionalità
- Intervento assistenziale: Piano Assisten. Individuale
- Permanenza: 60-180 gg.
- Dimissioni: ritorno a domicilio o in strutture residenziali pubbliche o private, accordo con Municipio e Privato Sociale.
- Ricovero di sollievo alla famiglia: 30 giorni.

Caratteristiche della comunità terapeutica psichiatrica:

- 13 posti letto;
- Pazienti in dimissione da Servizi Psichiatrici ospedalieri, per i quali non è al momento possibile il ritorno a domicilio e la presa in carico da parte dei Servizi di salute mentale territoriali;
- Unica struttura pubblica con questa funzione, in alternativa al ricovero in Case di cura accreditate;
- Forte integrazione con i familiari ed i servizi territoriali per la definizione del programma terapeutico e di dimissione;





- Indirizzato a giovani adulti,
- Ricoverati 1° semestre 2009: 32
 - età media: 28.8 aa
- durata media permanenza: 88.2 gg

Caratteristiche dell' Hospice:

- Pazienti affetti da gravi patologie in fase terminale con aspettativa di vita non superiore a 60 gg;
- Assistenza a 10 pazienti in regime domiciliare presso il N.R.M.;
- Assistenza a 40 pazienti in regime domiciliare;
- Gestione affidata in service ad una ATI che ha provveduto anche all'intervento di ristrutturazione degli spazi;
- Collaborazione con gli specialisti ed i servizi del Presidio, con il servizio di Nutrizione parenterale;
- Ricoverati 1° semestre 2009 : 42
 - degenza media: 36 gg
- Assistiti a domicilio 1° sem. '09 : 71
 - degenza media: 73 gg

Il valore aggiunto del Presidio:

- Presa in carico del paziente,
- Condivisione percorsi e informazioni (MiMG/specialisti/personale assistenza/118),
- Incremento accessibilità per i residenti,
- Implementazione day service,
- Integrazione con i servizi domiciliari.

Opportunità:

- Sviluppo assistenza territoriale,
- Attivazione Interventi Territoriali ad Alta Complessità Tecnologica ed Assistenziale ,
- Ricerca dell'eccellenza nei percorsi assistenziali,
- Effettiva integrazione con Presidi Ospedalieri in base a Protocolli condivisi .

Risultati perseguiti:

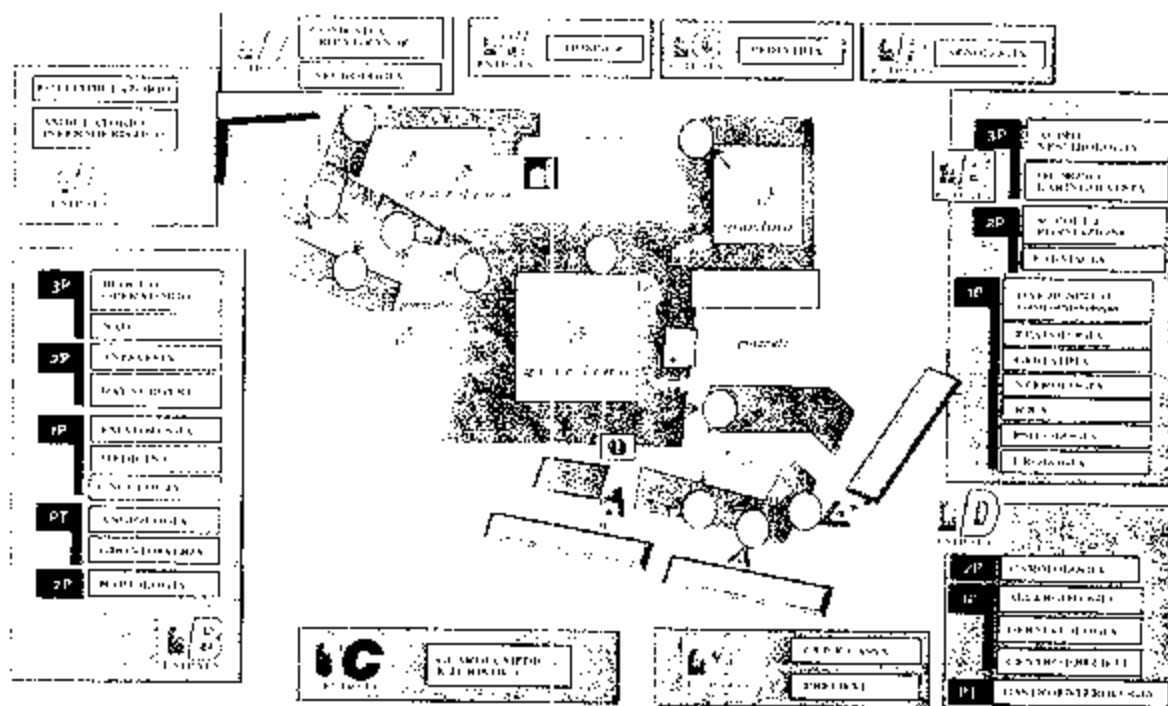
- Aumento dell'offerta e riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali,
- Riduzione del ricorso improprio al Pronto Soccorso ospedaliero,
- Offerta di assistenza (anche residenziale) a forte integrazione sanitaria e socio-sanitaria,
- Promozione ed educazione alla salute.

I Volumi di attività specialistica a confronto 2005 – 2009, prima e dopo la riconversione sono stati i seguenti:

Anno	2006	2007	2008	2009
Classificazione della struttura	Presidio ospedaliero di ASL	Intervento di riconversione	P.T.P. ad alta complessità assistenziale e Casa della salute	
Prestazioni di primo soccorso / ambulatorio di continuità	12.887		8.838	12.163
Day hospital p.l.	26		12	12
Casi trattati	2.184		1.039	1.201
Day surgery p.l.	10		8	8
Casi trattati	898		2.034	2.608
Interventi chirurgici	2.792		2.253	2.781
Ambulatorio				
Visite Specialistiche	57.024		143.223	152.658
Prestazioni diagnostiche e immagini	6.769		19.779	28.334
Prestazioni laboratorio	217.671		253.698	283.782
PAC	----		502	606

Da quanto sopra si evince che la riconversione ha portato ad un aumento delle attività ambulatoriali e di ricovero diurno caratterizzando la struttura come "struttura intermedia" in grado di filtrare i bisogni della popolazione e evitando ricoveri impropri verso le strutture ospedaliere limitrofe. Inoltre lo sviluppo delle attività di day surgery in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera "San Camillo Forlanini" ha consentito di migliorare le prestazioni dell'Azienda Ospedaliera riducendo le sue liste di attesa utilizzando le sale operatorie del Presidio Nuovo Regina Margherita per tutti gli interventi risolvibili in day surgery.

La struttura del Presidio Territoriale di Prossimità Nuovo Regina Margherita:



5. Principali attività specialistiche presenti nel Presidio Nuovo Regina Margherita

5.1 Assistenza pazienti cardiopatici

Le patologie più comuni e le procedure consentite in regime di Day Hospital Cardiologico sono:

1. Cardiopatia Ischemica accertata o sospetta:
Studio della funzione ventricolare sx e ricerca dell'ischemia inducibile mediante test ergometrico ed ecostress.
2. Turbe della eccito-conduzione cardiaca:
Conversione farmacologica o elettrica della fibrillazione atriale persistente o comunque oltre le 48-72 ore, secondo gli usuali protocolli operativi.
3. Trattamento a lungo termine dello Scompenso Cardiaco Cronico:
Infusione intermittente di farmaci inotropi o diuretici, tritaggio dei betabloccanti
4. Cardiopatia ipertensiva
Screening di pazienti ad alto rischio con disfunzione ventricolare o associata cardiopatia ischemica.
Riabilitazione cardiologica

Prestazioni:

1. visita cardiologica
elettrocardiogramma a riposo
test da sforzo al cicloergometro o su tappeto ruotante
2. elettrocardiogramma dinamico Holter 24 ore
monitoraggio dinamico 24 ore della pressione arteriosa
3. ecocardiogramma color doppler transtoracico
ecocardiogramma transesofageo
ecocardiogramma da stress





4. tilt-test
5. PAC: Ipertensione. Dolore toracico. Scompenso cardiaco. Perdita transitoria di coscienza. Diagnosi e Follow-up aritmie. Sindrome metabolica

Prestazioni Esterne 2002	
Totale	4.396

Prestazioni Interne 2002	
Totale	11.236

Prestazioni Esterne 2009	
Totale	13.333

5.2 Assistenza pazienti oncologici

L'assistenza specialistica oncologica effettuata:

- Le prime visite oncologiche,
- Trattamenti oncologici in regime di Day Hospital:
 - chemioterapie endovenose e in infus. Continua,
 - chemioterapie endovescicali,
 - terapie biologiche ("target therapies"),
 - terapie di supporto (idratazioni, infus. di elettroliti),
 - emotrasfusioni, terapie marziali endovenose,
 - paracentesi, lavaggi di Port-a-Cath,
- Visite oncologiche ambulatoriali di follow-up,
- Consulenze oncologiche,
- Prelievi,
- Attività scientifica:
 - partecipazione a studi clinici multicentrici,
 - pubblicazioni scientifiche,
 - partecipazione a congressi nazionali ed internazionali,
- Attività didattica:
 - lezioni presso Scuole Infermieri Professionali,
 - relazioni e presentazioni scientifiche nell'ambito di seminari, convegni e corsi di aggiornamento.

Totale prestazioni - anno 2009:

▪ Accessi di Day Hospital	3.007
▪ Visite Ambulatoriali e Consulenze	2.433
▪ Prelievi	902

5.3 Assistenza pazienti ortopedici

La U.O.S.A. di Ortopedia effettua 2 sedute operatorie: One Day (con ricovero 1 giorno) e Day Hospital + Chir. Ambulatoriale e Attività Specialistica Ambulatoriale.

Tipologia di Interventi:

- Interventi di elezione che consentono decorsi post operatori poco dolorosi, a bassa incidenza di complicanze e ben gestibili a domicilio,
- Chirurgia Artroscopica del ginocchio (patologia meniscale, patologia legamentosa, patologia della cartilagine),
- Chirurgia artroscopia della spalla (patologia della cuffia),
- Chirurgia del piede,
- Chirurgia della mano (STC Dita a scatto M. Di Dupuytren gangli sinoviali etc).



5-4 Assistenza pazienti odontoiatrici

Attività:

- Corso annuale di formazione in Ortognatodontia;
- Scuola di specializzazione in Ortognatodontia, Università Cattolica del Sacro Cuore (9 specializzandi).
- Progetto Regionale Odontoiatrico,
- Odontoiatria territoriale.

Visite:

- Odontoiatriche 486,
- Ortodontiche 1.280,
- Disfunzioni TM 572.

Ortodonzia:

- 900 casi in trattamento.
- Ortodonzia pre e post chirurgica di cui circa 300 pazienti disfunzionali.
- Protesi: 330 casi 120 totali.

Attività chirurgica:

Ambulatoriale: 107

- Impianti,
- Denti inclusi,
- Chirurgia parodontale.

Attività chirurgica in Day Surgery 276:

- Chirurgia delle atrofie,
- Artroscopia,
- S' inclusi.

Day surgery per:

- pazienti portatori di handicap

Malati sistemici

5-5 Assistenza pazienti geriatrici

L'organizzazione della U.O.C di Geriatria

- Day Hospital (NRM)
- Ambulatorio di Geriatria Clinica e a fini M. Legali-Invalidità civile

Accompagno L.104.

(NRM e sedi distrettuali) PAC

- U.V.A. NRM (con i Neurologi) e sedi distrettuali-Centri Diurni Alzheimer .

UVA Domiciliari e presso RSA Policlinico Italia:

- Memory Clinic (NRM e sedi distrettuali)
- Riabilitazione motoria e cognitiva (DH e Ambulatorio -Centri Diurni Alzheimer-Ambulatorio Casalboccone)
- Consulenze RSA NRM (10 letti) - Oncoematologia DH

Tecniche innovative: Personal Memory training, PMT:

- Memoria -----Attenzione -----Interesse
- Personalizzato, che tenga conto delle preferenze del soggetto, delle sue abilità e della sua storia personale

Comunicazione facilitata:

Tecnica diretta a soggetti con difficoltà di comunicazione finora proposta per soggetti autistici giovani-adulti.

- Facilitazione fisica e/o verbale,
- MCI e Demenza in fase iniziale.

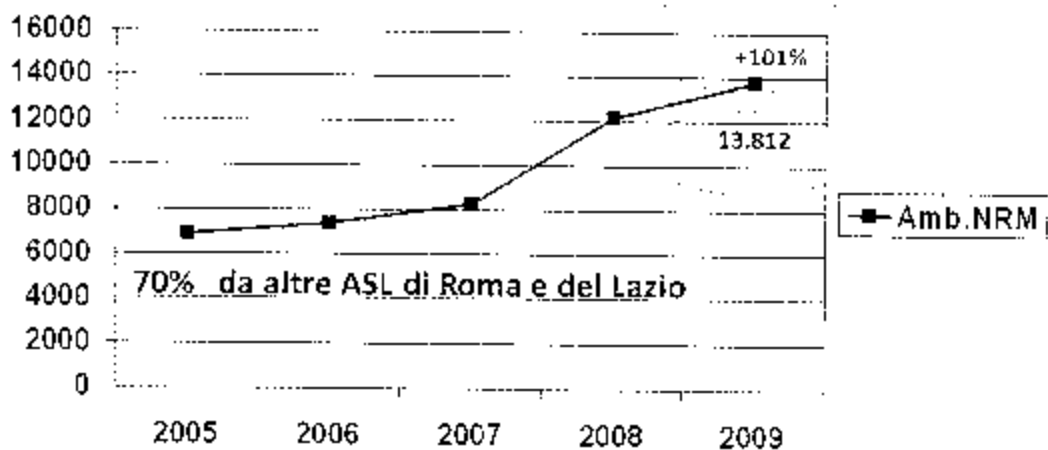
Progetti:

- Mantenere il ruolo di Centro di Riferimento e di eccellenza che la UOC Geriatria ha assunto in questi ultimi anni,
- Ampliare la struttura a rete con nuove sedi territoriali ed il CD Alzheimer del II Municipio,

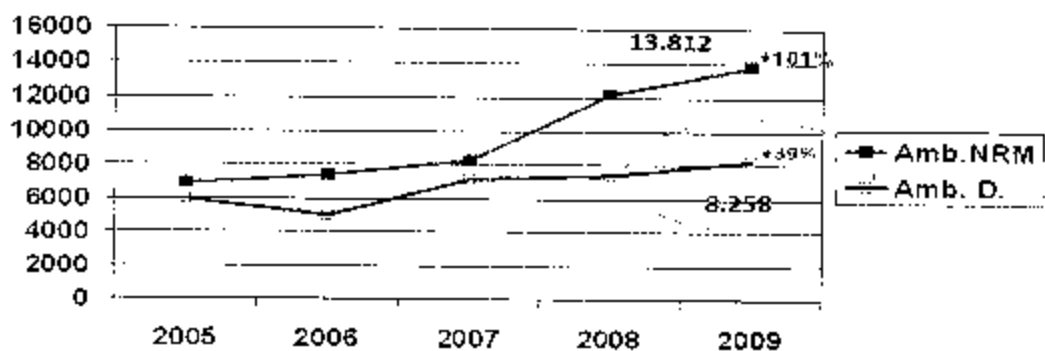
PTP NRM :

- Centro Diurno Alzheimer per M Gravi e Nucleo Alzheimer nella RSA,
- Giardino Alzheimer adattando il Giardino storico del quadriportico rinascimentale,
- Riattivazione del Pulmino.

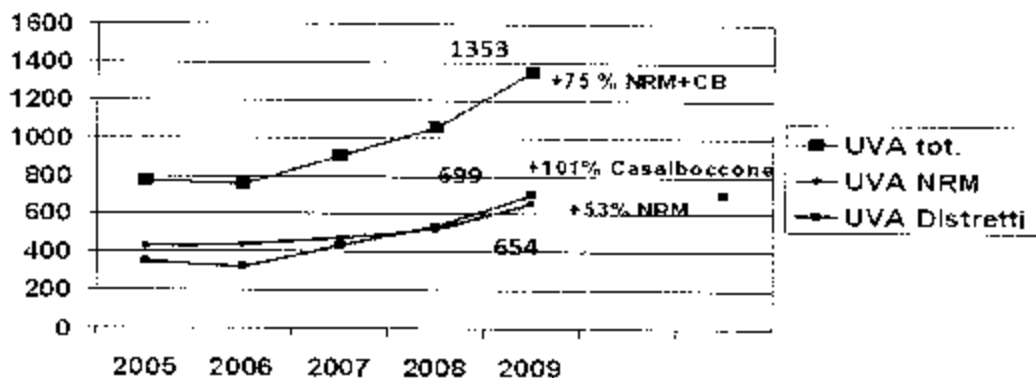
Attività Ambulatoriale UOC Geriatria NRM



Attività Ambulatoriali UOC Geriatria NRM e Distretti



UVA UOC Geriatria NRM e Distretti



UOC Geriatria NRM DH



5.6 Assistenza pazienti neurologici

All'interno della UOC di Neurologia è possibile effettuare: Visite ambulatoriali; Esami elettromiografici (EMG); Electroencefalogrammi (EEG); PAC (cefalea, deficit cognitivi, epilessia, disturbi dell'equilibrio).

5.7 Assistenza ai pazienti urologici e nefropatici

Attività Ambulatoriale:

Nel 2009 8650 prestazioni ambulatoriali:

Visite ambulatoriali urologiche e andrologiche

- Esami endoscopici (cistoscopia, uretroscopia)
- Ecografia urologiche
- Esami urodinamici (flussometria, PPU, cistometria con EMG, studio P/F)
- Riabilitazione pavimento pelvico

DH Urologico:

- Biopsie prostatiche e vescicali
- Sostituzione stents ureterali
- Dilatazioni uretrali
- Chemioterapia endovesicale
- Instillazioni endovesicali con antibiotici o altri farmaci

DS Urologico:

- Varicocele mono e bilaterale
- Idrocele
- Cisti del funicolo e dell'epididimo
- Neoplasie testicolari
- Fimosi
- Frenulo prepuziale breve
- Caruncola uretrale
- Stenosi uretrali
- Condilomi dei genitali esterni
- Aspirazioni di cisti renali sotto guida ecografica
- Mapping vescicale
- Chirurgia mininvasiva della prostata

DS e DH Urologia Nel 2009 395 ricoveri in D.H. urologico, per un totale di 966 accessi, 157 interventi in D.S. e 166 interventi ambulatoriali.

Riabilitazione pavimento pelvico:

- Riduzione posturale propriocettiva
- Riabilitazione individuale (biofeedback ed elettrostimolazione)

Urodinamica 1.210 esami urodinamici nel 2009.

Nel 2009: 5.268 sedute di riabilitazione



Chirurgia Mininvasiva della Prostata: Termoablazione prostatica mediante radiofrequenza (TEMPRO)

Progetti:

- Diagnosi precoce del carcinoma prostatico mediante PCA3
- Prevenzione delle neoplasie testicolari, con interventi nelle scuole superiori, in collaborazione con gli specialisti urologi del SUMAI

5.8 Assistenza ai pazienti onco-ematologici;

Strutturazione:

- Day Hospital:
 - Chemioterapia,
 - Salassoterapia,
 - Terapia Trasfusionale,
 - Staging di Malattie Onco-Ematologiche,
- Ambulatorio:
 - Ambulatorio di Ematologia:
 - Presidio NRM,
 - Poliambulatorio "Via Canova",
 - Ambulatorio per le malattie trombotiche ed emorragiche.

Compiti:

- Creare una rete con i MMG al fine di evitare accessi impropri di pazienti ematologici presso i pronto soccorso ospedalieri;
- Accogliere tutti i pazienti con patologie non particolarmente complesse in modo da alleggerire l'attività dei DH Ospedalieri;
- Trattare tutte le patologie di gravità intermedia;
- Creare una collaborazione con un reparto di ematologia ospedaliera di riferimento per il ricovero dei pazienti -

Poliambulatorio "Via Canova": Visite ambulatoriali 242 (Attività iniziata nell'agosto 2010)

Peso medio ricoveri in DH: 1.028435

Tempi di attesa per una I° visita ambulatoriale: 60 giorni

Prestazioni ambulatoriali	Visite Ambulatoriali	Totale Pazienti in DH	Giorni di Degenza in DH
9.205	5.252	285	1.253 (Media 4.4 gg)

Prospettive e criticità:

- Apertura di attività ambulatoriali sul territorio:
 - Via Lampedusa (IV° Distretto)
 - Via Luzzatti (I° Distretto)
- Creazione di una continuità assistenziale per i pazienti con una Ematologia Ospedaliera al fine di garantire, laddove ci sia la necessità del ricovero, la presenza degli stessi operatori sanitari,
- Ristrettezza dei locali dove si opera e necessità di maggior personale al fine di poter distribuire meglio l'attività.

Attività educazionali:

- X° Incontro Ematologico "Roma-Centro":
- Sindrmi Mieloproliferative croniche dell'Anziano" (17 Novembre 2010)
- Incontri Anatomico-Clinici di Onco-Ematologia:
 - Ematologi, Oncologi, Patologi, Laboratoristi e Biologi,
- Corso di Onco-Ematologia pratica:
 - MMG ed Internisti,
- Onco-Ematologia: Sicurezza del personale:
 - Infermieri e Tecnici di Laboratorio.



5.9 Assistenza ai pazienti angiologici e vascolari;

Attività clinico-diagnostica:

Attività terapeutica: Sezione medica; Sezione chirurgica.

Attività clinico-diagnostica I

Sezione ambulatoriale:

- Lun-ven. h 8-18;
- Sabato h 8-13;

Tre moduli di diagnostica contemporanei:

- Visite specialistiche,
- Esami Doppler,
- Ecodoppler,

Sezione clinico-diagnostica II

- Studio del microcircolo:
 - Capillaroscopia,
 - Fotopletismografia,
 - Ossimetria transcutanea,

Attività terapeutica:

- Day Hospital,
- Day Surgery ,

Terapia medica: Tre sezioni di Riabilitazione:

- Arteriologica;
- Lebologica;
- Linfologica.

Riabilitazione arteriologica

- Via alternativa non chirurgica:
- > 250 pazienti AOCP stadio 2A-2B LF
 - Basso rischio
 - Basso costo
 - Ottimi risultati, stabili nel tempo

Riabilitazione nelle linfopatie: Edema dell'arto superiore post-mastectomia;

Riabilitazione nelle flebopatie: Pz flebopatici che non possono accedere a soluzioni chirurgiche.

Attività terapeutica: Medicazioni Avanzate:

- Nostra nuova classificazione delle lesioni trofiche;
- Raggruppamento omogeneo delle ulcere;
- Linea-guida terapeutica.

Sezione chirurgica:

- Chirurgia delle varici;
- Scleroterapia eco-guidata;
- Chirurgia demolitiva e ricostruttiva delle lesioni ischemiche del piede arteriopatico e diabetico.





5.10 Assistenza pazienti psichiatrici e fragili;

Progetto Dipartimentale Giovani Adulti

Servizio "Colpo d'Ala": servizio di assistenza psicologica ambulatoriale rivolto ai giovani di età compresa tra 18 -25 anni. SRAIT (struttura residenziale ad alta intensità terapeutica) "Ripa Grande": dedicato al trattamento residenziale e semiresidenziale in fase pre e/o post critica di giovani tra i 18 e i 30 anni.

SRAIT "Ripa Grande" target utenti:

Giovani: stati mentali a rischio
fase pre-post acuzie di esordio psicotico
durata di malattia inferiore ai 5 anni.

Permanenza volontaria per periodi di 60-90 giorni.

Trattamenti: farmacologici
psicoterapeutici
familiari
riabilitativi

Attività rivolte ai pazienti dal SRAIT:

- Colloqui individuali,
- Test psicopatologici e neurocognitivi ,
- Valutazione infermieristica delle abilità quotidiane,
- Incontri con le famiglie,
- Gruppi di discussione,
- Laboratori finalizzati ad attività creative e ricreative a scopo terapeutico .

Accessi realizzati al SRAIT:

Anno 2009:

1° Trim.	671
2° Trim.	738
3° Trim.	612
4° Trim.	808
Totale	2.829

Anno 2010:

1° Trim.	657
----------	-----

Residenzialità – Semiresidenzialità:

Nell'anno 2009:

- Residenziali: 2.614 accessi
- Semiresidenziali: 158 accessi

Nel 1° Trim 2010:

- Residenziali: 592
- Semiresidenziali: 59

Diagnosi trattate:

Nell'anno 2009:

- Disturbi psicotici (ICD IX: 295,297-299): 64,86%
- Disturbi affettivi (ICD IX: 296) : 10,81%
- Disturbi di personalità (ICD IX:301): 21,62%
- Disturbi organici (ICD IX:290,317-319): 2,70%

Nel 1° Trim 2010:

- Disturbi psicotici (ICD IX: 295,297-299): 50%,
- Disturbi affettivi (ICD IX: 296) : 20%,
- Disturbi di personalità (ICD IX:301): 20%,

Fasce di Età:

2009

- < a 24 anni: 64%,
- 25-34 anni: 11%,
- 35 anni: 25%,

1° trim 2010



- < a 24 anni: 41,66%,
- 25-34 anni: 58,34%,

Follow up pazienti a un anno:

- Compliance al trattamento: 100%,
- Ricadute: 39%
- Diagnosi:
 - Disturbo psicotico: 59% dei pazienti
 - Disturbo di personalità: 41% dei pazienti

6. Metodologia di realizzazione del progetto

Il progetto si articola nelle seguenti macrofasi:

1. Analisi di sfondo
2. Progettazione esecutiva
3. Realizzazione
4. Monitoraggio e valutazione
5. Comunicazione interna ed esterna

Il progetto si caratterizza per un approccio *partecipativo* presente su tutte le macrofasi.

1. L'analisi di sfondo partecipata: si suddivide in due sottofasi:

a) l'analisi on desk svolta da esperti;

b) la validazione e completamento dell'analisi da parte degli attori coinvolti nel processo.

Ciò favorisce il processo partecipativo nella successiva macrofase della progettazione esecutiva.

2. la progettazione esecutiva partecipata: consente agli attori di programmare in modo articolato ma allo stesso tempo condiviso le risposte necessarie a intervenire sul quadro di criticità mappato nella macrofase precedente.

3. realizzazione: la realizzazione prevede le seguenti fasi:

- raccolta delle pratiche e degli strumenti
- supporto del networking
- formazione (assessment delle competenze degli operatori; progettazione delle azioni formative);
- comunicazione;
- monitoraggio in progress dei risultati e progettazione delle azioni di miglioramento all'interno di comunità di operatori.

4. Il monitoraggio e la valutazione: gli indicatori di monitoraggio sono progettati in modo partecipato e sono volti a individuare azioni di miglioramento in progress. Anche l'attività di valutazione finale è volta a individuare punti di forza e di debolezza utili al miglioramento dei risultati.

5. Comunicazione interna ed esterna: le attività di comunicazione sono progettate in modo partecipato.

Prevedono le azioni di comunicazione interna ed esterna in progress da parte di ciascuna delle organizzazioni coinvolte e le azioni di comunicazione del bilancio complessivo di progetto.

6.1 Popolazione oggetto di studio.

Si rimanda a quanto incluso nel precedente paragrafo sul "Contesto in cui si colloca il progetto".





6.2 Interventi.

Il progetto prevede i seguenti Interventi:

- il coinvolgimento, tramite anche modalità di incentivazione, dei MMG nella gestione della RSA, dell'Ospedale di Comunità e dell'Hospice;
- la condivisione dei dati con i MMG, i PLS, gli specialisti territoriali e la guardia medica, secondo data set condivisi e tramite anche l'adozione di meccanismi incentivanti, in una logica di presa in carico dei pazienti e di continuità delle cure, partendo da target di popolazione a rischio (pazienti cardiopatici, oncologici, cronici, etc);
- la realizzazione di procedure e protocolli clinici e assistenziali in condivisione e in un approccio di network assistenziale, in rapporto con i PUA, Punti Unici di Accesso, con i servizi dei Distretti Sanitari della ASL (CAD, etc.), in relazione anche con le Aziende Ospedaliere e le ASL con presidi ospedalieri propri limitrofe e convenzionate per l'invio dei pazienti acuti e le loro successiva presa in carico post dimissione;
- la realizzazione di un sistema di qualità e sicurezza per il monitoraggio delle attività, dell'applicazione di procedure e protocolli clinici e assistenziali, per prevenire malpractices ed incidenti coinvolgenti pazienti ed operatori;
- l'integrazione delle attività clinico assistenziali del Centro Clinico del Carcere di "Regina Coeli" di Roma (85 posti letto) con i servizi diagnostici, di daily surgery e daily hospital del Presidio Nuovo Regina Margherita;
- la realizzazione di un sistema integrato di comunicazione interna ed esterna a supporto delle attività specifiche e di reti assistenziali governate dal Presidio NRM.

In dettaglio sono previsti i seguenti interventi nei moduli progettuali:

Modulo 2:

- Costruzione del network progettuale per discutere in base alle evidenze prodotte le modalità e la metodologia di implementazione del Presidio Nuovo Regina Margherita.

Modulo 3:

- Verificare le evidenze sulle attività svolte nel Presidio Nuovo Regina Margherita ed in esperienze analoghe esistenti nel Lazio o in altre Regioni del Paese;
- Proporre integrazioni e implementazioni al layout dei servizi attivati nel Presidio Nuovo Regina Margherita in base al benchmark svolto;
- Costruire un sistema di classificazione dei servizi e delle prestazioni erogate ed erogabili basato sia su descrittori quantitativi, che in base a descrittori qualitativi da porre a base del sistema info del Presidio;
- Costruire una anagrafe digitale degli assistiti;
- Costruire una mappa delle competenze degli operatori del Presidio.

Modulo 4:

- Sperimentare il coinvolgimento, tramite anche modalità di incentivazione, dei MMG nella gestione della RSA, dell'Ospedale di Comunità e dell'Hospice;
- Sperimentare la condivisione dei dati con i MMG, i PLS, gli specialisti territoriali e la guardia medica, secondo data set condivisi e tramite anche l'adozione di meccanismi incentivanti, in una logica di presa in carico dei pazienti e di continuità delle cure, partendo da target di popolazione a rischio (pazienti cardiopatici, oncologici, cronici, etc);

Modulo 5:

- Sperimentare il coinvolgimento, tramite anche modalità di incentivazione, degli operatori della ASL nella gestione del Centro Clinico del Carcere di "Regina Coeli";
- Sperimentare la condivisione dei dati diagnostico e terapeutici anche da remoto (come da WP 6) con gli specialisti territoriali e la guardia medica, secondo data set condivisi, partendo da target di popolazione reclusa a rischio (pazienti cardiopatici, oncologici, cronici, etc);



Modulo 6:

- Progettazione di un sistema di refertazione a distanza per la diagnostica specialistica;
- Progettazione di un sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI, tenendo conto di esperienze già sviluppate nella ASL nel 4° Distretto nell'ambito del progetto "Ospedale virtuale";
- Formazione degli operatori sulle procedure progettate;
- Informazione dei cittadini sull'uso delle procedure adottate;
- Verifica, controllo e implementazione delle procedure;
- Messa a regime del sistema di refertazione a distanza e di telemedicina e teleassistenza.

Modulo 7:

- Realizzare procedure e protocolli clinici e assistenziali in condivisione e in un approccio di network assistenziale, tramite l'uso finalizzato dei PUA, Punti Unici di Accesso, con i servizi dei Distretti Sanitari della ASL (CAD, etc.), in relazione anche con le Aziende Ospedaliere e le ASL con presidi ospedalieri propri limitrofe e convenzionate per l'invio dei pazienti acuti e le loro successiva presa in carico post dimissione;

Modulo 8:

- Progettazione e messa a punto di procedure di accoglienza e accettazione dei pazienti nel Presidio Nuovo Regina Margherita;
- Coinvolgimento degli operatori e dei cittadini nella definizione delle procedure suddette;
- Implementazione della Carta dei Servizi del Presidio Nuovo Regina Margherita;
- Progettazione e organizzazione degli strumenti di informazione sull'uso della struttura del Presidio Nuovo Regina Margherita;
- Riorganizzazione dell'URP e del servizio di accettazione del Presidio;
- Riprogettazione del sito web del presidio;
- Riprogettazione di tutti i supporti cartacei e digitali alle procedure di accoglienza, accettazione, informazione e indirizzamento degli utenti;

Modulo 9:

- Realizzare un modello di monitoraggio e di verifica delle attività cliniche e assistenziali svolte nel Presidio Nuovo Regina Margherita, sia in sito che extra, sia in una logica di integrazione Presidio - territorio, ai fini di garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate, con riferimento anche ai servizi di ADI, NAD e gestione domiciliare di pazienti affetti dalla sindrome SLA;

Modulo 10:

- Progettare e sperimentare attività di implementazione del modello del Presidio Nuovo Regina Margherita realizzato in base alle attività svolte nelle fasi precedenti all'avvio del presente progetto, in base alle indicazioni strategiche regionali e aziendali e in base alla verifica dei bisogni della popolazione residente nel bacino di utenza afferente;
- Progettare e sperimentare un sito del Presidio con un software di ricerca automatica in base al sistema di classificazione realizzato e delle anagrafi citate per la condivisione dei "patient summary", a supporto della presa in carico, della condivisione e della continuità delle cure in base a data set di anamnesi e diagnostica clinica per paziente assistito;
- Progettare e sperimentare una reportistica web periodica per target di utilizzatori;

Modulo 11:

- Testing della implementazione del nuovo modello di Presidio Nuovo Regina Margherita relativamente alle procedure e sistema di monitoraggio, valutazione e divulgazione;
- Implementazione sperimentale di un nuovo sistema interattivo di Data Reporting e divulgativo verso gli operatori sanitari e i cittadini - utenti;

Modulo 12:

- Promozione dei risultati del progetto al di fuori dei partner del progetto;
- Partecipazione a iniziative esterne di divulgazione organizzate con i partner istituzionali e non e con soggetti terzi;





- Presentazione dei risultati del progetto ad eventi nazionali e internazionali (symposium, conferenze, workshop, etc.);
- Produzione di materiali promozionali;
- Liason con altri progetti similari.

6.3 Indicatori per la valutazione.

Sono state ipotizzate in fase progettuale e in base alle precedenti esperienze i seguenti indicatori di progetto:

Modulo 2:

- Presenza dei report sui risultati dei 3 workshop nello stesso formato e con le stesse voci descrittive per valutare lo stato di avanzamento dei lavori;
- Questionario di valutazione dell'andamento del progetto da parte dei rappresentanti dei partner in tre somministrazioni successive.

Modulo 3:

- Criteri concordati dai partner su evidenze di soluzione delle eventuali criticità individuate nelle esperienze osservate e confrontate.

Modulo 4:

- Effettuazione della Consensus Conference sui temi proposti: % di consenso/dissenso sui temi affrontati.

Modulo 5:

- Rapporto su Focus Group di verifica per target di partecipanti e di utilizzatori;
- Rapporto preparatorio della Consensus Conference.

Modulo 6:

- Programma di formazione degli operatori;
- Rapporto su Focus Group di verifica per target di partecipanti e di utilizzatori;
- Rapporto preparatorio della Consensus Conference.

Modulo 7:

- Indicatori di efficienza, efficacia e di esito per singolo Percorso Diagnostico Terapeutico progettato;
- Standard di accettabilità clinica e assistenziale per singolo Percorso Diagnostico Terapeutico progettato.

Modulo 8:

- Rapporto sulle procedure di accettazione e accoglienza;
- Rapporto sull'organizzazione dell'URP;
- Carta dei Servizi;
- Sito web rinnovato.

Modulo 9:

- Rapporto sull'analisi dei processi interni al presidio;
- Rapporto sugli standard di attività e sugli indicatori connessi;
- Rapporto sugli indicatori sentinella e il rischio clinico e assistenziale;
- Rapporto sul Bilancio Sociale del Presidio.

Modulo 10:

- Rapporto su Focus Group di verifica per target di utilizzatori;
- Rapporto preparatorio della Consensus Conference.

Modulo 11:

- Video-cassette dei workshop e dei Focus Group;
- Web site framework.



Modulo 12:

- Piano di divulgazione;
- Presentazione del progetto;

6.4 Disegno dello studio

Il disegno di studio prevede la realizzazione delle seguenti attività:

- un sistema informativo a supporto della gestione del presidio e dei sistemi di relazione di cui è snodo di rete;
- un sistema di classificazione dei servizi e delle prestazioni erogate basato sia su descrittori quantitativi (volumi di attività e loro valorizzazione in DRG per specialistica o servizio di riferimento), che in base a descrittori qualitativi da porre a base del sistema info del Presidio;
- una anagrafe digitale degli assistiti, integrando i data base dei MMG, dei PLS, dei Servizi Sociali dei Municipi;
- una mappa delle competenze degli operatori del Presidio;
- un sito del Presidio con un software di ricerca automatica in base al sistema di classificazione suddetto e delle anagrafi citate per la condivisione dei "patient summary", presa in carico, condivisione e continuità delle cure in base a data set di anamnesi e diagnostica clinica per paziente assistito;
- una stesura di protocolli diagnostico terapeutici integrati e condivisi con gli operatori delle filiere assistenziali per le principali patologie trattate nel Presidio e dalle reti afferenti;
- un sistema di monitoraggio e di valutazione delle attività erogate sia in quanto *outcome* intermedi delle filiere assistenziali di cui il Presidio è parte, sia in quanto *outcome* di esito clinico e assistenziale tramite la definizione di indicatori e standard prestazionali condivisi con gli attori dei processi assistenziali inclusi nei percorsi diagnostico terapeutici adottati;
- un sistema di refertazione a distanza per la diagnostica specialistica;
- un sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI;
- una valutazione periodica e una analisi del *follow up in progress* delle pratiche clinico assistenziali adottate ed erogate per valutarne l'impatto organizzativo e le performance nel tempo con riferimento anche all'analisi dei costi e dei benefici creati;
- una reportistica web periodica;
- la diffusione dei risultati mediante adeguate strategie di divulgazione comunicativa dei risultati ottenuti a contenuto rigorosamente clinico e gestionale, ma con fruibilità generalizzata (punto 2.3.1.3 del Programma di Azione Comunitaria);
- la messa a disposizione della Comunità scientifica la base di dati nel tempo prodotta, continuamente aggiornata, per permettere a ricercatori indipendenti di studiare i fenomeni connessi con l'introduzione di pratiche innovative e di qualità nel sistema sanitario italiano relativamente alle filiere di assistenza oggetto del presente progetto.





6.5 Trasferibilità dei risultati.

Obiettivi di trasferibilità

Questa attività progettuale ha per scopo la promozione dei risultati del progetto al di fuori dei partner dello stesso tramite:

- o Partecipazione ad attività concertate tra il Ministero della Salute e i partner del progetto;
- o Presentazione del progetto in occasione di eventi nazionali e internazionali (simposi, conferenze, congressi, workshop, etc.);
- o Produzione di materiali promozionali sui risultati del progetto;
- o Collegamento e coordinamento con progetti analoghi.
- o Stimolo al miglioramento della qualità e della sicurezza per gli utenti del database

Contenuti previsti

Le attività si articoleranno nei seguenti moduli di lavoro:

- Modulo 1: saranno analizzati e selezionati tutti i risultati e gli apporti al progetto stesso; verrà definito un Piano di disseminazione e di lavoro che verrà presentato al Comitato di gestione del Progetto per l'approvazione di merito;
- Modulo 2: Materiali di divulgazione su scopi, obiettivi e risultati del progetto saranno progettati e realizzati per supportare le attività di disseminazione;
- Modulo 3: Sarà realizzato un website per attrarre l'interesse degli operatori e del pubblico;
- Modulo 4: saranno investigate le possibilità di collaborazione con altri progetti analoghi e contigui come tematiche per vedere e realizzare le forme di collaborazione possibili.

Metodologie e materiali didattici:

- Organizzazione di eventi per divulgare i risultati del Progetto;
- Predisposizione di materiali divulgativi da usare negli eventi previsti;
- Predisposizione di materiali info per il sito web e internet.

Outcomes:

- Programma di divulgazione del Progetto;
- Materiali di presentazione e divulgativi;
- Programma e materiali singoli eventi divulgativi;
- Revenge delle attività di divulgazione svolte.

7. Obiettivi intermedi previsti

Obiettivo Intermedio 1: Preparazione di almeno tre workshop per discutere delle possibili modalità di implementazione Presidio Nuovo Regina Margherita;

Strumenti: Report preparatori per i tre workshop;

Modulo di Riferimento: 2;

Indicatori:

1. Presenza dei report sui risultati dei 3 workshop nello stesso formato e con le stesse voci descrittive per valutare lo stato di avanzamento dei lavori.
2. Questionario di valutazione dell'andamento del progetto da parte dei rappresentanti dei partner in tre somministrazioni successive.

Obiettivo Intermedio 2: Analisi sulle attuali modalità organizzative e delle evidenze relative alle "Case della salute" e ai Presidi Territoriali di Prossimità ed individuare possibili implementazioni del modello del Presidio tramite un benchmark delle esperienze e modelli osservati secondo criteri concordati tra i partner del progetto;

Strumenti:

- Rapporto preliminare circa i problemi e le criticità connesse al layout e allo svolgimento delle attività nel Presidio Nuovo Regina Margherita;
- Rapporto su sistema di classificazione dei servizi e delle prestazioni erogate ed erogabili;
- Rapporto su anagrafe digitale degli assistiti;
- Rapporto sulla mappa delle competenze degli operatori del Presidio.

Modulo di Riferimento: 3;

Indicatori:

1. Criteri concordati dai partner per eventuali soluzioni delle criticità individuate nel Presidio in base alle esperienze osservate e confrontate.

Obiettivo Intermedio 3:

- Nuove procedure di partecipazione dei MMG alla gestione dell'Ospedale di comunità, della RSA e dell'Hospice;
- Nuova convenzione disciplinante i meccanismi incentivanti nel rapporto con i MMG coinvolti nella gestione dell'Ospedale di comunità, della RSA e dell'Hospice;
- Rapporto sulle attività svolte nell'Ospedale di comunità, della RSA e dell'Hospice.

Strumenti:

- Rapporto su Focus Group di verifica per target di partecipanti ed utilizzatori;
- Semilavorato da far validare alla Consensus Conference

Modulo di Riferimento: 4;

Indicatori: Effettuazione della Consensus Conference sui temi proposti; % di consenso/dissenso sui temi affrontati.

Obiettivo Intermedio 4: Progetto di gestione del Centro Clinico del Carcere di "Regina Coeli"

Strumenti:

- Nuove procedure di partecipazione degli operatori della ASL alla gestione del Centro Clinico all'interno del carcere di "Regina Coeli";
- Nuova convenzione disciplinante i meccanismi incentivanti nel rapporto con gli operatori coinvolti nella gestione del servizio;
- Rapporto sulle attività svolte nel Centro Clinico del carcere.



Modulo di Riferimento: 5;

Indicatori:

1. Rapporto su Focus Group di verifica per target di partecipanti e di utilizzatori;
2. Rapporto preparatorio della Consensus Conference.

Obiettivo Intermedio 5: Sistema di refertazione a distanza per la diagnostica specialistica e per un sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI;

Strumenti:

- Rapporto sul sistema di refertazione a distanza per la diagnostica specialistica;
- Rapporto sul sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI.

Modulo di Riferimento: 6;

Indicatori:

1. Programma di formazione degli operatori;
2. Rapporto su Focus Group di verifica per target di partecipanti e di utilizzatori;
3. Rapporto preparatorio della Consensus Conference.

Obiettivo Intermedio 6: Progettazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici integrati per filiere assistenziali afferenti il Presidio Nuovo Regina Margherita;

Strumenti:

- Check list sui Percorsi Diagnostico Terapeutici realizzati;
- Flow-chart sui Percorsi Diagnostico Terapeutici realizzati;

Modulo di Riferimento: 7;

Indicatori:

1. Indicatori di efficacia, di efficienza e di esito per singolo Percorso Diagnostico Terapeutico progettato;
2. Standard di accettabilità clinica e assistenziale per singolo Percorso Diagnostico Terapeutico progettato.

Obiettivo Intermedio 7: Progettazione e messa a punto di procedure di accoglienza/accettazione e di informazione dei pazienti sui percorsi assistenziali del Presidio Nuovo Regina Margherita;

Strumenti:

- Rapporto su Focus Group di verifica per target di partecipanti e di utilizzatori;
- Rapporto preparatorio della Consensus Conference.

Modulo di Riferimento: 8;

Indicatori:

- Rapporto sulle procedure di accettazione e accoglienza;
- Rapporto sull'organizzazione dell'URP;
- Carta dei Servizi;
- Sito web rinnovato.

Obiettivo Intermedio 8: Progettazione di un modello di monitoraggio e di verifica delle attività cliniche e assistenziali svolte nel Presidio Nuovo Regina Margherita ai fini di garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate;

Strumenti:

- Set di indicatori e di standard adottati per il monitoraggio e la valutazione;
- Flussi informativi obbligatori per alimentare il sistema di monitoraggio del progetto;
- Questionari per la raccolta delle osservazioni da campioni di operatori e di pazienti;
- Check-list per i Focus Group per target specifici di operatori e di pazienti.





Modulo di Riferimento: 9;

Indicatori:

1. Rapporto sull'analisi dei processi interni al presidio;
2. Rapporto sugli standard di attività e sugli indicatori connessi;
3. Rapporto sugli indicatori sentinella e il rischio clinico e assistenziale;
4. Rapporto sul Bilancio Sociale del Presidio.

Obiettivo Intermedio 9: Progettazione e messa a punto del nuovo modello di Presidio assistenziale;

Strumenti:

- Nuovo schema implementato di layout organizzativo e di pianta organica del Presidio Nuovo Regina Margherita;
- Nuovo sito web del Presidio Nuovo Regina Margherita ;
- Rapporto sulla reportistica derivante dal sito.

Modulo di Riferimento: 10;

Indicatori:

1. Rapporto su Focus Group di verifica per target di utilizzatori;
2. Rapporto preparatorio della Consensus Conference.

Obiettivo Intermedio 10: Testing della implementazione del nuovo modello di Presidio Nuovo Regina Margherita relativamente alle procedure e sistema di monitoraggio, valutazione e divulgazione;

Strumenti:

- Lay-out per Workshop e per Focus Group.

Modulo di Riferimento: 11;

Indicatori:

1. Video-cassette dei workshop e dei Focus Group;
2. Web site framework.

Obiettivo Intermedio 11: Divulgazione dei risultati del progetto;

Strumenti:

- Brochure di presentazione dei risultati del progetto;
- Partecipazione a iniziative esterne di divulgazione;
- Produzione di materiali promozionali;
- Liason con altri progetti similari.

Modulo di Riferimento: 12;

Indicatori:

1. Piano di divulgazione;
2. Presentazione del progetto;



8. Output del programma

Modulo 1 – Management del progetto - Durata: tutta la durata del progetto.

Obiettivi:

- Gestione del progetto in tutte le sue fasi ed articolazioni.
- Monitoraggio degli esiti per WP del progetto in base alle risorse umane e alle risorse finanziarie previste per lo svolgimento del progetto.
- Coordinamento delle attività dei partner del progetto.
- Management dei rapporti istituzionali e delle relazioni necessarie allo svolgimento del progetto.

Deliverables:

Esterni:

- Piano esecutivo (chi fa cosa, come, entro quando, con che risorse);
- Rapporto finale;
- Rapporti progressivi;
- Rapporto annuale di attività;

Interni:

- Rapporti interni al Comitato Scientifico;
- Verbali riunioni del Comitato Scientifico.

Modulo 2 – Costruzione del network progettuale - Durata: 4 mesi

Obiettivi:

- Costruzione del network progettuale per discutere in base alle evidenze prodotte le modalità e la metodologia di implementazione del Presidio Nuovo Regina Margherita.

Deliverables:

Esterni:

- Documento di agreement circa il coinvolgimento dei singoli partner nelle attività del network, contenente i loro obiettivi, i loro rappresentanti, e le loro attività;
- Videocassette sui tre workshop per una divulgazione tra i partecipanti al network e verso le altre organizzazioni istituzionali e non della sanità;

Interni:

- Report preparatori per i tre workshop e per gli incontri bimestrali.

Modulo 3 – Analisi del background progettuale - Durata: 6 mesi

Obiettivi:

- Verificare le evidenze sulle attività svolte nel Presidio Nuovo Regina Margherita ed in esperienze analoghe esistenti nel Lazio o in altre Regioni del Paese;
- Proporre integrazioni e implementazioni al layout dei servizi attivati nel Presidio Nuovo Regina Margherita in base al benchmark svolto;
- Costruire un sistema di classificazione dei servizi e delle prestazioni erogate ed erogabili basato sia su descrittori quantitativi, che in base a descrittori qualitativi da porre a base del sistema info del Presidio;
- Costruire una anagrafe digitale degli assistiti;
- Costruire una mappa delle competenze degli operatori del Presidio.

Deliverables:

Esterni:

- Nessuna.

Interni:

- Rapporto preliminare circa i problemi e le criticità connesse al layout e allo svolgimento delle attività nel Presidio Nuovo Regina Margherita;
- Rapporto su sistema di classificazione dei servizi e delle prestazioni erogate ed erogabili;



- Rapporto su anagrafe digitale degli assistiti;
- Rapporto sulla mappa delle competenze degli operatori del presidio.

Modulo 4 – Progettazione e messa a punto delle modalità di partecipazione dei MMG all’ospedale di comunità, alla RSA e all’Hospice. Durata: 8 mesi

Obiettivi:

- Sperimentare il coinvolgimento, tramite anche modalità di incentivazione, dei MMG nella gestione della RSA, dell’Ospedale di Comunità e dell’Hospice;
- Sperimentare la condivisione dei dati con i MMG, i PLS, gli specialisti territoriali e la guardia medica, secondo data set condivisi e tramite anche l’adozione di meccanismi incentivanti, in una logica di presa in carico dei pazienti e di continuità delle cure, partendo da target di popolazione a rischio (pazienti cardiopatici, oncologici, cronici, etc);
- Adeguamento strutturale del reparto con Posti Letto a gestione da parte dei MMG.

Deliverables:

Esterni:

- Nuove procedure di partecipazione dei MMG alla gestione dell’Ospedale di comunità, della RSA e dell’Hospice;
- Nuova convenzione disciplinante i meccanismi incentivanti nel rapporto con i MMG coinvolti nella gestione dell’Ospedale di comunità, della RSA e dell’Hospice;
- Progetto adeguamento strutturale del reparto con Posti Letto a gestione da parte dei MMG;
- Rapporto sulle attività svolte nell’Ospedale di comunità, della RSA e dell’Hospice.

Interni:

- Rapporto su Focus Group di verifica per target di partecipanti e di utilizzatori;
- Rapporto preparatorio della Consensus Conference.

Modulo 5 – Progettazione e messa a punto delle modalità di integrazione delle attività clinico assistenziali del Centro Clinico del Carcere di “Regina Coeli” di Roma (85 posti letto) con i servizi diagnostici, di daily surgery e daily hospital del Presidio Nuovo Regina Margherita. Durata: 8 mesi

Obiettivi:

- Sperimentare il coinvolgimento, tramite anche modalità di incentivazione, degli operatori della ASL nella gestione del Centro Clinico del Carcere di “Regina Coeli”;
- Sperimentare la condivisione dei dati diagnostico e terapeutici anche da remoto (come da Modulo 6 a seguire) con gli specialisti territoriali e la guardia medica, secondo data set condivisi, partendo da target di popolazione reclusa a rischio (pazienti cardiopatici, oncologici, cronici, etc);

Deliverables:

Esterni:

- Nuove procedure di partecipazione degli operatori della ASL alla gestione del Centro Clinico all’interno del Carcere di “Regina Coeli”;
- Nuova convenzione disciplinante i meccanismi incentivanti nel rapporto con gli operatori coinvolti nella gestione del servizio;
- Rapporto sulle attività svolte nel Centro Clinico del Carcere.

Interni:

- Rapporto su Focus Group di verifica per target di partecipanti e di utilizzatori;
- Rapporto preparatorio della Consensus Conference.





Modulo 6 - Progettazione e messa a punto di un sistema di refertazione a distanza per la diagnostica specialistica e per un sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI. Durata: 8 mesi

Obiettivi:

- Progettazione di un sistema di refertazione a distanza per la diagnostica specialistica;
- Progettazione di un sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI, tenendo conto di esperienze già sviluppate nella ASL nel 4° Distretto nell'ambito del progetto "Ospedale virtuale";
- Formazione degli operatori sulle procedure progettate;
- Informazione dei cittadini sull'uso delle procedure adottate;
- Verifica, controllo e implementazione delle procedure;
- Messa a regime del sistema di refertazione a distanza e di telemedicina e teleassistenza.

Deliverables:

Esterni:

- Rapporto sul sistema di refertazione a distanza per la diagnostica specialistica;
- Rapporto sul sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI;

Interni:

- Programma di formazione degli operatori;
- Rapporto su Focus Group di verifica per target di partecipanti e di utilizzatori;
- Rapporto preparatorio della Consensus Conference.

Modulo 7 - Progettazione di Percorsi diagnostico Terapeutici integrati per filiere assistenziali afferenti il Presidio Nuovo Regina Margherita - Durata: 24 mesi.

Obiettivi:

- Realizzare procedure e protocolli clinici e assistenziali in condivisione e in un approccio di network assistenziale, tramite anche i PUA, Punti Unici di Accesso, con i servizi dei Distretti Sanitari della ASL (CAD, etc.), in relazione anche con le Aziende Ospedaliere e le ASL con presidi ospedalieri propri limitrofe e convenzionate per l'invio dei pazienti acuti e le loro successiva presa in carico post dimissione, tramite:
 - Analisi del peso e dei volumi di attività delle principali patologie trattate nel Presidio Nuovo Regina Margherita e nelle reti di cure primarie afferenti il Presidio;
 - Costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici integrati coinvolgendo tutti gli operatori delle filiere assistenziali considerate e rappresentanze dei cittadini;
 - Definizione formale ed elaborabile dei data set clinici necessari per la gestione dell'assistenza e per la creazione di indicatori, relativamente ai PDT prodotti;
 - Caratterizzazione degli scambi informativi tra operatori sanitari e con i pazienti nel corso dei diversi PDT (notifica di eventi, dati clinici da scambiare, solleciti e avvisi, etc.) e definizione dei nomi standard dei principali tipi di documentazione da raccogliere;
 - Definizione dei criteri per la selezione delle informazioni da includere nei diversi tipi di "patient summary", specifici per i diversi PDT;
 - Definizione strutturata ed elaborabile dei sottoinsiemi di valori ammessi per le terminologie e le codifiche corrispondenti ai diversi PDT;
 - Definizione elaborabile degli indicatori di processo e di esito relativi ai diversi PDT;
 - Sperimentazione dei Percorsi per un periodo congruo nelle UO e nei servizi territoriali coinvolti;
 - Analisi delle problematiche informative, organizzative, formative e normative derivanti dalla gestione unitaria del patrimonio informativo delle reti dei servizi coinvolti e dalla gestione elettronica della continuità delle cure;
 - Verifica delle evidenze derivanti dalle sperimentazioni svolte e eventuale implementazione dei Percorsi progettati e testati;
 - Formazione e condivisione dei percorsi con tutti gli operatori coinvolti e con le associazioni dei cittadini e dei malati;
 - Monitoraggio e valutazione degli esiti;
 - Predisposizione dell'implementazione successiva dei Percorsi.





- Le filiere clinico assistenziali che verranno sviluppate saranno le seguenti:
 - Assistenza pazienti cardiopatici;
 - Assistenza pazienti oncologici;
 - Assistenza pazienti ortopedici;
 - Assistenza pazienti odontoiatrici;
 - Assistenza pazienti geriatrici;
 - Assistenza ai pazienti urologici e nefropatici;
 - Assistenza ai pazienti onco-ematologici;
 - Assistenza ai pazienti neurologici;
 - Assistenza ai pazienti angiologici e vascolari;
 - Assistenza pazienti psichiatrici e fragili;
 - Assistenza pazienti diabetici.

Deliverables:

Esterni:

- Linee Guida sui Percorsi Diagnostico Terapeutici realizzati, con strutture dati e codifiche concordate;
- Rapporto sugli Indicatori efficienza, efficacia e di esito e gli Standard di accettabilità clinica e assistenziale per singolo Percorso Diagnostico Terapeutico progettato.

Interni:

- Questionari per la raccolta delle osservazioni da campioni di operatori e di pazienti;
- Check-list per i Focus Group per target specifici di operatori e di pazienti.

Modulo 8 – Progettazione e messa a punto di procedure di accoglienza/accettazione e di informazione dei pazienti sui percorsi assistenziali del Presidio Nuovo Regina Margherita. Durata: 8 mesi

Obiettivi:

- Progettazione e messa a punto di procedure di accoglienza e accettazione dei pazienti nel Presidio Nuovo Regina Margherita;
- Coinvolgimento degli operatori e dei cittadini nella definizione delle procedure suddette;
- Implementazione della Carta dei Servizi del Presidio Nuovo Regina Margherita;
- Progettazione e organizzazione degli strumenti di informazione e uso della struttura del Presidio Nuovo Regina Margherita;
- Riorganizzazione dell'URP e del servizio di accettazione del Presidio;
- Riprogettazione del sito web del presidio;
- Riprogettazione di tutti i supporti cartacei e digitali alle procedure di accoglienza, accettazione, informazione e indirizzamento degli utenti.

Deliverables:

Esterni:

- Rapporto sulle procedure di accettazione e accoglienza;
- Rapporto sull'organizzazione dell'URP;
- Carta dei Servizi;
- Sito web rinnovato.

Interni:

- Rapporto su Focus Group di verifica per target di partecipanti e di utilizzatori;
- Rapporto preparatorio della Consensus Conference.



Modulo 9 - Progettazione di un modello di monitoraggio e di verifica delle attività cliniche e assistenziali svolte nel Presidio Nuovo Regina Margherita ai fini di garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate - Durata: 24 mesi.

Obiettivi:

- Realizzare un modello di monitoraggio e di verifica delle attività cliniche e assistenziali svolte nel Presidio Nuovo Regina Margherita, sia in sito che extra, sia in una logica di integrazione Presidio - territorio, ai fini di garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate, con riferimento anche ai servizi di ADI, NAD e gestione domiciliare di pazienti affetti dalla sindrome SLA, tramite:
 - Analisi dei processi interni di organizzazione dell'erogazione delle prestazioni per singole UOC e UOS;
 - Costruzione di standard prestazionali in base allo storico delle attività cliniche ed assistenziali svolte nel Presidio e in base ai benchmark svolti con strutture analoghe nel Lazio e in altre regioni italiane;
 - Costruzione di set di indicatori per il monitoraggio delle attività previste nel Presidio comprese quelle integrate con le reti di cure primarie e altri servizi territoriali della ASL Roma A;
 - Costruzione di un set di indicatori sentinella per il monitoraggio del rischio e delle possibili malpractices;
 - Costruzione di un desk direzionale basato su indicatori di sintesi per monitorare le attività complessive afferenti il Presidio in più dimensioni qualitative e quantitative;
 - Costruzione di una reportistica finalizzata ai vari target di utilizzatori interni ed esterni, coinvolti nelle filiere cliniche e assistenziali afferenti il Presidio;
 - Costruzione di un archivio elettronico strutturato di riferimento con le definizioni dei metadati e dei sistemi di codifica armonizzati ricavati dalle attività precedenti;
 - Costruzione del Bilancio Sociale del Presidio.

Deliverables:

Esterni:

- Rapporto sull'analisi dei processi interni al presidio;
- Rapporto sugli standard di attività e sugli indicatori connessi;
- Rapporto sugli indicatori sentinella e il rischio clinico e assistenziale;
- Set di indicatori e di standard adottati, con relativi metadati e sistemi di codifica;
- Rapporto sul Bilancio Sociale del Presidio.

Interni:

- Set di indicatori e di standard adottati;
- Flussi informativi obbligatori per alimentare il sistema di monitoraggio del progetto;
- Questionari per la raccolta delle osservazioni da campioni di operatori e di pazienti;
- Check-list per i Focus Group per target specifici di operatori e di pazienti.

Modulo 10 - Progettazione e messa a punto del nuovo modello di Presidio assistenziale. Durata: 8 mesi

Obiettivi:

- Progettare e sperimentare attività di implementazione del modello del Presidio Nuovo Regina Margherita realizzato in base alle attività svolte nelle fasi precedenti all'avvio del presente progetto, in base alle indicazioni strategiche regionali e aziendali e in base alla verifica dei bisogni della popolazione residente nel bacino di utenza afferente;
- Progettare e sperimentare un sito del Presidio con un software di ricerca automatica in base al sistema di classificazione realizzato e delle anagrafi citate per la condivisione dei "patient summary", presa in carico, condivisione e continuità delle cure in base a data set di anamnesi e diagnostica clinica per paziente assistito;
- Progettare e sperimentare una reportistica web periodica per target di utilizzatori.

Deliverables:





Esterni:

- Nuovo schema implementato di layout organizzativo e di pianta organica del Presidio Nuovo Regina Margherita;
- Nuovo sito web del Presidio Nuovo Regina Margherita ;
- Rapporto sulla reportistica derivante dal sito.

Interni:

- Rapporto su Focus Group di verifica per target di utilizzatori;
- Rapporto preparatorio della Consensus Conference.

Modulo 11 : Testing della implementazione del nuovo modello di Presidio Nuovo Regina Margherita relativamente alle procedure e sistema di monitoraggio e valutazione, reporting e divulgazione - Durata: 6 mesi-

Obiettivi:

- Testing della implementazione del nuovo modello di Presidio Nuovo Regina Margherita relativamente alle procedure e sistema di monitoraggio, valutazione e divulgazione;
- Implementazione sperimentale di un nuovo sistema interattivo di Data Reporting e divulgativo verso gli operatori sanitari e i cittadini – utenti.

Deliverables:

Esterni:

- Video-cassette dei workshop e dei Focus Group;
- Web site framework.

Interni:

- Lay-out per Workshop e per Focus Group.

Modulo 12. Divulgazione dei risultati del progetto - Durata: 4 mesi.

Obiettivi:

- Promozione dei risultati del progetto al di fuori dei partner del progetto;
- Partecipazione a iniziative esterne di divulgazione organizzate con i partner istituzionali e non e con soggetti terzi;
- Presentazione dei risultati del progetto ad eventi nazionali e internazionali (symposium, conferenze, workshop, etc.);
- Produzione di materiali promozionali;
- Liason con altri progetti similari.

Deliverables:

Esterni:

- Piano di divulgazione;
- Presentazione del progetto;

Interni:

- Nessuno.



9. Cronogramma del progetto

La base temporale del progetto è 36 mesi.

Nella tabella seguente sono descritte le diverse fasi (moduli) del progetto e l'impegno temporale delle Unità Operative, con il presupposto che l'attività di management dello stesso (ID attività = 1) ha durata pari alla durata dell'intero progetto.

ID Attività	Attività	Durata (mesi)
1	Management del progetto	36
2	Costruzione del network progettuale	4
3	Analisi del background progettuale	6
4	Progettazione modalità di partecipazione dei MMG all'ospedale di comunità, alla RSA e all'Hospice	8
5	Progettazione integrazione del servizio infermieristico del Carcere di "Regina Coeli" di Roma con i servizi del PNRM	8
6	Progettazione e messa a punto di un sistema di refertazione a distanza per la diagnostica specialistica e per un sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI	8
7	Progettazione di Percorsi diagnostico Terapeutici integrati per filiere assistenziali afferenti il PNRM	24
8	Progettazione e messa a punto di procedure di accoglienza/accettazione e di informazione dei pazienti sui percorsi assistenziali del PNRM	8
9	Progettazione di un modello di monitoraggio e di verifica delle attività cliniche e assistenziali svolte nel PNRM ai fini di garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate	24
10	Progettazione e messa a punto del nuovo modello di Presidio assistenziale	8
11	Testing della implementazione del nuovo modello di PNRM relativamente alle procedure e sistema di monitoraggio e valutazione, reporting e divulgazione	6
12	Attività di divulgazione del progetto	4



10. Il diagramma di Gantt del progetto.

Anno 1° /Mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Management del progetto												
Costruzione network progettuale												
Analisi background progettuale												
Partecipazione dei MMG all'ospedale di comunità, alla RSA e all'Hospice												
Integrazione del Centro Clinico del Carcere di "Regina Coeli" di Roma con il PNRM												
Sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI												
Percorsi diagnostico Terapeutici integrati per filiere assistenziali afferenti il PNRM												
Procedure di accoglienza/accettazione dei pazienti sui percorsi assistenziali del PNRM												
Modello di monitoraggio e di verifica delle attività cliniche e assistenziali del PNRM												
Progettazione e messa a punto del nuovo modello di Presidio assistenziale												
Testing della implementazione del nuovo modello di PNRM												
Attività di divulgazione del progetto												

Anno 2°/ Mesi	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Management del progetto												
Costruzione network progettuale												
Analisi background progettuale												
Partecipazione dei MMG all'ospedale di comunità, alla RSA e all'Hospice												
Integrazione del Centro Clinico del Carcere di "Regina Coeli" di Roma con il PNRM												
Sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI												
Percorsi diagnostico Terapeutici integrati per filiere assistenziali afferenti il PNRM												
Procedure di accoglienza/accettazione dei pazienti sui percorsi assistenziali del PNRM												
Modello di monitoraggio e di verifica delle attività cliniche e assistenziali del PNRM												
Progettazione e messa a punto del nuovo modello di Presidio assistenziale												
Testing della implementazione del nuovo modello di PNRM												
Attività di divulgazione del progetto												



Anno 3°/ Mesi	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Management del progetto												
Costruzione network progettuale												
Analisi background progettuale												
Partecipazione dei MMG all'ospedale di comunità, alla RSA e all'Hospice												
Integrazione del Centro Clinico del Carcere di "Regina Coeli" di Roma con il PNRM												
Sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI												
Percorsi diagnostico Terapeutici integrati per filiere assistenziali afferenti il PNRM												
Procedure di accoglienza/accettazione dei pazienti sui percorsi assistenziali del PNRM												
Modello di monitoraggio e di verifica delle attività cliniche e assistenziali del PNRM												
Progettazione e messa a punto del nuovo modello di Presidio assistenziale												
Testing della implementazione del nuovo modello di PNRM												
Attività di divulgazione del progetto												



11. Apporti dei partner alle attività dei moduli progettuali.

Attività/Partner	1	2	3	4	5	6	7
Management del progetto	X	X	X	X	X	X	X
Costruzione network progettuale		X					
Analisi background progettuale	X	X	X	X	X		
Partecipazione dei MMG all'ospedale di comunità, alla RSA e all'ospicio		X	X	X			
Integrazione del Centro Clinico del Carcere di "Regina Coeli" di Roma con il PNRM	X	X					
Sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI		X	X				
Percorsi diagnostico Terapeutici integrati per filiere assistenziali afferenti il PNRM	X	X	X	X	X	X	
Procedure di accoglienza/accettazione dei pazienti sui percorsi assistenziali del PNRM	X	X		X		X	X
Modello di monitoraggio e di verifica delle attività cliniche e assistenziali del PNRM		X	X	X			
Progettazione e messa a punto del nuovo modello di Presidio assistenziale		X					
Testing della implementazione del nuovo modello di PNRM		X				X	
Attività di divulgazione del progetto		X	X	X	X	X	X

Leggenda:

Codice Partner	Denominazione Partner
1	Azienda Ospedaliera "San Camillo - Forlanini" di Roma
2	Facoltà di Sociologia, Università "Sapienza" di Roma
3	Istituto Tecnologie Biomediche, CNR, Milano, Roma
4	SIQUAS, Soc. Ital. per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria, Milano
5	Cittadinanza Attiva - Tribunale dei Diritti del Malato, Roma.
6	Casa della Solidarietà ONLUS di Roma
7	Istituto Europeo di Design di Roma



12. Summary del progetto

12.1 Aspetti finanziari del progetto

Totale costi del progetto

Costi	Giorni	Mesi	Costi unitari	Totale
Analisi sviluppo e formazione	1.365	36	350,00	577.750,00
Incentivi Personale proprio	16.700	36	30,00	401.000,00
Creazione e implementazione database	746	36	129,82	96.845,72
Consumabili	1.126	36	30,31	34.123,43
Costi generali	1.126	36	56,82	63.979,32
Fornitori beni e servizi		36		365.000,00
Realizzazione Ospedale Comunità				200.000,00
Incentivi ai MMG				100.000,00
Totale generale	21.068	36		1.838.698,47

Modulo	Attività per Modulo progettuale	Mesi	Valore in €.	Anno 1	Anno 2	Anno 3
1	Management del progetto	36	53.493,33	17.831,11	17.831,11	17.831,11
2	Costruzione network progettuale	4	29.754,18	29.754,18		
3	Analisi background progettuale	6	41.754,18	41.754,18		
4	Partecipazione MMG all'ospedale di comunità, alla RSA e all'Ospice	8	400.355,60	400.355,60		
5	Integrazione del Centro Clinico di "Regina Coeli" di Roma con i servizi del PNRM	8	151.855,60	151.855,60		
6	Sistema di teleassistenza e di telemedicina a supporto delle attività di ADI	8	150.620,30	150.620,30		
7	Percorsi Diagnostico Terapeutici integrati per filiere assistenziali afferenti il PNRM	24	501.389,00	208.912,08	250.694,50	41.782,42
8	Procedure di accoglienza/accettazione e di informazione del PNRM	8	149.677,80	8,00		
9	Modello monitoraggio e verifica delle attività cliniche e assistenziali svolte nel PNRM	24	149.355,60	62.148,17	74.577,80	12.429,63
10	Progettazione e messa a punto del nuovo modello di Presidio assistenziale	8	79.296,04		39.648,02	39.648,02
11	Testing della implementazione del nuovo modello di PNRM	6	80.530,45			80.530,45
12	Attività di divulgazione del progetto	4	50.816,40			50.816,40
	Totale	108	1.838.698,47	1.212.909,02	382.751,43	243.038,03



12.2 Articolazione del progetto

Il progetto di implementazione prevede di sviluppare le seguenti dimensioni di attività del Presidio Nuovo Regina Margherita:

- il coinvolgimento, tramite anche modalità di incentivazione, dei MMG nella gestione della RSA, dell'Ospedale di Comunità e dell'Hospice (vedere l'allegato progetto per realizzare l'ospedale di comunità presso il Presidio Nuovo regina Margherita);
- la condivisione dei dati con i MMG, i PLS, gli specialisti territoriali e la guardia medica, secondo data set condivisi e tramite anche l'adozione di meccanismi incentivanti, in una logica di presa in carico dei pazienti e di continuità delle cure, partendo da target di popolazione a rischio (pazienti cardiopatici, oncologici, cronici, etc);
- la realizzazione di procedure e protocolli clinici e assistenziali in condivisione e in un approccio di network assistenziale, tramite l'uso finalizzato dei PUA, Punti Unici di Accesso, con i servizi dei Distretti Sanitari della ASL (CAD, etc.), in relazione anche con le Aziende Ospedaliere e le ASL con presidi ospedalieri propri limitrofe e convenzionate per l'invio dei pazienti acuti e le loro successiva presa in carico post dimissione;
- la realizzazione di un sistema di qualità e sicurezza per il monitoraggio delle attività, dell'applicazione di procedure e protocolli clinici e assistenziali, per prevenire malpractices ed incidenti coinvolgenti pazienti ed operatori;
- l'integrazione della comunità terapeutica psichiatrica, tramite forme di domiciliarità alternativa presso la Casa della salute, nella rete dei servizi ai soggetti deboli, psichiatrici e non solo, tramite i PCA, e in rapporto con i CSM e il DSM aziendale;
- l'integrazione delle attività clinico assistenziali del Centro Clinico del Carcere di "Regina Coeli" di Roma (85 posti letto) con i servizi diagnostici, di day surgery e day hospital del Presidio Nuovo Regina Margherita, considerando la comunità del reclusorio (circa 1.000 reclusi) come la popolazione di un Distretto sanitario "particolare";
- la realizzazione di un sistema integrato di comunicazione interna ed esterna a supporto delle attività specifiche e di reti assistenziali governate dal Presidio NRM, affinché il paziente possa considerare l'insieme dei vari servizi offerti dalle diverse strutture dislocate sul territorio come singola "struttura sanitaria funzionalmente integrata", grazie ad una opportuna condivisione in rete del patrimonio informativo.


48



Allegato "A"

Lettere di partnership

Codice Partner	Denominazione Partner
1	Azienda Ospedaliera "San Camillo - Forlanini" di Roma
2	Facoltà di Sociologia, Università "Sapienza" di Roma
3	Istituto Tecnologie Biomediche, CNR, Milano, Roma
4	SIQUAS, Soc. Ital. per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria, Milano
5	Cittadinanza Attiva - Tribunale dei Diritti del Malato, Roma
6	Casa della Solidarietà ONLUS di Roma
7	Istituto Europeo di Design di Roma

MP



Allegato "B"

Dalla ricerca "Valutare la sperimentazione delle Case della Salute - I nuovi modelli di assistenza primaria in 8 Regioni italiane" realizzato da CENSIS e DIES, Dipartimento Innovazione e Società della Facoltà di Sociologia dell'Università "Sapienza" di Roma (2009-2010).

Dal lavoro di indagine è emerso un quadro nel quale, a fronte di un territorio da cui provengono stimoli e sollecitazioni diversissimi, esiste una profonda disomogeneità anche nelle forme di intervento regionale, per filosofia e livello di investimento "politico" e finanziario.

Nonostante gli elementi di partenza e gli obiettivi della riorganizzazione delle cure primarie fossero in gran parte condivisi nei territori oggetto di approfondimento e, soprattutto, nelle filosofie e nelle strategie delle rispettive regioni di appartenenza, le dimensioni dei modelli, la varietà dei soggetti ed il livello di integrazione e/o di rete raggiunta, risultano decisamente variegati ed in parte anche divergenti.

Il processo di "riorganizzazione delle cure primarie", varia infatti in modo significativo da un territorio ad un altro ed ha risentito e continua a risentire di una molteplice gamma di fattori.

In particolare, si può delineare un panorama nel quale coesistono strutture e servizi a complessità molto variabile e in cui fioriscono realtà con una prossimità tra servizi diversi che ha consentito la presenza di più soggetti, insieme a contesti in cui prevalgono aggregazioni di livello micro.

Si tratta di interventi di riorganizzazione che presentano una dimensione eterogenea di professionisti coinvolti e con una dotazione infrastrutturale che nella maggior parte dei casi avviene tramite la riconversione e la rifunzionalizzazione/ristrutturazione di strutture sanitarie pre-esistenti.

Sostanzialmente, a fronte della necessità, talvolta imposta da vincoli di bilancio, di razionalizzare l'offerta di posti letto ospedalieri chiudendo alcuni presidi, la realizzazione contestuale di una Casa della salute ha conosciuto in alcuni casi un percorso organizzativo "per sottrazione" di servizi, con il mantenimento di quelli non legati alla degenza.

In questo processo il coinvolgimento dei medici di assistenza primaria, e la riorganizzazione delle loro attività, ha rappresentato una sorta di misura palliativa rispetto alla chiusura del presidio ospedaliero.

Alla luce di ciò, l'esistenza ed il ruolo del distretto è cruciale per lo sviluppo delle Cure Primarie. Il livello di sviluppo del distretto non è coerente con quello dell'integrazione sociosanitaria.

Le cure territoriali esistono nei decreti e nei piani regionali ma nella realtà sono presenti solo pochissime (o nessuna) esperienze, dalla portata limitata.

Il modello di governance "comunitario", rappresenta un tentativo (recente) di includere il territorio, come insieme di relazioni cooperative, orizzontali, nella gestione del governo sanitario e socio-sanitario locale.

Modelli improntati alla governance comunitaria si sviluppano più facilmente laddove sia avvenuta, per tradizione o per le caratteristiche geografiche del territorio, una integrazione tra cure sanitarie e cure socio-assistenziali, votata al rafforzamento delle cure primarie, dell'associazionismo medico, della continuità assistenziale.

La comunità accompagna la nuova sanità de-ospedalizzata.

Accanto alla gerarchia (l'istituzione sanitaria pubblica) e al mercato (aziendalizzazione) la comunità è "attiva" e dà senso all'integrazione socio-sanitaria sul territorio.

I fattori che definiscono il momento attuale della sperimentazione dei modelli di revisione delle forme di assistenza primaria possono essere riassunti come segue:

- nei contesti analizzati la riorganizzazione è ancora in fase iniziale o al primo stadio, ed interessa quindi ancora poche realtà e pochi professionisti, anche se alcune delle realtà sperimentali analizzate appaiono piuttosto consolidate ed alcune hanno una storia ed una longevità rilevanti;
- in molti dei contesti si sono costituiti modelli dai quali carpire spunti ed indicazioni per la formulazione di programmi regionali di più ampia rilevanza;
- sotto questo profilo va sottolineata l'importanza delle figure carismatiche (una o più di una), che hanno fatto e fanno da primo catalizzatore delle esperienze dei medici di medicina generale o delle scelte di integrazione tra i servizi;





- la volontà e l'adesione da parte della medicina generale appaiono come elementi strategici. La sperimentazione risulta più avanzata in quei contesti in cui i medici hanno investito nelle forme di associazionismo più complesse e nel loro ruolo di punto di riferimento territoriale;
- in tutte le realtà analizzate, è evidente uno iato piuttosto marcato tra le realtà macroubane, più impermeabili alle innovazioni, ed i piccoli centri, nei quali i medici e la disponibilità di strutture favoriscono l'integrazione;
- la tendenza alla concentrazione dell'attività dei medici di medicina generale in sede unica non ha solo consentito l'allargamento significativo dell'orario di lavoro (per raggiungere la faticosa soglia dell'assistenza 1112) ma ha rappresentato uno strumento reale per configurare l'immagine di un presidio sanitario prossimo e accessibile.

Questo elemento, in qualche caso osteggiato in una fase iniziale dai pazienti per gli ovvi motivi della necessaria concentrazione e della localizzazione, si è invece rivelato vincente.

Non solo non ha minato la personalizzazione del rapporto tra il paziente ed il "suo" medico di riferimento, ma ha anche contribuito ad assicurare i pazienti circa l'esistenza di un punto di riferimento continuamente disponibile e contrassegnato dalla professionalità, in cui le esigenze di ognuno sono note e riconoscibili;

- la sede unica, inoltre, ha facilitato i processi di integrazione tra servizi, anche se più spesso esclusivamente o soprattutto tra medicina generale, servizio infermieristico e, anche se, in maniera meno sistematica, medicina specialistica;
- viceversa, i processi di integrazione più ampia, che coinvolgono o dovrebbero coinvolgere i servizi socio assistenziali o l'attività ospedaliera, risultano decisamente più problematici e sono largamente dipendenti dai livelli preesistenti di integrazione socio-sanitaria nel territorio di riferimento.

In termini più generali di diffusione e sistematizzazione delle esperienze analizzate è emerso che sull'ampliamento e sull'avanzamento della sperimentazione incidono in modo determinante l'investimento e le scelte programmatiche regionali, con una differenziazione molto marcata tra le varie realtà, riconducibile in gran parte alla variabile geografica.

In particolare, le esperienze delle regioni meridionali, quando presenti, risultano sporadiche ed isolate (se si esclude l'esperienza pugliese che invece risulta piuttosto distribuita ma che è prevalentemente monoprofessionale e presenta un livello di integrazione ancora poco rilevante).

La frammentazione dei modelli è, peraltro, una realtà anche all'interno dei singoli contesti regionali, laddove gli interventi variano in scopo e dimensioni da azienda ad azienda, molto spesso in base alle caratteristiche del territorio.

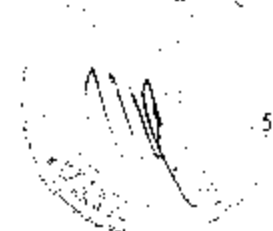
Si tratta di un aspetto che offre però una doppia lettura: se da una parte esiste infatti una forte tensione positiva alla flessibilità dei modelli, dall'altra si tratta di una tendenza che può generare anche disparità e cortocircuiti organizzativi.

La programmazione delle regioni, inoltre, agisce in una duplice funzione, da un lato portando a costruire interventi a differente variabilità dimensionale, che permettano l'inclusione delle modalità di sperimentazione già in atto nel territorio (a partire dalla aggregazione complessive della medicina generale, vero e proprio mattone sul quale si basano le architetture di riorganizzazione delle cure primarie) e dall'altro, interventi di maggiore ambizione che, sul modello della "Casa della salute", rappresentino presidi territoriali ad alta visibilità ed integrazione.

Nello specifico, le esperienze più consolidate e complete appaiono come il frutto dell'intreccio delle due dinamiche:

- di *bottom up* per quanto concerne le reti, le esperienze di associazionismo della medicina generale più all'avanguardia, che nascono spontaneamente nei singoli contesti, dalle quali vengono trasferiti al decisore input gestionali;
- di *top-down*, in cui dalle Regioni provengono quegli strumenti legislativi e finanziari necessari all'arricchimento dell'offerta ed alla piena integrazione lungo l'asse sanitario (tra medici, tra medici e figure infermieristiche) e socio sanitario (tra medici ed enti locali, tra servizi pubblici e soggetti del volontariato).

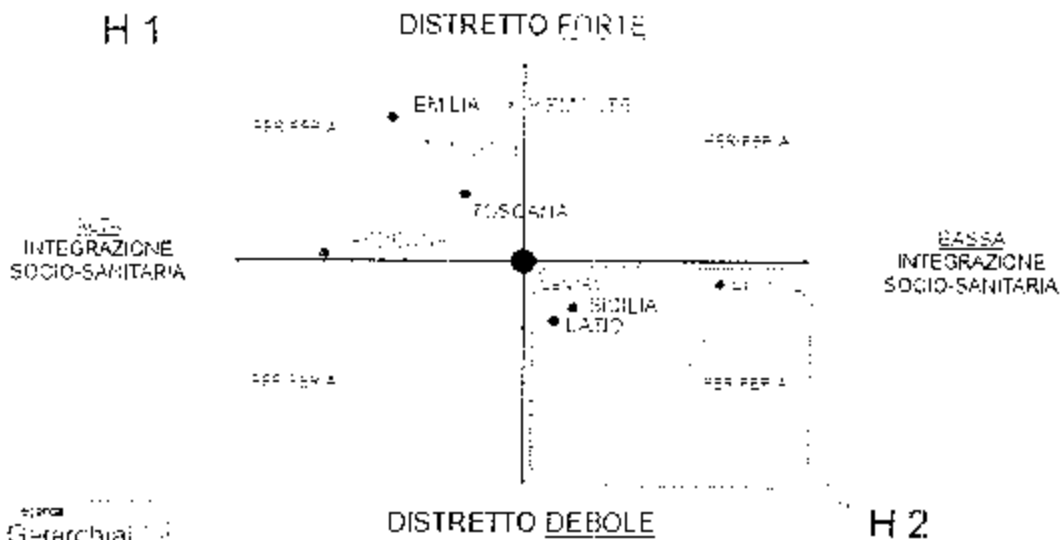
Infine, nonostante siano segnalate esperienze di valutazione della soddisfazione degli utenti e nelle interviste realizzate con gli operatori emerga sempre l'apprezzamento degli utenti e la coscienza di un miglioramento complessivo del servizio offerto, non sono disponibili indicatori che ad oggi permettano di determinare in modo puntuale gli *outcomes* della sperimentazione, soprattutto in termini costi/benefici, per i servizi sanitari regionali.



IPOTESI DI UN MODELLO

I due assunti di partenza sono stati: la dimensione centro/periferia come dinamica o processo piuttosto che come influenza unidirezionale; il ruolo del distretto e il livello di integrazione socio-sanitaria, al contrario, come puntuali.

Pertanto, nel quarto quadrante (distretto FORTE-integrazione ALTA) si collocheranno esperienze GIA' BEN AVVIATE, DIFFUSE sul territorio regionale e con una TRADIZIONE ANTECEDENTE all'azione del Ministro Turco (create e avviate prima del 2005); nel secondo quadrante (distretto DEBOLE-integrazione BASSA) si collocheranno, al contrario, esperienze regionali IMMATURE, POCO O PER NULLA DIFFUSE sul territorio e iniziate in seguito all'azione della Ministra Turco (dopo il 2005). La Sicilia, il Lazio e la Puglia (le esperienze regionali riportate nel secondo quadrante caratterizzato da un ruolo nullo o debole del distretto) sono ancora da considerarsi largamente virtuali.



Gerarchia

Allegato "C"

Dal Piano Sanitario Regionale 2010- 2012

Presidio Territoriale di Prossimità

L'aumento di bisogni assistenziali "a lungo termine" implica problemi importanti sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per l'assistenza a persone con patologie croniche.

Per rendere i servizi territoriali in grado di svolgere tale ruolo, è necessaria una trasformazione importante del quadro attuale, con modifiche organizzative e culturali imposte sulla centralità della persona e non della patologia, basate sull'integrazione dell'assistenza primaria e intermedia e di queste con quella ospedaliera, con la creazione di percorsi incentrati sulla continuità assistenziale, e che prevedono un maggiore coinvolgimento di figure professionali e delle istituzioni che sono più vicine al paziente, in termini di accesso territoriale, sociale e culturale.

Per questo la regione Lazio attraverso il Piano Sanitario Regionale introduce un nuovo ambito assistenziale a livello distrettuale, i Presidi Territoriali di Prossimità (PTP) strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale (con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere-case manager) destinate a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera.

Il Presidio va inteso quale struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale, il cui stile di lavoro è caratterizzato dall'integrazione, dall'interdisciplinarietà.

All'interno del Presidio si svolgono, in forma integrata anche con il sociale, le attività di assistenza domiciliare, le cure intermedie, le funzioni specialistiche territoriali, le attività di promozione della salute/prevenzione.

La tipologia di assistenza erogata dai PTP possiede, pertanto, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA), alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale.

Obiettivi

1. Ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post-acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione.
2. Ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali.
3. Limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta.
4. Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.

Funzioni

Le funzioni complessive del PTP possono essere così riassunte:

- degenza nelle 24 ore, con presenza h 24 di personale di assistenza infermieristica e assistenza medica prestata, secondo specifici accordi, da medici di medicina generale, o al bisogno da medici specialisti e medici della continuità assistenziale (reperibilità h 24);
- Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP) o altre forme di aggregazione dei MMG e PLS;
- punto unico di accesso integrato con i servizi sociali dell'Ente locale;
- specialistica ambulatoriale, con la presenza e reperibilità di medici specialisti ambulatoriali, e eventualmente ospedalieri nelle 12 ore, con particolare riferimento alle branche di cardiologia, pneumologia, diabetologia, neurologia/geriatria (finalizzate all'attivazione di specifici percorsi di cura);





- assistenza domiciliare integrata;
- centro diurno per anziani fragili;
- attività diagnostiche di base disponibili anche per il territorio (radiologia e laboratorio/punto prelievi);
- distribuzione di farmaci, collegata al servizio farmaceutico aziendale e alle farmacie del territorio;
- postazione 118 (o collegamento funzionale) e continuità assistenziale.

All'interno del PTP possono essere attivati, in funzione del bisogno espresso dalla popolazione di riferimento, RSA, anche articolate in nuclei, e Hospice.

RSA (Residenza Sanitaria Assistita)

Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono state istituite con l'articolo 20 della legge 67 del 1998 con la finalità di fornire ospitalità e prestazioni sanitarie, socioassistenziali, di recupero funzionale e di inserimento sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o di riabilitazione di tipo intensivo. Attualmente nel Lazio le RSA sono divenute strutture nelle quali gli ospiti, con un'età media superiore agli 80 anni, finiscono per risiedere fino al decesso, oltrepassando i limiti temporali medi di assistenza previsti dalla normativa.

Una recente indagine (2007) ha posto in evidenza come oltre il 74% degli ospiti risieda in RSA da più di 6 mesi e, di questi, più della metà vi permanga da oltre due anni.

La complessità assistenziale è molto articolata e variabile: il 69% degli ospiti presenta una forma di deterioramento cognitivo medio o grave e il 56,6% presenta un carico assistenziale complessivo "impegnativo" o "molto impegnativo"; per contro, il 14,3% non presenta deficit funzionali di rilievo.

Inoltre, nelle strutture ove non è presente un medico a copertura delle 24 ore, si registra un tasso di ricoveri ospedalieri quasi doppio rispetto alle strutture che garantiscono una qualche forma di guardia medica interna.

Altra funzione attualmente disattesa da parte delle RSA è proprio quella semiresidenziale; infatti già secondo la normativa regionale vigente dovrebbe essere pari al 10% dell'offerta dei posti residenziali mentre attualmente è meno dello 0,2% e limitata ad una sola RSA. I collegamenti funzionali con i servizi territoriali sono quasi ovunque insufficienti e per lo più limitati all'azione di verifica in funzione della concessione di proroga da parte del CAD territorialmente competente. Complessivamente nel Lazio non si raggiunge lo standard di 25 p.l. per 1.000 residenti ultrasettantacinquenni, inoltre la distribuzione territoriale delle RSA è fortemente disomogenea.

Circa la residenzialità sociosanitaria, i dati riportati dall'ISTAT con riferimento al 31 dicembre 2005 evidenziano che in Italia

Gli ospiti di anni 0-17 sono	17.799 (6,0%)
di anni 18-64 sono	50.824 (17,0%)
di anni 65e oltre	<u>229.628 (77,0%)</u>
In Lombardia sono	61.175, di cui 49.308 di 65 e oltre l'80%
Nel Veneto sono	34.861, di cui 29.221 " " l'84%
In Emilia Romagna sono	30.460, di cui 22.783 " " il 74,8%
In Toscana sono	16.739, di cui 13.335 " " il 79,6%
Nel Lazio sono	18.175, di cui 12.139 " " il 67,0%

E' evidente quindi la carenza di RSA nel Lazio, ad esempio rispetto al Veneto che nel 2005 contava il 19,2% di persone di 65 anni e oltre e il Lazio ne riportava il 19,1%.

RSA, in primo luogo attraverso la ridefinizione del ruolo che esse debbono effettivamente ricoprire. Se da un lato, infatti, deve essere fatta salva, a garanzia di chi non può usufruire di valide alternative, la possibilità di un'ospitalità a tempo indeterminato, dall'altro dovrebbe essere assolutamente privilegiata la finalità di effettivo luogo di assistenza intermedia soprattutto per le funzioni R2, R2D e R3.



Ciò comporterebbe la previsione di interventi assistenziali a tempo effettivamente determinato (max 60-180 giorni), finalizzati al recupero o almeno alla stabilizzazione delle condizioni clinico/funzionali degli ospiti, favorendo, laddove possibile, il ricentro degli stessi al proprio domicilio o, in alternativa, in strutture protette ubicate nel territorio di residenza che abbiano la caratteristica di residenze di tipo sociale di dimensioni familiari (max 10-12 persone) o di condomini protetti.

Una tale rimodulazione consentirebbe di realizzare nelle RSA un turn-over attualmente impossibile, offrirebbe l'opportunità di attivare la funzione di ricoveri di sollievo (*respite care*), riducendo i tempi d'attesa per il ricovero e aumentando la qualità della vita degli ospiti e dei loro familiari.

Hospice

Si intende, per Hospice, una struttura residenziale di ricovero e cura per persone che necessitano, nella fase terminale della loro vita, di assistenza palliativa (soprattutto ammalati di tumore, ma non solo), che sia confortevole e rispettosa delle esigenze degli ammalati e dei loro familiari. L'Hospice costituisce un'alternativa all'assistenza domiciliare allorché questa soluzione non sia praticabile.

Obiettivi

1. promuovere un approccio olistico fondato sulla valutazione multidisciplinare, la pianificazione personalizzata dell'assistenza, la promozione e lo sviluppo di una cultura positiva delle fasi terminali della vita, garantendo la dignità della persona anche in questo specifico e doloroso frangente.
2. È necessario inoltre favorire una ricomposizione organizzativa delle funzioni ospedaliere, territoriali e residenziali a garanzia della specificità e continuità assistenziale del paziente terminale.
3. Ciascuna ASL dovrà verificare l'effettivo fabbisogno di posti residenza in Hospice e valutarne la più opportuna distribuzione territoriale (favorendo la migliore accessibilità e contiguità all'ambiente di vita), attraverso l'analisi dei dati epidemiologici disponibili.
4. La valutazione del fabbisogno assistenziale per i malati terminali accolti in strutture residenziali di tipo Hospice è inoltre strettamente connessa al livello di offerta assistenziale perseguibile a domicilio, e in questo specifico settore è opportuno verificare la congruità di quanto recentemente previsto dal Decreto Commissariale n. 22 del 24 marzo 2009, che riconosce la possibilità di assistere fino a 4 pazienti a domicilio per ogni posto residenziale autorizzato/accreditato.

PROGETTO ATTUATIVO DEL PSN 2006-2008
AREA: "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE"
RICHIESTA COFINANZIAMENTO MINISTERO DELLA SALUTE
ANNO 2009

REGIONE PROPONENTE

Regione Lazio

LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA (DM 14.10.2009)

Linea progettuale 1): sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute.

TITOLO DEL PROGETTO

Sperimentazione modello assistenziale Casa della Salute (CDS) - Presidio Ambulatoriale Distrettuale per l'assistenza territoriale integrata "1° Distretto ASL ROMA B".

DURATA DEL PROGETTO

Triennale

REFERENTE REGIONALE DEL PROGETTO

Nominativo: Dr. Valentino Mantini

Struttura di appartenenza: Regione Lazio - Direzione Politiche della Prevenzione e dell'assistenza sanitaria territoriale

Funzione: Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria

REFERENTE AZIENDALE DEL PROGETTO

Nominativo: Fiorella Basta

Struttura di appartenenza: Azienda Usl Roma B

Funzione: Direttore del 1° Distretto

Sede operativa - Presidio Ambulatoriale Distrettuale - Via del Frantoio

Indirizzo e-mail: fiorella.basta@aslromab.it

Nominativo: Rori Tiberi

Funzione: Responsabile dei Presidi Territoriali

Struttura di appartenenza: Azienda Usl Roma B

Costo complessivo del progetto:	euro 1.819.040,00
Cofinanziamento ministeriale	euro 1.273.328,00
Finanziamento regionale	euro 545.712,00





PROGETTO ATTUATIVO DEL PSN 2006-2008
AREA: "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE"
RICHIESTA COFINANZIAMENTO MINISTERO DELLA SALUTE
ANNO 2009

REGIONE PROPONENTE

Regione Lazio

LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA (DM 14.10.2009)

Linea progettuale 1): sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute.

TITOLO DEL PROGETTO

Sperimentazione modello assistenziale Casa della Salute - Presidio Ambulatoriale Distrettuale Centocelle.

DURATA DEL PROGETTO

Triennale

REFERENTE REGIONALE DEL PROGETTO

Nominativo: Dr. Valentino Mantini

Struttura di appartenenza: Regione Lazio - Direzione Politiche della Prevenzione e dell'assistenza sanitaria territoriale

Funzione: Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria

REFERENTE AZIENDALE DEL PROGETTO

Nominativo: Claudio Ippoliti

Struttura di appartenenza: Azienda Usl Roma B

Funzione: Direttore del II° Distretto

Sede: Piazza dei Mirti, 45 -00172 Roma

N. Tel. 06/41435854 N.fax 2306619

Costo complessivo del progetto:

euro 1.684.080,00

Cofinanziamento ministeriale

euro 1.178.856,00

Finanziamento regionale

euro 505.224,00





PROGETTO ATTUATIVO DEL PSN 2006-2008
AREA: "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE"
RICHIESTA COFINANZIAMENTO MINISTERO DELLA SALUTE
ANNO 2009

REGIONE PROPONENTE

Regione Lazio

LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA (DM 14.10.2009)

Linea progettuale I): sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute.

TITOLO DEL PROGETTO

Presidio Ambulatoriale Distrettuale per Assistenza territoriale integrata "Villaggio Prenestino" - Continuità assistenziale a carattere continuativo 24 ore/giorno.

DURATA DEL PROGETTO

Triennale

REFERENTE REGIONALE DEL PROGETTO

Nominativo: Dr. Valentino Mantini

Struttura di appartenenza: Regione Lazio - Direzione Politiche della Prevenzione e dell'assistenza sanitaria territoriale

Funzione: Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria

REFERENTE AZIENDALE DEL PROGETTO

Nominativo: Maria Cedrola

Struttura di appartenenza: Azienda Usl Roma B

Funzione: Direttore del III° Distretto

Sede: Via Tenuta di Torrenova, 138

N. Tel. 06/41434768

Nominativo: Giancarlo Tesone

Struttura di appartenenza: Azienda Usl Roma B

Funzione: Responsabile dei Presidi Territoriali

Sede: Via Tenuta di Torrenova, 138

N. Tel. 06/41434768

Costo complessivo del progetto:

euro 1.715.440,00

Cofinanziamento ministeriale

euro 1.200.808,00

Finanziamento regionale

euro 514.632,00



PROGETTO ATTUATIVO DEL PSN 2006-2008
AREA: "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE"
RICHIESTA COFINANZIAMENTO MINISTERO DELLA SALUTE
ANNO 2009

REGIONE PROPONENTE

Regione Lazio

LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA (DM 14.10.2009)

Linea progettuale 1): sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute.

TITOLO DEL PROGETTO

Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute - Assistenza territoriale integrata Presidio Territoriale Distrettuale - Via Antistio .

DURATA DEL PROGETTO

Triennale

REFERENTE REGIONALE DEL PROGETTO

Nominativo: Dr. Valentino Mantini

Struttura di appartenenza: Regione Lazio - Direzione Politiche della Prevenzione e dell'assistenza sanitaria territoriale

Funzione: Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria

REFERENTE AZIENDALE DEL PROGETTO

Nominativo: Fabrizio Ciaralli

Struttura di appartenenza: Azienda Usl Roma B

Funzione: Direttore del IV° Distretto

Costo complessivo del progetto

euro 1.594.229,36

Cofinanziamento ministeriale

euro 1.115.960,55

Finanziamento regionale

euro 478.268,81



PROGETTO ATTUATIVO DEL PSN 2006-2008
AREA: "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE"
RICHIESTA COFINANZIAMENTO MINISTERO DELLA SALUTE
ANNO 2009

REGIONE PROPONENTE

Regione Lazio

LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA (DM 14.10.2009)

Linea progettuale 1): sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute.

TITOLO DEL PROGETTO

Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute - Assistenza territoriale integrata - Progetto Infermieristica Comunitaria ASL ROMA UODC PSAIO.

DURATA DEL PROGETTO

Triennale

REFERENTE REGIONALE DEL PROGETTO

Nominativo: Dr. Valentino Mantini

Struttura di appartenenza: Regione Lazio - Direzione Politiche della Prevenzione e dell'assistenza sanitaria territoriale

Funzione: Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria

REFERENTE AZIENDALE DEL PROGETTO

Nominativo: Antonella Leto

Struttura di appartenenza: Az. Usl Roma B

Funzione: Direttore U.O.C. Professioni Sanitarie Assistenza Infermieristica e Ostetrica

Sede: Via Filippo Meda, 35 - 00157 Roma

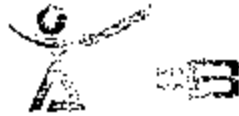
N. fax 06/1433282

Costo complessivo del progetto:	euro	1.755.808,96
Cofinanziamento ministeriale	euro	1.229.066,27
Finanziamento regionale	euro	526.742,69

PROGETTI ALLEGATI



PROGETTO_CASA_S
 ALUTE_ASL_ROMA_B



REGIONE LAZIO

Settore
Via ... 00157 Roma
Tel. ... 493223



Direzione Distrettuale
Prot. n. 3635 del 30/4/10

**"SPERIMENTAZIONE MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE (CDS)"
PRESIDIO AMBULATORIALE DISTRETTUALE PER ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA
"1° DISTRETTO ASL ROMA B"
PROGETTO SPERIMENTALE A CARATTERE CONTINUATIVO
DURATA 3 ANNI**



RESPONSABILE DEL PROGETTO E REFERENTE MEDICO

Responsabile del progetto è il Direttore del 1° Distretto, Dr. Fiorella Basta, che individuerà nella figura del Responsabile dei Presidi Territoriali, dott. Rori Tiberi, il deputato al mantenimento di collegamenti operativi tra il presidio distrettuale ed i MMG interessati.

E' comunque prevista l'individuazione di un operatore per ogni categoria professionale attiva nel distretto per i percorsi assistenziali coinvolgenti anche altre figure professionali.

Il responsabile del progetto ed il referente dei MMG provvederanno ad organizzare riunioni periodiche (almeno trimestrali) con tutto il personale interessato per il monitoraggio delle attività e per ricercare soluzioni ad eventuali problematiche rilevate in fase di operatività.

Delle riunioni è redatto verbale che è trasmesso ai referenti delle organizzazioni sindacali che hanno espresso assenso al presente accordo.

Sede operativa centrale del Presidio Ambulatoriale Distrettuale sarà il presidio di Via del Francio.

Costituiscono punti operativi comunque collegati al progetto i diversi ambulatori dei MMC: la centrale del 118, l'Ospedale Pertini e il PUA del 1° Distretto Via del Peperino.





RISORSE DI GESTIONE E DI INVESTIMENTO PER LA REALIZZAZIONE PROGETTUALE (2011-2012-2013)

COSTI DI GESTIONE

Anno 2011

VOCI DI SPESA	NOTE	IMPORTO
Presenza dei MMG presso sede CDS	12 h al giorno, 7 gg. Settimana a 50€ orari	218.400,00
1 turno aggiuntivo di Medico di Continuità Assistenziale	12 h al giorno, 7gg. a settimana a 35€ orari	152.880,00
Riunioni periodiche	150 € a medico per 6 riunioni per 16 medici + 3 MCA (quantificati a parte)	13.500,00
Compenso coordinatore MMG	Maggior onere per attività d'avvio	6.000,00
Attività formative d'avvio (regolazione e incentivazione MCA)		15.000,00
Personale infermieristico	2 unità 12 ore gg x 7 gg	70.000,00
Personale amministrativo	2 unità 12 ore gg x 7 gg	94.000,00
Totale		538.780,00

Anno 2012

VOCI DI SPESA	NOTE	IMPORTO
Presenza dei MMG presso sede CDS	12 h al giorno, 7 gg. Settimana a 50€ orari	218.400,00
1 turno aggiuntivo di Medico di Continuità Assistenziale	12 h al giorno, 7gg. a settimana a 35€ orari	152.880,00
Riunioni periodiche	150 € a medico per 8 riunioni annue per 16 medici + 3 MCA (quantificati a parte)	18.000,00
Compenso coordinatore		6.000,00
Personale infermieristico	2 unità 12 ore gg x 7 gg	70.000,00
Personale amministrativo	2 unità 12 ore gg x 7 gg	64.000,00
Totale		534.280,00

Anno 2013

VOCI DI SPESA	NOTE	IMPORTO
Presenza dei MMG presso sede CDS	12 h al giorno, 7 gg. Settimana a 50€ orari	218.400,00
1 turno aggiuntivo di Medico di Continuità Assistenziale	12 h al giorno, 7gg. a settimana a 35€ orari	152.880,00
Riunioni periodiche	150 € a medico per 8 riunioni annue per 16 medici + 3 MCA (quantificati a parte)	18.000,00
Compenso coordinatore		6.000,00
Personale infermieristico	2 unità 12 ore gg x 7 gg	70.000,00
Personale amministrativo	2 unità 12 ore gg x 7 gg	64.000,00
Totale		534.280,00

COSTI DI ATTIVAZIONE (RISTRUTTURAZIONE ARREDI E ATTREZZATURE)

VOCI DI SPESA	NOTE	IMPORTO
Arredi sanitari		2.000,00
Elettrocardiografo con monitor		2.700,00
Topper pressione		5.000,00
Sorimetri		5.000,00
Oftalmoscopio		500,00
Oscoscopio		500,00
Analizzatore di monossido di carbonio		1.500,00
Attrezzatura piccola chirurgia		1.500,00
Materiale sanitario vario		3.000,00
ECCOGRAFO		150.000,00
Tp Server	Macchina con doppio hard disk etc.	2.500,00
Completamento dotazioni informatiche	STRUTTURE	5.000,00
Completamento cabloggio Distretto - HOS		15.000,00
Adeguamento locali per DCP		15.000,00
Cardelionistica		2.500,00
Totale		211.700,00

COSTO COMPLESSIVO PROGETTO

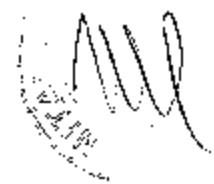
COSTI DI GESTIONE 3 ANNI	1607.734,00
COSTI D'IMPIANTI	211.700,00
TOTALE	1818.434,00

E' DA PREVEDERE L'ESTENSIONE DEI SEGUENTI SERVIZI APPALTI

- Lavandio
- Pulizie
- Vigilanza h 24
- Ambulanze per trasporti
- Trasporto sangue

Con la sperimentazione del progetto si prevede il miglioramento complessivo dell'assistenza per i cittadini del territorio coinvolto.

Inoltre a partire dalle risorse presenti sul territorio (MMG, punti di emergenza territoriale, MCA, attività distrettuali) si prevede l'implementazione dei servizi che favoriscono, in un sistema rete, l'ottimizzazione delle risorse e garanzia dell'appropriatezza offerta così da conseguire una ricaduta economica in relazione ad una riduzione complessiva dei ricoveri ospedalieri e delle fughe e ad un accesso al pronto soccorso per effettive necessità nonché ad un ricorso agli ambulatori specialistici per gli approfondimenti clinici e diagnostici.





La condivisione delle informazioni sanitarie, le verifiche periodiche tra gli operatori e l'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici dovranno inoltre favorire la continuità e l'unitarietà degli interventi a favore degli utenti ed evitare prestazioni inappropriate e/o ripetute.

SPAZI E AMBIENTI

- Stanza per ambulatorio medico
- Sala attesa
- Stanza per E.Nurse station mediche/ria

OBIETTIVI

La finalità principale sta nel creare un servizio territoriale attivo 12 ore su 24, nei giorni feriali, che possa costituire un punto di riferimento sanitario di base per i cittadini.

Il servizio, ben riconoscibile dai cittadini quale punto di riferimento primario, fornirà prestazioni di primo livello a carattere socio-sanitario, in modo tempestivo e coordinato, con la collaborazione delle varie figure professionali che operano a livello distrettuale.

Sono obiettivi strettamente correlati:

1. la riduzione di accessi impropri al pronto soccorso, di ricoveri ospedalieri (DRG's medici - condizioni non acute) e di richieste di intervento al 118 per condizioni non qualificabili come emergenze;
2. la promozione di iniziative di prevenzione per patologie ad alta rilevanza sociale (anche con ambulatori dedicati) e di percorsi assistenziali condivisi (con appropriato utilizzo della specialistica ambulatoriale distrettuale);
3. l'adozione di linee guida terapeutiche comuni redatte in base a prove di efficacia (EBM);
4. il consolidamento e lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (ADI); e accesso alla UVM previa elaborazione del contact assessment
5. lo snellimento delle procedure burocratiche in favore degli assistiti;

6. COLLABORAZIONE CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO DEL TERRITORIO

CONTESTO

L'Azienda USL Rm B in accordo con i M.m.g. hanno programmato il presente progetto per la realizzazione di un Presidio Ambulatoriale Distrettuale, da attivare nell'ambito territoriale predefinito del Primo Distretto, nella Zona Est di Roma.

Il progetto individua per il territorio soluzioni innovative, organizzative e gestionali, in forma integrata e coordinata dell'assistenza sanitaria (e sociale) di primo livello, che concretizzino per il territorio interessato una valida alternativa a prestazioni assistenziali ricercate oggi impropriamente nei servizi ospedalieri.



Sono peculiarità del progetto.

- L'utilizzo di un presidio distrettuale come sede centrale della CDS come Unità di Cure Primarie.
- La localizzazione in una sede dove è già localizzata la Continuità Assistenziale.
- L'ampiezza della cittadinanza interessata (circa 25.000 cittadini).

La sperimentazione mira a superare i problemi di coordinamento e a costruire un sistema di comunicazione realmente efficace tra tutti gli operatori coinvolti nelle cure primarie, così da rispondere con continuità alle richieste di assistenza e realizzare una effettiva presa in carico degli assistiti da parte dei medici e pediatri di libera scelta e da parte dei medici della continuità assistenziale.

Il coordinamento degli interventi è favorito da una collocazione dei medici di base, dei servizi di continuità assistenziale e della specialistica ambulatoriale all'interno di un presidio a diretta gestione dell'ASL che diviene vero centro di erogazione di servizi socio-sanitari integrati tra loro.

Il progetto consente, infatti, di offrire all'immaginario collettivo una forte struttura di riferimento territoriale alternativa all'ospedale. In tal senso si tende anche ad orientare diversamente la domanda di prestazioni e a ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso ed il ricorso al ricovero ospedaliero in funzione del cambiamento di abitudini invalse nel tempo negli stessi assistiti.

SOGGETTI COINVOLTI

I soggetti interessati dal progetto sono:

- N. Medici di Medicina Generale (MMG).
- N. Medici della Continuità Assistenziale (MCA), attuali titolari nel territorio di riferimento.
- Dipartimento Emergenza Urgenza (118)
- Operatori sanitari del presidio distrettuale (infermieri distrettuali)
- Associazioni di Volontariato del territorio.

I pediatri di libera scelta interessati all'area territoriale, anch'essi centrali in una logica di integrazione delle prestazioni territoriali, saranno coinvolti nel progetto.





1. **METODOLOGIA**

INTEGRAZIONE MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Per realizzare il progetto si dovrà raccogliere l'adesione dei MMG operanti nel territorio del I° Distretto, che adotteranno da subito la formula tipo UCP semplice per ottenere una rete di ambulatori coordinati tra loro e tali da garantire la più ampia apertura possibile nelle 12 ore diurne e l'integrazione con il MMG presente nella sede della CDS.

A questo scopo tutti i MMG e Pls del territorio interessato si impegnano ad organizzarsi nelle forme associative previste dall'ultima delibera della Regione Lazio.

Per consentire la presenza medica complessiva di 12 ore al giorno - 7 giorni alla settimana, i medici di base garantiranno la presenza nella sede operativa della CDS di almeno uno dei MMG aderenti al progetto,

La prestazione ambulatoriale dei MMG presso l'CDS è assolutamente aggiuntiva rispetto al proprio orario di ambulatorio della UCP di appartenenza, pertanto non risulta in alcun modo ridotto in funzione della sperimentazione.

Il MMG presente nella sede della CDS in particolare:

- effettua visite ambulatoriali e prestazioni di primo soccorso;
- invia il paziente allo specialista di riferimento e alle indagini strumentali da effettuare secondo il protocollo concordato
- attiva telefonicamente il 118 per le emergenze;
- sopperisce a difficoltà burocratiche incontrate dagli assistiti
- provvede nei casi previsti all'erogazione dei farmaci nel canale diretto.

Ogni MMG aderente al progetto si impegna a:

- aggiornare, con continuità le schede cliniche domiciliari dei pazienti in ADI e in ADP;
- dotarsi di un archivio pazienti informatizzato
- rendere facilmente reperibili le notizie anamnestiche per soggetti con patologie croniche rilevanti;

I MMG sono tenuti a essere reperibili telefonicamente, durante il loro orario di lavoro:

- presso l'CDS ad un numero telefonico dedicato,

Il MMG si impegna a comunicare direttamente i casi critici al MCA situata nella stessa sede secondo protocolli operativi da definire di comune accordo.

PERSONALE DI SUPPORTO

Un'unità di personale infermieristico del distretto sarà assegnata in maniera prioritaria





alle attività della CDS nelle dodici ore diurne, compreso la mattina dei giorni prefestivi.

In base all'effettivo andamento dei servizi, si prevede un'estensione anche ai giorni festivi, utilizzando allo scopo gli strumenti di incentivazione vigenti.

Il personale infermieristico con compito di case manager garantirà :

- ✓ accoglienza utenti ed informazione da una "postazione visibile"
- ✓ effettuazione di tutte le prestazioni di tipo infermieristico per i pazienti ambulatoriali
- ✓ attuazione percorso clinico assistenziale
- ✓ comunicazione giornaliera tra MMG e MCA
- ✓ collegamento tra attività CDSI e attività distrettuale in senso stretto

Per le esigenze amministrative e di segreteria della CDS si farà riferimento al personale amministrativo distrettuale.

Sarà comunque rivalutata in fase operativa la necessità di avvalersi di un collaboratore di studio.

ALTRE COLLABORAZIONI

- Associazioni di volontariato dell'V° Municipio
- CAD
- Assistente sociale del distretto

Prestazioni che saranno erogabili presso la sede CDS

- Consulenza medica telefonica
- Contatto con il MMG del paziente se reperibile in studio in caso di richiesta di prestazione particolari, se reperibile in studio allo scopo di avere un quadro anamnestico
- Attivazione del 118 in caso di emergenza, inclusa la possibilità di trasporto verso l'Ospedale di riferimento su richiesta del MMG secondo protocolli da definire
- Effettuazione di visite specialistiche ambulatoriali attraverso un canale preferenziale, con la partecipazione degli specialisti presenti nel poliambulatorio distrettuale più vicino (Cardiologo – Ortopedico – Chirurgo – Oculista – Pneumologo – Gastroenterologo – Endocrinologo – Neurologo – Otorino – Ginecologia)
- Esecuzione di prestazioni diagnostiche per immagini (Ecocolordoppler – Ecografie - Radiologia tradizionale)
- Chiamata attiva di controllo e verifica per casi problematici segnalati
- Effettuazione di prestazioni di primo soccorso, rappresentati da patologia minore ma di allarme ritenute urgenti soggettivamente, se ne possono indicare alcuni esempi:
 - Reazioni allergiche
 - Manifestazioni dermatologiche comprese punture di insetto





- Crisi di panico
 - Sindrome vertiginosa
 - Crisi ipertensiva
 - Cardiopalmo
 - "Occhio rosso"
 - Traumatismi minori in pazienti deambulanti
 - Ferite superficiali
 - Certificazioni, referti
 - Patologia spontanea osteoarticolare
 - Sintomatologia urinaria
 - Febbre
 - Odontalgia
 - Coliche addominali
- Effettuazione di Fleboclisi
- Vaccinazioni
- Inserimento o cambio di Cateteri uretrali
- Possibilità di trattenere pazienti in osservazione o in terapia infusionale per alcune ore

8. MISURATORI DI EFFICACIA

1. Riduzione del numero di accessi impropri (codici bianchi) al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento della Casa della Salute .

INDICATORI ALLEGATI

Ogni indicatore sarà calcolato ponendo in rapporto i dati dell'anno successivo all'entrata in vigore del progetto rispetto a quelli registrati nell'anno precedente.

I dati saranno forniti dalla UO Controllo di Gestione dell'Azienda ASL RmB.

Dopo un anno di operatività del progetto è altresì prevista la somministrazione agli utenti di un questionario di valutazione della qualità percepita del servizio.



TERRITORIO E LE SUE CARATTERISTICHE

TERRITORIO	MMG	PLS	POPOLAZIONE
Distretto 1 V° Municipio	162	31	179.635

Al 31/12/2007

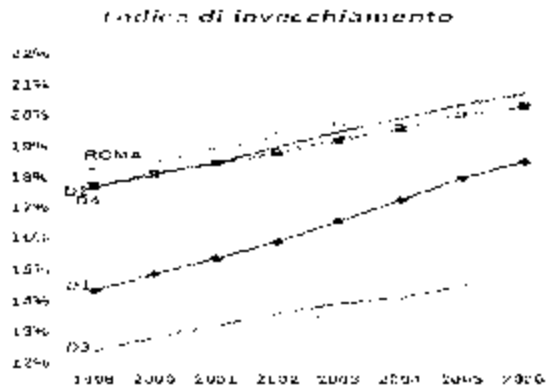
POPOLAZIONE	< 14	15 - 65	> 65
FEMMINILE	11.163	62.682	19.597
MASCHILE	12.854	61.804	14.550

Indicatori socio-demografici della Azienda USL RM/B per zona Urbana							
Zona Urbana V° Municipio	Superficie Km	popolazione	Densità abit/Km	indice di vecchiaia	Indice dipendenza	Tasso attività	Tasso disoccupaz.
V°	4.915,2 (ha)	179.635	36,5 (ha)	148,3	46,7	45,6	21,7

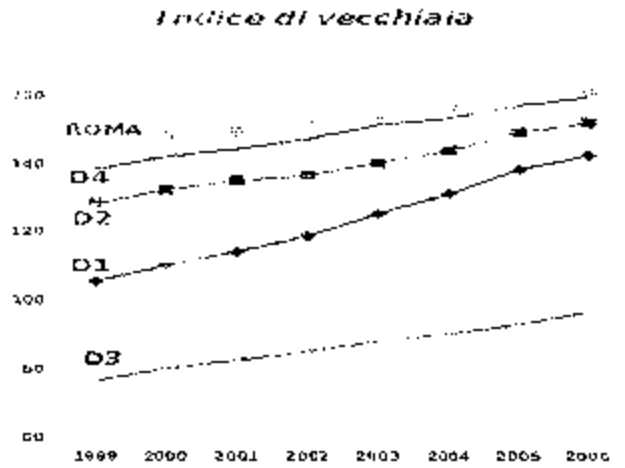


Grafici

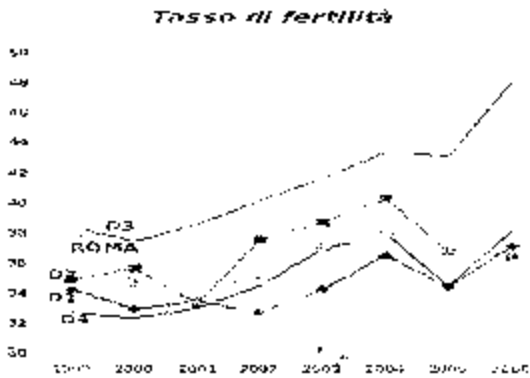
TASSO DI INVECCHIAMENTO



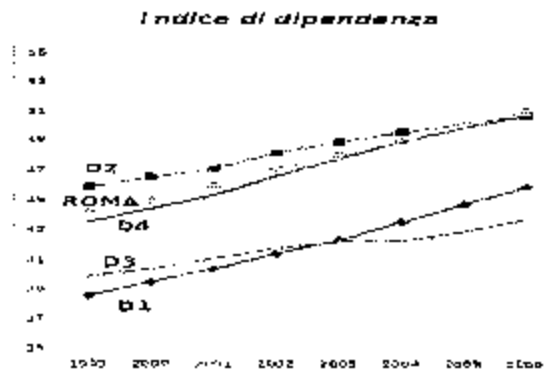
TASSO DI VECCHIAIA



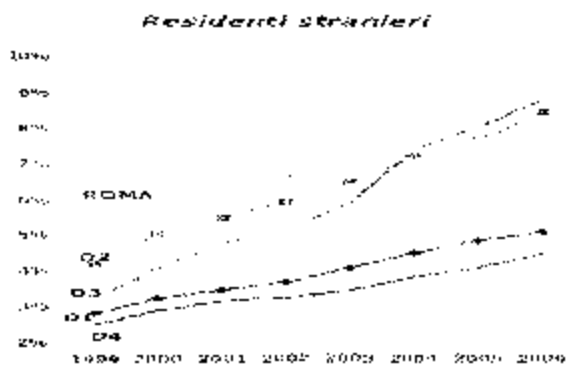
TASSO DI FERTILITA'



TASSO DI DIPENDENZA



RESIDENTI STRANIERI





SINTESI CONTENUTI

SCHEDE DI SPERIMENTAZIONE DI CASA DELLA SALUTE 1° DISTRETTO VIA DEL FRANTOIO ASL RM/B	
REGIONE	LAZIO
SEDE	1° DISTRETTO ASL RM/B
REFERENTE AZIENDALE	DIRETTORE 1° DISTRETTO e/o Resp.le PRESIDI TERRITORIALI 1° d.
CARATTERISTICHE GENERALI DEL PROGETTO (Struttura architettonica, regolamento, organi di gestione, rapporti con gli altri presidi etc)	Si tratta della prima sperimentazione, di UMG (Unità di medicina Generale) nel contesto di un gruppo di Medici che costituiscono una UCP o una Medicina in associazione sede del 1° Distretto dove è anche presente la Continuità Assistenziale. Ovviamente la struttura della CDS risulta staccata ed è indipendente come ingresso e quanto altro dal resto dell'ambulatorio, però la funzione di polo di aggregazione e di riferimento per i cittadini. I MMG e PLS che parteciperanno aderiranno ai progetti assistenziali dell'Azienda. La CDS è funzionalmente collegata con gli altri Presidi ambulatoriali della stessa ASL e del 1° Distretto.
- Numero di Medici medicina generale nella struttura - Medici di continuità assistenziale	I MMG che saranno presenti nella struttura saranno quelli della UCP di riferimento che aderirà al progetto I Medici di Continuità Assistenziale avranno la loro sede presso la struttura di Via del Frantoio
- Attività specialistica	Le prestazioni specialistiche verranno assicurate con un canale preferenziale dal Presidio ambulatoriale più vicino al CDS I Specialisti appartenenti alle seguenti branche : cardiologo, ginecologo, oculista, ortopedico, odontoiatra, E' previsto un servizio di ecografia internistica svolto da MMG. E' prevista l'attivazione delle professionalità presenti all'interno dei MMG che parteciperanno a progetto per rendere più efficace l'azione di filtro per l'invio alle prestazioni specialistiche.
- Punto unico di accesso, segretariato sociale e integrazione socio-sanitaria	La reception della Casa della Salute sarà collegata funzionalmente e con un software condiviso con il Punto Unico Aziendale. Il segretariato sociale è garantito dalla presenza di 1 Assistente Sociale presente nel PUA
- Ambulatorio infermieristico o/o piccole urgenze Ore 8/20	La turnazione di infermieri renderà possibile l'apertura per 12 ore su 7 giorni per piccole ferite e codici bianchi. La continuità assistenziale medica insieme alla reperibilità infermieristica coprirà i festivi, prefestivi e le notti.
- Laboratorio analisi	Già per la fase di inizio è prevista l'esecuzione di prelievi ematochimici e tale attività dovrà essere organizzata con il Distretto
- Ospedale	E' previsto il collegamento con l'Ospedale S. Pertini



PERIODO PROGETTO	2011 - 2012 - 2013
OGGETTIVI	<ul style="list-style-type: none">• Riduzione ricorso in Ospedale dei codici bianchi• Attivazione rete assistenziale territoriale• Appropriately equità e accessibilità
ACCORDI DECENTRATI CONTRATTUALI	<ul style="list-style-type: none">• Definizione di accordi con i medici di continuità assistenziali per il coinvolgimento del progetto• Definizione di accordi con gli specialisti SUMAI (adeguamento agende per prestazioni aggiuntive)



DESCRIZIONE INDICATORE	
DE NOMINA, TONE	INCIDENZA DEGLI ACCESSI AL P.S. CON CODICE BIANCO
DEFINIZIONE	Numero di accessi al P.S. da residenti classificati con codice bianco per 1.000 residenti
CLASSIFICAZIONE INDICATORE	
AREA	Messina base
DIMENSIONE	Strutturale
CASCIA	Prima
LIVELLO	Distrettuale - ASL
CALCOLO INDICATORE	
FORMULA	$\frac{\text{Totale accessi al P.S. con codice bianco dei residenti nell'anno}}{\text{Totale residenti}} \times 1.000$
DESCRIZIONE ELEMENTI	<p><i>Numeratore</i> Totale accessi con codice bianco in tutti i P.S. regionali dei residenti nell'anno <i>Fonte</i> Sistema Informativo Emergenza Sanitaria</p> <p><i>Denominatore</i> popolazione residente <i>Fonte</i> Anagrafe comunale</p>
SIGNIFICATO INDICATORE	
<i>Riferimento territoriale</i>	Valore regionale standard



DESCRIZIONE INDICATORE	
DEGNOMINAZIONE	TASSO DI RICOVERI PREVENIBILI PER CAUSE SPECIFICHE
DEFINIZIONE	Tasso di ricoveri prevenibili per cause specifiche - asma, diabete e scompenso cardiaco
CLASSIFICAZIONE INDICATORE	
AREA	Medicina base
DIMENSIONE	Risultato
FASCIA	Prima
LIVELLO	Distrettuale ed ASL
NOME COLO INDICATORE	
FORMULA	$\frac{\text{Numero di ricoveri dei residenti per le cause indicate nell'anno}}{\text{popolazione residente}} \times 1.000$ separatamente per asma, diabete e scompenso cardiaco
DESCRIZIONE ELEMENTI	<p><i>Numeratore</i> numero dei ricoveri dei residenti durante l'anno in tutte le strutture regionali per le cause indicate <i>Fonte</i> Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)</p> <p><i>Denominatore</i> popolazione residente <i>Fonte</i> Anagrafe comunale</p>
SIGNIFICATO INDICATORE	
<i>Riferimento territoriale</i>	Valore regionale - Indicatore LEA standard
NOTE	Codici SID (Diagnosi principale): Asma: 493.xxx Diabete mellito: 250.xxx Scompenso cardiaco: 428.xxx



DESCRIZIONE INDICATORE	
DENOMINAZIONE	OFFERTA AMBULATORI INFERMIERISTICI DISTRETTUALI
DEFINIZIONE	Numero di ore settimanali di apertura ambulatori infermieristici per 1.000 residenti
CLASSIFICAZIONE INDICATORE	
AREA	Specialistica
DIMENSIONE	Struttura
FASCIA	Seconda
UNIVOCO	Distrettuale e ASL
CALCOLO INDICATORE	
FORMULA	$(\text{Numero ore settimanali apertura} / \text{popolazione residente}) \times 1.000$
DESCRIZIONE ELEMENTI	
<i>Numeratore</i>	Numero ore settimanali di apertura degli ambulatori infermieristici distrettuali al termine dell'anno
<i>Fonte</i>	Servizio Assistenza Infermieristica
<i>Denominatore</i>	Popolazione residente
<i>Fonte</i>	Anagrafe comunale
SIGNIFICATO INDICATORE	
<i>Riferimento territoriale</i>	Valore medio aziendale
<i>Standard</i>	



DESCRIZIONE INDICATORE	
DENOMINAZIONE	OFFERTA ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISTRETTUALE
DEFINIZIONE	N. ore settimanali attivate per l'assistenza specialistica ambulatoriale per 1.000 residenti. Complessivo e per alcune branche specialistiche
	CLASSIFICAZIONE INDICATORE
AREA	Specialistica
DIMENSIONE	Struttura
FASCIA	Prima
LIVELLO	Distrettuale e ASL
	CALCOLO INDICATORE
FORMULA	(Ore settimanali attivate per assistenza specialistica / popolazione residente) x 1.000 Totali e separatamente per le branche di cardiologia, ortopedia, oculistica
DESCRIZIONE ELEMENTI	<p>ore settimanali attivate nelle strutture pubbliche del distretto per</p> <p>Numeratore: assistenze specialistica ambulatoriale al termine dell'anno, in totale e per cardiologia, ortopedia, oculistica</p> <p>Fonte: Servizio Assistenza Specialistica ambulatoriale distrettuale</p> <p>Denominatore: popolazione residente</p> <p>Fonte: Anagrafe comunale</p> <p>SIGNIFICATO INDICATORE</p> <p>Riferimento territoriale: Valore medio aziendale</p> <p>Standard</p>

Giuseppina
 ↓
 30-4-2010

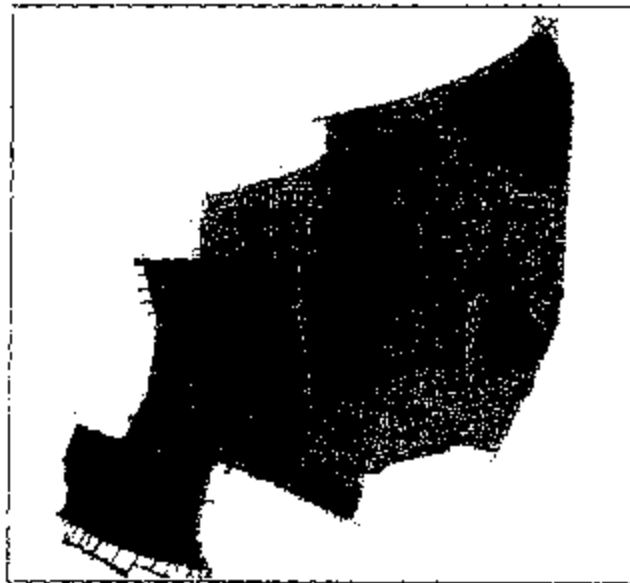




Regione Lazio

II DISTRETTO

Direttore dott. Claudio Ippoliti
P.zza dei Mirti 45 - 00172 Roma
Tel. 06/41435854 tel-fax 2306619



II DISTRETTO VII MUNICIPIO

SPERIMENTAZIONE MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE



Progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale e Linee Guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e alla Province Autonome di Trento e Bolzano - anno 2009 "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute". Progetti Sperimentali di cui alle linee Guida Punto2 " Livello Territoriale". Punto B Assistenza Territoriale Integrata

Presidio Ambulatoriale Distrettuale

Punto di assistenza di riferimento per il cittadino che deve identificare un luogo fisico dove trovare una risposta assistenziale **medica ed infermieristica** (prestazioni di cui alle competenze dei MMG e PLS)continuativa h 24 in aree distanti dai riferimenti ospedalieri in zona ad alta densità di popolazione collocata in presidi strategici per collocazione nel territorio municipale.

Accesso diretto.

Possibilità di consulenze in branche di rilevanza assistenziale(cardiologia,ortopedia,bronco pneumologia) programmabili o effettuabili in urgenza(cardiologia) con gli specialisti operanti nel presidio specialistico sede dell'ambulatorio. Sono inoltre garantiti :

Servizi di laboratorio

Servizi di diagnostica per immagini

Farmaceutica,

Accesso alla UVM (per ingresso previa elaborazione del *Contat Assesment*)

Supporto dell'Assistente Sociale

Le Associazioni di volontariato faranno parte integrante del Progetto ,rivolte ai bisogni dei pazienti "soggetti deboli".

Denominazione Presidio ambulatoriale distrettuale Centocelle

La collocazione dell'Ambulatorio è prevista a via Bresadola 56 pianoterra a completamento ed integrazione del costruendo PTP. Rioni di afferenza ,Centocelle distanti dal P.S.Pertini e del Casilino con il maggior bacino di utenza (circa 60.000 abitanti,pari al 50% della popolazione) ampiamente collegati con trasporti di superficie e metro (in costruzione).

Personale coinvolto ad integrazione ed aggiunta all'attuale:

1. Personale medico per 24 h per 365 a giorni contratto continuità assistenziale

2. Unità infermieristiche in numero idoneo per garantire 24 h per 365 giorni (sei almeno)

Collegamento in rete /ospedale /territorio

Servizio trasporto infermi

Titolo e durata

Presidio Ambulatoriale Distrettuale Centocelle.

Progetto della durata di almeno tre anni

Referente aziendale

Responsabile del progetto il Direttore del Distretto che demanda al Responsabile dei Presidi Territoriali il mantenimento ai collegamenti operativi tra Presido e figure professionali coinvolte organizzativi e di vigilanza .

Costo triennale e complessivo del progetto

Medico	h 24/anno	315.360,00 x 3 anni	€ 946.080,00
Infermiere	h 24/anno - 6 unità	216.000,00 x 3 anni	€ 648.000,00
Ambienti	Arredi,attrezzature		€ 90.000,00



Obiettivi del progetto

- Promozione delle attività di prossimità
- Attivazione della rete assistenziale
- Fruibilità ed equità
- Ridurre il ricorso in ospedale dei codici bianchi

Contesto in cui il progetto si colloca

IL TERRITORIO E LE SUE CARATTERISTICHE

Territorio	MMG	PLS	Popolazione
Distretto II VI MUNICIPIO	121	16	121.993
Densità Popolazione			6.400

Caratteristiche demoesociologiche

Popolazione	≤ 14	15-65	> 65
FEMMINILE	7933	40695	14943
MASCHILE	8291	40087	10045

- ELEVATO INDICE DI DIPENDENZA
- ELEVATA RAPPRESENTANZA DI POPOLAZIONE STRANIERA
- ELEVATA DENSITA' ABITATIVA
- DISOMOGENEITA' DI OFFERTA NEL TERRITORIO

OFFERTA SERVIZI

- N.3 Presidi polispecialistici
- N.4 Consultori
- N.2 strutture del DSM
- Centro veterinario
- Sert
- Sede del servizio farmaceutico (I e II Distretto)
- Due Casa di cura accreditata per acuti
- Università Campus Biomedico (in trasferimento)
- Casa Cura Privata Rome American Hospital
- Rsa n. 3
- Radiologia n.4
- Lab Analisi n.8
- FKT n.7
- Med nuc n.2
- Dialisi n.1



- 9 Specialità

Risultati attesi

- Promozione delle attività di prossimità
- Attivazione della rete assistenziale
- Fruibilità ed equità
- Riduzione del ricorso della popolazione del VII Municipio ai codici bianchi in ospedale
- Riduzione liste d'attesa

Indicatori numerici di efficienza ed efficacia in termini di struttura processo risultato

- Incidenza accesso pronto soccorso con codice bianco
- Tasso dei ricovero prevenibili per cause specifiche
- Promozione delle attività di prossimità
- Attivazione della rete assistenziale
- Appropriatezza
- Fruibilità ed equità

Sintesi del contenuto del progetto

Presidio ambulatoriale Distrettuale Centocelle presso la sede di via Bresadoia ,piano terra in continuità o adiacente al costruendo PTP.

Prestazioni contemplate nei nomenclatori della Medicina Primaria e di Continuità assistenziale.

Possibilità di consulenze specialistiche percorsi diagnostici ,di laboratorio o d'immagine .

Apertura h 24 con presenza di medico e infermiere.

COSTI FISSI ANNUALI

SPESE CORRENTI ANNUALI € 531.000,00

TRIENNIO € 1.593.000,00

COSTI PER ATTIVAZIONE

RIESTRUTTURAZIONE COSTI PER ATTIVAZIONI (ARREDI ED ATTREZZATURE AMPLIAMENTO SERVIZI APPALTATI)

€ 90.000,00

Costo totale per un triennio € 1.683.000,00

ANALITICA SPESE ATTREZZATURE,ARREDI,AMBIENTI,PERSONALE

1 SPAZI -AMBIENTI

Stanza per ambulatorio

Stanza per Nurse Station-Medicheria

Sala attesa

2 GLI ARREDI E ATTREZZATURE

Suppellettili/arredamento



- Studi completi per Medico di Continuità Assistenziale, PUA, Nurse Station-Medicheria (due stanze)
- Panche per visitatori (Sedute 4 posti) n.3
- Stazioni PC comprensive di stampanti e collegamento in rete n°2
- Sistema a Tenda scorrevole per salvaguardia Privacy n° 5
- Armadio Conservazione Farmaci con cassaforte n°1
- Armadio sanitario per medicheria (2 ante vetro) n°1
- Armadio per Biancheria pulita n°1
- Carrello medicazioni n° 1
- Carrello per la documentazione assistenziale -cartelle n° 1
- Lettino per visita medica n° 1
- Predellino n° 1
- Aste per infusione (piantane) n°2
- Cestelli porta flebo in plastica n° 10
- Bacinelle reniformi n° 5

Ausili per la mobilizzazione

- Deambulatori n.1
- Carrozine n.1
- Barella con spondine n° 1

Ausili per l'igiene personale

- Carrello portabiancheria sporca e pulita n° 1
- Carrello per cure igieniche n° 1

Attrezzature per la valutazione diagnostica e Terapia

- Carrello urgenze ed emergenze
- Glucosimetri n.2
- Defibrillatore n.1
- Elettrocardiografo n°1
- Pulsiossimitro n°1
- Saturimetro Spirometro n.1 (presente anche nel presidio)
- Sfigmomanometri n° 1
- Fonendoscopi n° 1
- Ecocolordoppler cardiovascolare e internistico
- Lampada scialitica su piantana n° 1
- Pompe per Infusione n.1
- Pallone per rianimazione n° 1
- Bombola ossigeno
- Set Laringoscopio con tre lame n° 1
- Assortimento cannule di Guedel 1 Kit
- Aspiratori portatili 12.5 n°2
- Bilancia Pesapersona n° 1
- Termometri auricolari ° 1
- Termometri digitali n° 4
- Diafanoscopio 36x62 (in alternativa schermo PC con sistema di visione dei radiogrammi)
Sistema *Elephant* già in funzione nel presidio Pertini

E' da prevedere l'estensione dei seguenti Servizi Appaltati:



- Lavanolo
- Pulizie
- Vigilanza h24
- Pasti
- Ambulanze per trasporti
- Trasporto sangue per esami urgenti
- Materassi e cuscini antidecubito

Accordi contrattuali decentrati che interessano le figure mediche fondamentali

1. Definizione di accordi con i Medici di continuità assistenziali per il coinvolgimento
2. Definizione di accordi con gli Specialisti Sumai per il coinvolgimento degli stessi (adeguamento agende per prestazioni aggiuntive di emergenza)

Costo personale

Medico	h 24/anno	315.360,00 x 3 anni	€ 946.080,00
Infermiere	h 24/anno - 6 unità	216.000,00 x 3 anni	€ 648.000,00

Strumenti organizzativi-gestionali

Definizione di un regolamento delle attività e linee guida ,procedure da condividere con le figure interessate: .

- Medici di continuità assistenziale
- Specialisti
- Infermiere ,
- Direttore di Distretto,

COSTI FISSI ANNUALI

SPESE CORRENTI ANNUALI € 531.360,00

TRIENNIO € 1.594.080,00

COSTI PER ATTIVAZIONE

RISTRUTTURAZIONE COSTI PER ATTIVAZIONI (ARREDI ED ATTREZZATURE
AMPLIAMENTO SERVIZI APPALTATI)

€ 90.000,00

Costo totale per un triennio € 1.683.000,00

Il Direttore II° Distretto
(Dot. Claudio Ippoliti)





10202763
Distretto III di Roma
n. 3661 del 30/4/00



REGIONE LAZIO

Azienda USL RM B

Sede legale:
Via Filippo Meda, 35 00157 Roma
Tel. 0641431 - Fax 0641433220

**PRESIDIO AMBULATORIALE DISTRETTUALE PER ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA
"VILLAGGIO PRENESTINO"
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 24 ORE/GIORNO -
PROGETTO SPERIMENTALE A CARATTERE CONTINUATIVO
DURATA DEL PROGETTO ANNI TRE**



RESPONSABILE DEL PROGETTO E REFERENTE MEDICO

Responsabile del progetto è il Direttore del III Distretto, Dr. Maria Cedrola, via Tenuta di Torrenova 138, tel. 0641434768, che individuerà nella figura del Responsabile dei Presidi Territoriali, dott. Giancarlo Tesone, il deputato al mantenimento di collegamenti operativi tra il presidio distrettuale ed i MMG interessati.

E' comunque prevista l'individuazione di un operatore per ogni categoria professionale attiva nel distretto per i percorsi assistenziali coinvolgenti anche altre figure professionali.

Il responsabile del progetto ed il referente dei MMG provvederanno ad organizzare riunioni periodiche (almeno trimestrali) con tutto il personale interessato per il monitoraggio delle

attività e per ricercare soluzioni ad eventuali problematiche rilevate in fase di operatività.

Delle riunioni è redatto verbale che è trasmesso ai referenti delle organizzazioni sindacali che hanno espresso assenso al presente accordo.

Sede operativa centrale del Presidio Ambulatoriale Distrettuale sarà il presidio di "Villaggio Prenestino", sito in via di Torricella Sicura 4.

Costituiscono punti operativi, comunque collegati al progetto, i diversi ambulatori dei MMG, i medici della continuità terapeutica, la centrale del 118 situata nel vicino presidio di via Tommaso Agudio, il punto Unico d'accesso, l'Ospedale Pertini e il Policlinico Casilino.

COSTO ANNUALE E COMPLESSIVO DEL PROGETTO (2011-2013)

Anno 2011

VOCI DI SPESA	NOTE	IMPORTO
Presenza dei MMG presso sede UCP	12 h al giorno, 6 gg. Settimana a 50 € ora	187.200,00
Presenza Medico C.A.	12 h al giorno, 7 gg. Settimana a 35 € ora	152.880,00
Riunioni periodiche	150 € a medico per 6 riunioni per 16 medici + 3 MCA (quantificati a parte)	13.500,00
Compenso coordinatore		5.000,00
Personale infermieristico	12 h 7 gg. Settimana 2 unità	70.000,00
Attività formative d'avvio (realizzazione e incentivazione MCA)		15.000,00
Personale amministrativo	12 h 7 gg. Settimana 2 unità	64.000,00
	Totale	507.580,00

Anno 2012 e 2013

VOCI DI SPESA	NOTE	
Presenza dei MMG presso sede UCP	12 h al giorno, 6 gg. Settimana a 50 € ora	187.200,00
Presenza Medico C.A.	12 h al giorno, 7 gg. Settimana a 35 € ora	152.880,00
Personale infermieristico	12 h 7 gg. Settimana 2 unità	70.000,00



Riunioni periodiche	150 € a medico per 8 riunioni annue per 16 medici + 3 MCA (quantificati a parte)	18.000,00
Compenso coordinatore		6.000,00
Personale amministrativo		64.000,00
Totale		498.080,00

COSTI DI IMPIANTO

VOCI DI SPESA	NOTE	IMPORTO
Arredi diversi		2.000,00
Elettrocardiografo con modem		2.700,00
Holter pressorio		5.000,00
Spirometro		5.000,00
Oftalmoscopio		500,00
Otoscopio		500,00
Analizzatore di monossido di carbonio		1.500,00
Attrezzature piccola chirurgia		1.500,00
Materiale sanitario vario		3.000,00
Ecografo		150.000,00
Pc Server	Macchina con doppio hard disk etc	2.500,00
Completamento dotazioni informatiche		5.000,00
Completamento cablaggio Distretto		15.000,00
Adeguamento locali per UCP		15.000,00
Cartellonistica		2.500,00
Totale		211.700,00
TOTALE PROGETTO		1.715.440,00

Con la sperimentazione del progetto si prevede il miglioramento complessivo dell'assistenza per i cittadini del territorio coinvolto.



Inoltre a partire dalle risorse presenti sul territorio (MMG, punti di emergenza territoriale, MCA, attività distrettuali) si prevede l'implementazione dei servizi che favoriscono, in un sistema rete, l'ottimizzazione delle risorse e garanzia dell'appropriatezza offerta così da conseguire una ricaduta economica in relazione ad una riduzione complessiva dei ricoveri ospedalieri, delle fughe e ad un accesso al pronto soccorso per effettive necessità nonché ad un ricorso agli ambulatori specialistici per gli approfondimenti clinici e diagnostici.

La condivisione delle informazioni sanitarie, le verifiche periodiche tra gli operatori e l'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici dovranno inoltre favorire la continuità e l'unitarietà degli interventi a favore degli utenti ed evitare prestazioni inappropriate e/o ripetute, con un miglioramento anche dei tempi di attesa.

OGGETTIVI

La finalità principale sta nel creare un servizio territoriale attivo 24 ore su 24, che possa costituire un punto di riferimento sanitario di base per i cittadini.

Il servizio, ben riconoscibile dai cittadini quale punto di riferimento primario, fornirà prestazioni di primo livello a carattere socio-sanitario, in modo tempestivo e coordinato, con la collaborazione delle varie figure professionali che operano a livello distrettuale.

Sono obiettivi strettamente correlati:

1. la riduzione di accessi impropri al pronto soccorso, di ricoveri ospedalieri (DRG's medici - condizioni non acute) e di richieste di intervento al 118 per condizioni non qualificabili come emergenze;
2. la promozione di iniziative di prevenzione per patologie ad alta rilevanza sociale (anche con ambulatori dedicati) e di percorsi assistenziali condivisi (con appropriato utilizzo della specialistica ambulatoriale distrettuale);
3. l'adozione di linee guida terapeutiche comuni redatte in base a prove di efficacia (EBM);
4. il consolidamento e lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
5. lo snellimento delle procedure burocratiche in favore degli assistiti.

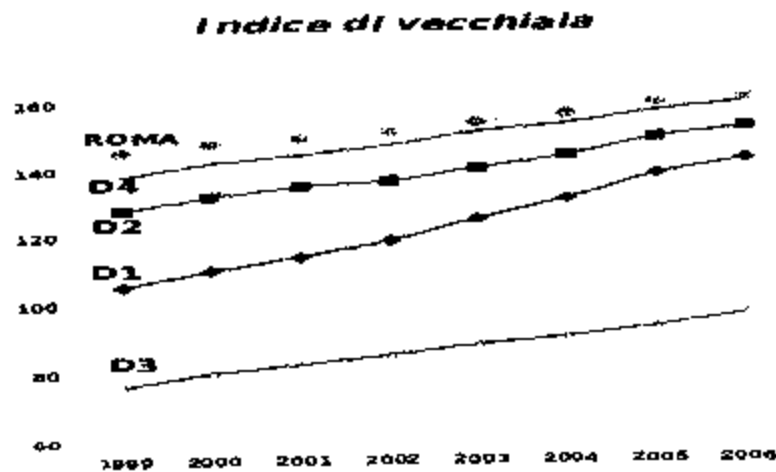
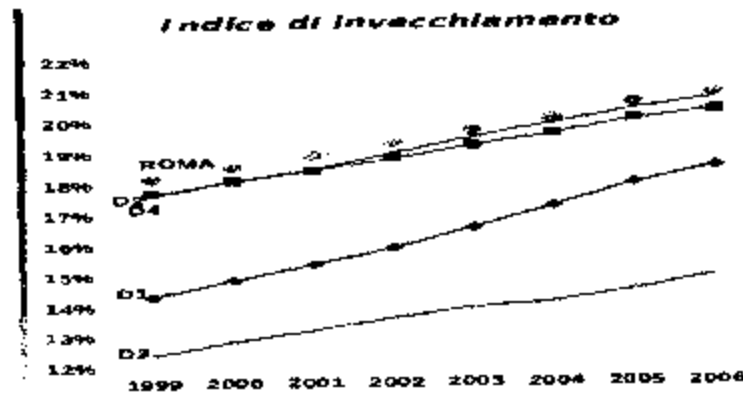


CONTESTO

L'VIII Municipio, che coincide col III Distretto, è il più grande, per superficie, della ASL RMB, inoltre presenta una popolazione di circa 200.000 persone. L'area più "periferica" è interessata da un forte *trend* di crescita demografica dovuta alla creazione di nuovi insediamenti abitativi e dove la popolazione aumenta di varie decine di migliaia di unità all'anno, per i nuovi insediamenti abitativi.

Indice di vecchiaia e di invecchiamento

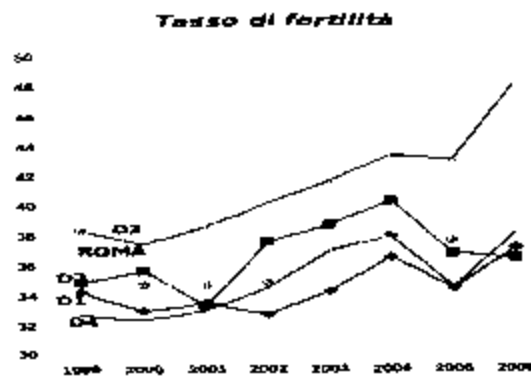
Il Distretto presenta i più bassi indici della ASL, è ciò è dovuto anche ai nuovi insediamenti in atto da qualche anno. Ma il *trend* continuerà anche nei prossimi anni:





Tasso di fertilità

In questo caso il III Distretto presenta il tasso più alto, indice di insediamento di coppie giovani con figli.



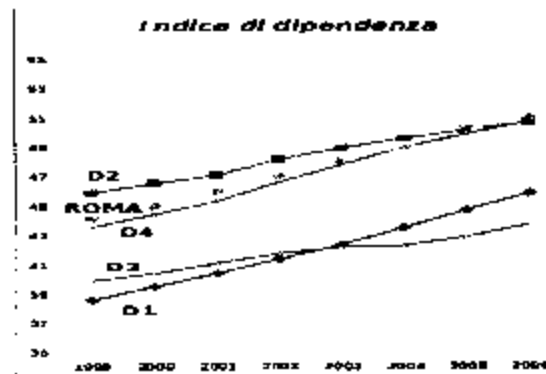
Indice di Dipendenza

Riportiamo qui di seguito il suo significato per esteso:

L'indice di dipendenza viene considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale. Il numeratore è composto dalla popolazione che, a causa dell'età, si ritiene essere non autonoma - cioè dipendente - e il denominatore dalla fascia di popolazione che, essendo in attività, dovrebbe provvedere al suo sostentamento.

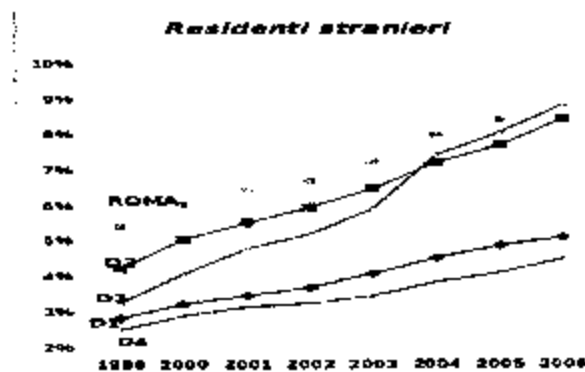
E' un indicatore che risente della struttura economica della popolazione: ad esempio, in società con una importante componente agricola i soggetti molto giovani o anziani non possono essere considerati economicamente o socialmente dipendenti dagli adulti; al contrario, nelle strutture più avanzate, una parte degli individui considerati nell'indice al denominatore sono in realtà dipendenti in quanto studenti o disoccupati.

La figura evidenzia che il III Distretto si colloca ai livelli più bassi:



Residenti stranieri

Un'altra componente da non trascurare, nell'Italia che diventa sempre più *melting pot*, è la presenza degli stranieri. Anche in questo caso il DIII si conferma come il Distretto col tasso più alto di presenza di immigrati stranieri:



Si può senz'altro affermare che il Territorio è già da ora dinamico, giovane ed in forte sviluppo, e quindi una sanità che effettua programmazione di medio-lungo periodo deve far diventare il Territorio il luogo prevalente dove collocare la maggior parte dell'offerta sanitaria.

Il progetto individua per il territorio soluzioni innovative, organizzative e gestionali, in forma integrata e coordinata dell'assistenza sanitaria (e sociale) di primo livello, che concretizzano per il territorio interessato una valida alternativa a prestazioni assistenziali ricercate oggi impropriamente nei servizi ospedalieri.





Sono peculiarità del progetto:

- ✓ L'utilizzo di un presidio distrettuale come sede centrale dell'Unità di Cure Primarie (UCPI).
- ✓ La localizzazione in un'estesa zona sub urbana a bassa densità di popolazione sul territorio più vasto e disagiato della ASLRmb
- ✓ L'ampiezza della cittadinanza interessata (circa 25.000 cittadini).

La sperimentazione mira a superare i problemi di coordinamento e a costruire un sistema di comunicazione realmente efficace tra tutti gli operatori coinvolti nelle cure primarie, così da rispondere con continuità alle richieste di assistenza e realizzare una effettiva presa in carico degli assistiti da parte dei medici e pediatri di libera scelta e da parte dei medici della continuità assistenziale.

Il coordinamento degli interventi è favorito da una collocazione dei medici di base, dei servizi di continuità assistenziale e della specialistica ambulatoriale all'interno di un presidio a diretta gestione dell'ASL che diviene vero centro di erogazione di servizi socio-sanitari integrati tra loro.

Il progetto consente, infatti, di offrire all'immaginario collettivo una forte struttura di riferimento territoriale alternativa all'ospedale. In tal senso si tende anche ad orientare diversamente la domanda di prestazioni e a ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso ed il ricorso al ricovero ospedaliero in funzione del cambiamento di abitudini invalse nel tempo negli stessi assistiti.

SOGGETTI COINVOLTI

I soggetti interessati dal progetto sono:

Medici di Medicina Generale (MMG).

Medici della Continuità Assistenziale (MCA), attuali titolari nel territorio di riferimento.

Dipartimento Emergenza Urgenza (118) della sede limitrofa di Lunghezza.

Operatori sanitari del presidio distrettuale "Villaggio Prenestino".

Associazioni di Volontariato del territorio.

I pediatri di libera scelta interessati all'area territoriale, anch'essi centrali in una logica di integrazione delle prestazioni territoriali, saranno coinvolti nel progetto.





METODOLOGIA

INTEGRAZIONE MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Per realizzare il progetto si dovrà raccogliere l'adesione di tutte le UCP dei MMG operanti nel territorio del III Distretto, in modo da ottenere una rete di ambulatori coordinati tra loro e tali da garantire la più ampia apertura possibile nelle 12 ore diurne e l'integrazione con il MMG presente nella sede della UCPI.

A questo scopo tutti i MMG e Pls del territorio interessato si impegnano ad organizzarsi nelle forme associative previste dall'ultima delibera della Regione Lazio.

Per consentire la presenza medica complessiva di 12 ore al giorno - 6 giorni alla settimana, i medici di base garantiranno la presenza nella sede operativa della UCP di almeno uno dei MMG aderenti al progetto per 12 (dodici) ore diurne dal lunedì al sabato.

La prestazione ambulatoriale del MMG presso l'UCP è assolutamente aggiuntiva rispetto al proprio orario di ambulatorio, che non risulta pertanto in alcun modo ridotto in funzione della sperimentazione dell'UCP.

Il MMG presente nella sede della UCP in particolare:

- effettua visite ambulatoriali e prestazioni di primo soccorso;
- invia il paziente allo specialista di riferimento e alle indagini strumentali da effettuare secondo il protocollo concordato;
- attiva telefonicamente il 118 per le emergenze;
- sopperisce a difficoltà burocratiche incontrate dagli assistiti;
- provvede nei casi previsti all'erogazione dei farmaci nel canale diretto.

Ogni MMG aderente al progetto si impegna a:

- aggiornare con continuità le schede cliniche domiciliari dei pazienti in ADI e in ADP;
- dotarsi di un archivio pazienti informatizzato;
- rendere facilmente reperibili le notizie anamnestiche per soggetti con patologie croniche rilevanti;

I MMG sono tenuti a essere reperibili telefonicamente, durante il loro orario di lavoro:





- presso l'UCP ad un numero telefonico dedicato, che sarà lo stesso del MCA;
- negli studi periferici durante l'orario di apertura;

Il MMG si impegna a comunicare direttamente i casi critici al MCA a mezzo telefono, fax o e-mail, secondo protocolli operativi da definire di comune accordo.

PERSONALE DI SUPPORTO

Un'unità di personale infermieristico del distretto sarà assegnata in maniera prioritaria alle attività della UCP nelle dodici ore diurne, compreso la mattina dei giorni prefestivi.

Il personale infermieristico con compito di case manager garantirà:

- ✓ accoglienza utenti ed informazione da una "postazione visibile"
- ✓ effettuazione di tutte le prestazioni di tipo infermieristico per i pazienti ambulatoriali UCPI
- ✓ attuazione percorso clinico assistenziale
- ✓ comunicazione giornaliera tra MMG e MCA
- ✓ collegamento tra attività UCPI e attività distrettuale in senso stretto

Per le esigenze amministrative e di segreteria dell'UCP si prevede una figura assegnata al progetto.

ALTRE COLLABORAZIONI

- Associazioni di volontariato dell'VIII Municipio
- CAD
- Assistente sociale del distretto
- Punto Unico di accesso

PRESTAZIONI CHE SARANNO EROGABILI PRESSO LA SEDE UCP

- Consulenza medica telefonica



- Attivazione del MMG del paziente in caso di richiesta di prestazione urgente
- Attivazione del 118 in caso di emergenza, inclusa la possibilità di trasporto verso l'UCP su richiesta del MMG secondo protocolli da definire
- Effettuazione di visite specialistiche ambulatoriali attraverso un canale preferenziale, con la partecipazione degli specialisti presenti nella struttura (Cardiologo - Ortopedico - Chirurgo - Oculista - Pneumologo - Gastroenterologo - Endocrinologo - Neurologo - Otorino - Ginecologia)
- Esecuzione di prestazione di diagnostica per immagini (Ecocolordoppler - Ecografie - Radiologia tradizionale)
- Chiamata attiva di controllo e verifica per casi problematici segnalati
- Effettuazione di prestazioni di primo soccorso, rappresentati da patologia minore ma di allarme ritenute urgenti soggettivamente, se ne possono indicare alcuni esempi:
 - Reazioni allergiche
 - Manifestazioni dermatologiche comprese punture di insetto
 - Crisi di panico
 - Sindrome vertiginosa
 - Crisi ipertensiva
 - Cardiopalmo
 - "Occhio rosso"
 - Traumatismi minori in pazienti deambulanti
 - Ferite superficiali
 - Certificazioni, referti
 - Patologia spontanea osteoarticolare
 - Sintomatologia urinaria
 - Febbre
 - Odontalgia
 - Coliche addominali
- Effettuazione di Fleboclisi
- Vaccinazioni
- Inserimento o cambio di Cateteri uretrali





- Possibilità di trattenere pazienti in osservazione o in terapia infusionale per alcune ore.

8. INDICATORI DI EFFICACIA/EFFICIENZA

1. Incidenza degli accessi al P.S. con codice bianco (totale accessi al P.S. con codice bianco dei residenti nell'anno/totale dei residenti) x 1000;
2. Tasso di ricoveri prevenibili per cause specifiche: asma, diabete e scompenso cardiaco (numero ricoveri dei residenti per le cause specificate nell'anno/popolazione residente) x 1000 separatamente per asma, diabete e scompenso cardiaco;
3. Offerta Assistenza specialistica ambulatoriale distrettuale (ore settimanali attivate per assistenza specialistica/popolazione residente) x 1000;
4. Offerta ambulatori infermieristici distrettuali (numero ore settimanali apertura/popolazione residente) x 1000.

Ogni indicatore sarà calcolato ponendo in rapporto i dati dell'anno successivo all'entrata in vigore del progetto rispetto a quelli registrati nell'anno precedente.

I dati saranno forniti dalla UO Controllo di Gestione dell'Azienda ASL RmB.

Dopo un anno di operatività del progetto è prevista la somministrazione agli utenti di un questionario di valutazione della qualità percepita del servizio.

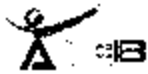
Il Direttore III Distretto f.f.
Dott. Maria Cedrola



**SCHEDA DI SPERIMENTAZIONE PRESIDIO AMBULATORIALE DISTRETTUALE PER
ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA
VILLAGGIO PRENESTINO
III DISTRETTO
ASL RM/B**

REGIONE	LAZIO
SEDE	Via Torricella Sicura 4 III Distretto ASLRoma B VIII Municipio
REFERENTE AZIENDALE	Dott. Maria Cedrola via Tenuta di Torrenova 138 tel. 0641434768 Dott. Giancarlo Tesone via Tenuta di Torrenova 138 tel. 0641434768
COSTO DEL ANNUALE E COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Anno 2011 - euro 507.580,00 Anno 2012 - euro 498.080,00 Anno 2013 - euro 498.080,00 Impianti euro 211.700 Costo complessivo del progetto euro 1.715.440,00
OBIETTIVI	Riduzione accessi impropri al Pronto Soccorso; miglior appropriatezza; presa in carico per alcune patologie; consolidamento e sviluppo dell'ADI
CONTESTO	Territorio VIII Municipio area extra-urbana, a forte espansione demografica, con un alto tasso di fertilità e residenza di stranieri
RISULTATI ATTESI	Diminuzioni accesso codici bianchi e verdi P.S., diminuzione dei ricoveri evitabili, aumento delle prese in carico per particolari patologie, aumento dell'appropriatezza prescrittiva
INDICATORI NUMERICI DI EFFICACIA/EFFICIENZA	Incidenza degli accessi al p.s. con codice bianco; Tasso di ricoveri prevenibili per cause specifiche: asma, diabete e scompenso cardiaco; Offerta Assistenza specialistica ambulatoriale distrettuale; Offerta ambulatori infermieristici distrettuali



**Indice**

1	Introduzione.....	3
	1.1 Razionale del progetto	
2	Analisi di contesto	3
	2.1 Il territorio e la popolazione	6
	2.2 Area dell'offerta sanitaria.....	6
	2.3 Poliambulatorio Don Bosco"	7
3.	Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute.....	8
	3.1 <i>Obiettivi del progetto</i>	8
	3.2 <i>Durata del progetto</i>	9
	3.3 <i>Referente del progetto</i>	9
	3.4 <i>Modalità organizzative</i>	9
	3.5 <i>Logistica</i>	10
	3.6 <i>Risorse umane</i>	10
	3.7 <i>Arredi, Attrezzature e Strumentazioni</i>	10
	3.8 <i>Risultati attesi</i>	11
	3.9 <i>Indicatori numerici</i>	12
	3.10 <i>Costo annuale e complessivo</i>	12
	Allegati: Schede economiche.....	13



ASL 2008
DIREZIONE REGIONALE SANITA'
PROG. N. 3645 del 30/4/10

Sperimentazione del modello assistenziale

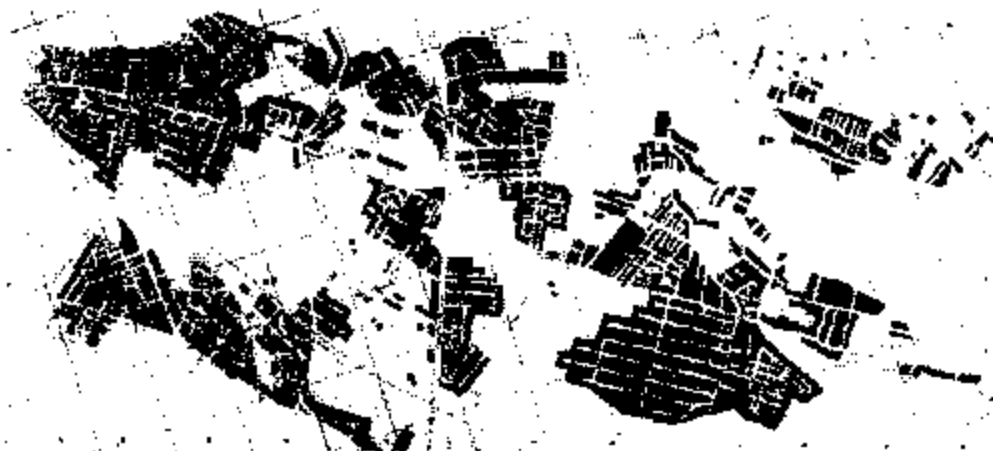
Casa della Salute

Progetto triennale

ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA

Via ANTISTIO

Distretto IV – X Municipio





1. Introduzione

1.1 Razionale del progetto

Obiettivo generale del progetto è il miglioramento della rete assistenziale territoriale che garantendo l'assistenza nelle 24 ore potrà produrre una riduzione degli accessi impropri nelle strutture ospedaliere.

Nello specifico il progetto di "Assistenza Territoriale Integrata" si colloca, a livello territoriale, nel IV Distretto della ASL RomaB, caratterizzato da un'altissima densità abitativa - nel quartiere Tuscolano, dall'indice di vecchiaia più elevato di tutta la ASL e dalla assenza di strutture ospedaliere nel territorio del Municipio X.

Il Poliambulatorio Don Bosco sito in Via Antistio n° 15 si colloca centralmente nella zona urbanistica storica - Don Bosco/Appio Claudio, si tratta di una struttura sanitaria che propone un'ampia offerta in termini di medicina specialistica e di diagnostica strumentale.

All'interno dello stesso Poliambulatorio verrà collocato un Presidio Territoriale di Prossimità (PTP), realizzato e finanziato in coerenza con il Piano Sanitario Regionale (2010-2012).

La realizzazione nella stessa sede di un progetto di "Assistenza Territoriale Integrata", completerebbe, integrandola, l'offerta sanitaria territoriale.

2. Analisi del contesto

2.1 Il territorio e la popolazione

Il territorio del IV Distretto coincide con quello del X Municipio del Comune di Roma, situato a sud-est del centro storico lungo l'asse della via Tuscolana. Il tessuto urbanistico risale al secondo dopoguerra. La superficie del X Municipio è di Km² 38.683 suddiviso in undici Zone Urbanistiche (tab.1) e la popolazione residente è pari a 179.298 abitanti. Da un'analisi della densità abitativa si osserva come la popolazione del X Municipio insista sugli ettari di pertinenza con una presenza più che doppia (46,4 ab./ha) rispetto a quella comunale (22 ab./ha), eleggendo pertanto il Municipio a vocazione privilegiata per l'ubicazione di unità abitative ed insediamenti economici. Dalla scomposizione della popolazione municipale e comunale per età, emerge chiaramente una struttura pressoché simmetricamente invecchiata, con pesi percentuali delle varie classi di età sostanzialmente sovrapponibili (tab.2,3). I principali indicatori di struttura della popolazione (tab.4) confermano il trend di invecchiamento del X Municipio e del Comune di Roma, con

indici di vecchiaia, di dipendenza, di struttura e di ricambio che testimoniano un progressivo slittamento del peso percentuale delle classi d'età da quelle più giovani a quelle più anziane. A tal proposito, è indicativo notare come la consistenza di famiglie in cui vive almeno un anziano è pari al 30,44% nel Comune di Roma e al 35,7% nel X Municipio. Da una preliminare analisi e confronto dei dati socio-demografici dei Municipi di competenza (V, VII, VIII, X) dell'Azienda Sanitaria Locale RomaB (tab.5) emerge che:

- relativamente alla struttura demografica, il Municipio X rappresenta, in generale, la media della realtà del territorio di competenza dell'Azienda con l'eccezione del dato relativo alla prevalenza dei soggetti anziani che risulta particolarmente elevato
- in termini di livello socio-economico (disoccupazione, scolarità, abitazione ecc.) il Municipio X si colloca nella fascia medio-alta rispetto alla realtà aziendale

Tab. 1 – Popolazione iscritta in Anagrafe per zona urbanistica: X Municipio e Comune di Roma a confronto (2004-2006) Fonte: Ufficio statistico del Comune di Roma, 2007

Zone Urbanistiche	Denominazione	X Municipio		
		2004	2005	2006
10a	Don Bosco	58.070	57.118	54.877
10b	Appio - Claudio	32.028	31.417	30.804
10c	Quanto Miglio	10.218	10.058	9.863
10d	Pignatelli	7.083	7.067	6.774
10e	Salicrizia Romana	2.738	3.546	3.255
10f	Osteria del Curato	23.386	22.924	21.347
10g	Rommano	6.409	7.793	6.437
10h	Gregna	6.163	6.386	5.707
10i	Bancaccia	6.191	6.206	5.533
10l	Morena	28.307	28.176	27.385
10s	Ciampino	282	313	315
non localizzati			39	5.181
totale		180.875	181.043	179.298
non localizzati		12.412	8.779	77.388
Roma totale		2.823.201	2.817.293	2.825.677

Legenda: Le zone urbanistiche, istituite nel luglio del 1977, rappresentano zone omogenee dal punto di vista urbanistico. Sono caratterizzate da un codice numerico che rappresenta il Municipio di appartenenza e da una lettera che ne indica la porzione territoriale.



Tab. 2 – Indici demografici (2003-2006): X Municipio e Comune di Roma a confronto
 Fonte: Elaborazione Municipale sui dati dell'Archivio Anagrafico del Comune di Roma.

Popolazione iscritta in anagrafe al 31 Dicembre 2006 per classi d'Età: X Municipio e Comune di Roma									
X Municipio									
Classi d'età	M			F			T		
	V.a.	%	% di genere	V.a.	%	% di genere	V.a.	%	% di genere
0-14	12.105	14,2	52,7	11.135	11,9	47,9	23.240	13,0	100,0
15-29	13.241	15,5	50,3	13.103	13,9	49,7	26.344	14,7	100,0
30-44	21.948	25,7	48,7	23.075	24,6	51,3	45.023	25,1	100,0
45-64	22.711	26,6	47,7	24.915	26,5	52,3	47.626	26,6	100,0
65-84	14.184	16,6	42,6	19.120	20,4	57,4	33.304	18,6	100,0
85+	1.157	1,4	30,8	2.594	2,8	59,2	3.751	2,1	100,0
Totale	85.358	100,0	47,6	93.842	100,0	52,4	179.200	100,0	100,0
Comune di Roma									
Classi d'età	M			F			T		
	V.a.	%	% di genere	V.a.	%	% di genere	V.a.	%	% di genere
0-14	188.440	14,1	51,5	177.609	11,9	48,5	366.049	13,0	100,0
15-29	203.249	15,2	50,6	189.372	13,4	49,4	401.821	14,2	100,0
30-44	349.947	26,1	48,9	388.075	24,8	51,1	716.022	25,3	100,0
45-64	358.733	26,6	47,4	398.552	26,7	52,6	763.285	26,7	100,0
65-84	219.188	18,4	42,4	298.181	20,1	57,6	517.369	18,3	100,0
85+	21.889	1,8	30,6	48.162	3,3	69,4	70.051	2,3	100,0
Totale	1.339.228	100,0	47,4	1.485.861	100,0	52,6	2.825.077	100,0	100,0

Tab. 3 - Popolazione anziana; X Municipio e Comune di Roma a confronto (2005-2006)
 Fonte: Elaborazione Municipale sui dati dell'Archivio Anagrafico del Comune di Roma.

Anziani soli per classi di età (2006)										
Territorio	Da 65 a 70 anni		Da 71 a 75 anni		Da 76 a 80 anni		81+ anni		Totale	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
Municipio X	2.390	22,9	2.218	21,6	1.856	18	3.856	37,5	10.278	100
Comune di Roma	46.325	23,7	39.809	20,4	32.570	16,7	78.378	30,2	185.080	100
Famiglie con anziani e incidenza sul totale delle famiglie (2006)						Anziani soli e incidenza % sul totale delle famiglie (2006)				
Territorio	V.a.		%		Territorio	V.a.		%		Note: i dati post 2001 sono da considerarsi provvisori in attesa del confronto Catastro-Anagrafe.
Municipio X	27.211		35,72		Municipio X	10.278		13,5		
Comune di Roma	445.911		34,41		Comune di Roma	185.080		15,1		





Tab. 4 - Popolazione iscritta in Anagrafe al 31 dicembre 2006 : X Municipio e Comune di Roma
Fonte: Elaborazione Municipale sui dati dell'Archivio Anagrafico del Comune di Roma.

Indici	2003		2004		2005		2006	
	X M	Cm di RM	X M	Cm di RM	X M	Cm di RM	X M	Cm di RM
Indice di Vecchiaia	151,1	153,9	153,4	156,2	157,1	159,6	157,1	160,7
Indice di Dipendenza	47,7	48	48,9	48,9	49,8	50,1	50,7	51
Indice di Struttura	103,7	105,9	107,3	108,7	110,3	112,4	113,8	116,2
Indice di Ricambio della Popolazione in età attiva	141,7	153,6	136,8	148,5	130	140,4	129,6	140,4

Legenda:

Indice di vecchiaia: Popolazione con più di 64 anni / Popolazione 0-14 anni *100

Indice di dipendenza: (Popolazione con più di 64 anni + Popolazione 0-14 anni) / Popolazione 15-64 *100

Indice di struttura: Popolazione 40-64 / Popolazione 15-39 *100

Indice di ricambio della popolazione in età attiva: Popolazione 60-64 anni / Popolazione 15-19 anni *100

Tab.5 Caratteristiche sociodemografiche della popolazione dell'Azienda Sanitaria Locale RomaB

Fonte: ASL RomaB - Dato riferito anno 2004

	IV Distr.	Az.USL	IV Distretto / Az.USL%		
Residenti	181004	697074	25,97		
Nati anno	1508	6535	23,07		
Età 0-14	23419	96381	24,30		
Età > 65	34487	116234	29,65		
Età >85	2742	8357	32,81		
			I D	II D	III D
Tasso disoccupazione	18,2*		21,7	22,8	25,9
Scolarità superiore	35,6*		37,0	28,4	24,7
Sup. media abitazione	81,8*		78,9	70,1	83,2
N° comp. famiglia	2,9*		2,9	2,8	3,1

Dati iscritti anagrafe al 31 dicembre 2005

2.2. Area dell'Offerta Sanitaria-assistenziale

L'offerta di prestazioni sanitarie-assistenziali da parte delle strutture territoriali, appare di buon livello nel IV Distretto se confrontata con le altre realtà aziendali. Il processo di riprogettazione dell'offerta ha visto, insieme ad un rilevante miglioramento dell'efficienza produttiva delle strutture, un incremento specifico di attività in alcune branche (diagnostica strumentale, cardiologia, angiologia, ecc.) per le quali si registrano tempi di attesa più lunghi. Le prestazioni infermieristiche sono assicurate negli Ambulatori Infermieristici Territoriali (AIT) presenti in ogni Poliambulatorio. Nel territorio del Distretto IV è da rilevare la mancanza di un Presidio Ospedaliero di diretto riferimento.





Tab.6 Area dell'offerta - strutture pubbliche

Struttura	Attività	Indirizzo
Poliambulatorio Cartagine	Specialistica ambulatoriale +AIT	Via Cartagine n.85
Poliambulatorio Don Bosco	Specialistica ambulatoriale + AIT	Via Antistio n. 15
Poliambulatorio Socciarelli	Specialistica ambulatoriale + AIT	Via Stazione di Ciampino n.31
DMI-Consultorio	Consultorio Materno infantile.	Via dei Levi, 10/b
DMI-Consultorio	Consultorio Materno infantile.	Viale B. Rizzieri, 226
DMI- Consultorio	Consultorio Materno infantile.	Va della Stazione di Ciampino
SERT	SERT, Centro Diurno, Centro Residenziale.	Via dei Sestili, 7
DSM	Psichiatriche e psicologiche.	Piazza di Cinecittà, 11
DSM	Psicoterapie	Via C. Pisone, 80
DSM	Casa Famiglia.	Via S. Prisco, 10
DSM	Centro Diurno	Via Pizzo di Calabria
Cure Domiciliari	CAD	Via Rizzieri, 226
Tutela Salute Anziano	Centro geriatrico	Via Antistio, 15
Servizi di Medicina Legale e Protesica	Servizi autorizzativi	Via Cartagine, 85
Servizi di Medicina Legale e Protesica	Servizi autorizzativi	Via Cartagine, 85

2.3. Poliambulatorio "Don Bosco"

Il Poliambulatorio è ubicato in una area centrale, in prossimità delle zone urbanistiche di primo insediamento e a maggiore densità abitativa, è inoltre posto lungo la direttrice rappresentata dalla Via Tuscolana, quindi facilmente accessibile con la rete di trasporti pubblici. La costruzione, che precedentemente alla acquisizione da parte della Azienda era adibita a clinica privata, risponde, in termini strutturali ed impiantistici, alla destinazione d'uso. Lo stabile è costituito da quattro piani fuori terra e due interrati, l'edificio è provvisto di due vie di accesso indipendenti.

Il Poliambulatorio vede un'ampia offerta specialistica (tab.7), sono infatti erogate prestazioni di: Anestesiologia, Cardiologia, Centro prelievi, Chirurgia generale, Dermatologia, Dialisi, Ecografia (internistica e ginecologica), Ecocardiografia, Ecocolordoppler vascolari, Fisiatria, Fisopatologia respiratoria, Ginecologia, Gastroenterologia (visita, esofagogastroduodenoscopia, rettosigmoidoscopia e colonscopia), Oncologia medica, Otorinolaringoiatria, Radiologia (tradizionale, mammografia e MOC). E' inoltre attivo un Ambulatorio Infermieristico. L'ambulatorio infermieristico è un servizio sanitario assistenziale inserito all'interno dei Poliambulatori della ASL Roma B. E' organizzato e gestito da infermieri ed è attivato allo scopo di:

- rispondere ai bisogni assistenziali del cittadino attraverso l'erogazione di prestazioni infermieristiche;
- fornire alla cittadinanza un punto di ascolto sanitario che facilita l'orientamento e





l'accessibilità ai servizi sanitari;

- garantire la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari territoriali (ambulatori, consultori, medici di medicina generale e servizi domiciliari).

Nel II piano interrato è stata attrezzata una palestra per la riabilitazione fisica.

Si prevede inoltre il trasferimento dalla sede di V.le B. Rizzieri al Poliambulatorio Antistio del servizio di Continuità Assistenziale che garantirà l'attività di guardia medica in orario notturno, festivo e prefestivo.

Tab.7 Offerta specialistica

Poliambulatorio Antistio
Anestesiologia
Cardiologia
Centro Prelievi
Chirurgia generale
Dermatologia
Ecografia (internistica e ginecologica)
Ecocardiografia
Ecocolordoppler vascolari
Fisiatria
Fisopatologia respiratoria
Ginecologia (visita, pap test, tampone vaginale, colposcopia e vulvosocopia)
Gastroenterologia (visita, esofagogastroduodenoscopia, rettoscopia e colonscopia Screening Ca colon-retto)
Laboratorio di microbiologia ambientale
ORL
Radiologia (tradizionale, mammografia e MOC)

Nel Poliambulatorio verrà realizzato nei prossimi mesi un Presidio Territoriale di Prossimità, struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale, destinata a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera.

E' prevista la realizzazione di n.10 posti letto di degenza a gestione infermieristica (con presenza h24) e assistenza medica prestata, secondo specifici accordi, da medici di medicina generale, o al bisogno da medici specialisti e medici della continuità assistenziale (reperibilità h24). Per la gestione delle emergenze verrà strutturato un collegamento funzionale con la postazione ARES118 ubicata in P.zza di Cinecittà che dista circa 500 metri dal Poliambulatorio.





3. Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

Il Presente progetto di "Assistenza Territoriale Integrata/Presidio Territoriale Distrettuale" si colloca all'interno del Piano Sanitario Nazionale "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute" ed in particolare .- Allegato B "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria h24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale ". Punto 2 "Livello territoriale".

3.1 Obiettivi del Progetto:

- realizzazione di un processo organizzativo che garantisca un'efficace continuità dell'assistenza, la riduzione dei ricoveri inappropriati, la attivazione dei percorsi assistenziali con conseguente diminuzione del ricorso al pronto soccorso per prestazioni che sarebbero classificate come codici bianchi
- realizzazione di percorsi integrati e sinergici tra la medicina generale, gli specialisti ambulatoriali l'assistenza infermieristica e le strutture ospedaliere
- realizzazione di percorsi di continuità assistenziale dei pazienti che necessitano di degenza presso il PTP
- realizzazione di forme di maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi e delle attività territoriali da parte dei cittadini

3.2 Durata del progetto:

Si propone una fase sperimentale triennale, annualmente ed al termine del triennio verranno valutati i risultati raggiunti.

3.3 Referente del progetto:

Il Direttore del IV Distretto è il referente per l'azienda del progetto, localmente, il coordinamento e la gestione dell'attività è demandata ad un dirigente medico di Distretto ad essa preposto. Il Coordinamento delle attività assistenziali integrate è a cura del Coordinatore Infermieristico Distrettuale.

3.4 Modalità organizzative:

Il progetto prevede la creazione di un centro di riferimento dell'assistenza territoriale, identificato in un ambulatorio Distrettuale che effettuerà visite e prestazioni sanitarie, proprie dell'attività della Medicina Generale, in h24.





Nello specifico l'ambulatorio verrà gestito da Medici di Medicina Generale e da Medici di Continuità Assistenziale. Il progetto prevede infatti la presenza di un MMG nelle 12 ore diurne dei giorni feriali, la presenza di un Medico di Continuità Assistenziale nelle 12 ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi e la presenza di personale infermieristico in h24. Il medico di Continuità Assistenziale (C-A) garantirà esclusivamente prestazioni in sede ambulatoriale, si prevede pertanto una unità in aggiunta all'attuale organico della C-A. La presenza del PTP all'interno della struttura consentirà un'attività sinergica e di raccordo clinico, assistenziale e funzionale tra gli operatori sanitari in servizio presso l'ambulatorio ed i medici di medicina generale nei riguardi dei pazienti ricoverati.

3.5 Logistica

L'ambulatorio verrà allocato al piano terra del Poliambulatorio Don Bosco realizzando quindi un processo di integrazione con i diversi servizi di diagnostica e di specialistica presenti nella struttura.

Il Poliambulatorio inoltre sarà sede del PTP sito al III piano della struttura, nel Poliambulatorio è inoltre attivo un Ambulatorio Infermieristico.

3.6 Risorse umane

Per lo sviluppo del progetto si prevede la stipula di accordi decentrati specifici per garantire la presenza in ambulatorio di:

- n.1 MMG nelle 12 ore diurne dei giorni feriali
- n. 1 Medico di Continuità Assistenziale nelle 12 ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi
- n.1 Infermiere h24

3.7 Arredi, Attrezzature e Strumentazioni

Oltre all'utilizzo di quanto disponibile nel Poliambulatorio si prevede la seguente dotazione specifica :

Arredi:

- Arredi completo per studio medico
- Panche per sala di attesa visitatori (Sedute 4 posti) n.3
- Sistema a Tenda scorrevole per salvaguardia Privacy n° 1
- Armadio Conservazione Farmaci
- Predellino n° 1





- Aste per infusione (piantane) n°2
- Cestelli porta flebo in plastica n° 10
- Bacinelle reniformi n° 5

Sfrumentazioni

- Glucosimetri n.2
- Defibrillatore n.1
- Elettrocardiografo n°1
- Pulsossimetro n°1
- Sfigmomanometri n° 3
- Fonendoscopi n° 3
- Lampada scialitica su piantana n° 1
- Pallone per rianimazione n° 1
- Set Laringoscopio con tre lame n° 1
- Assortimento cannule di Guedel 1 Kit
- Aspiratori portatili l 2.5 n°2
- Bilancia Pesapersona n° 1
- Termometri auricolari ° 1
- Diafanoscopio 36x62
- Stazione PC comprensive di stampanti e collegamento in rete n°2
- Carrello emergenza n° 1
- Carrello medicazioni n° 1

Ausili per la mobilizzazione

- Carrozine n.2

3.8 Risultati attesi

I risultati attesi possono essere riassunti in:

- Riconoscimento da parte dei cittadini di un luogo fisico dove si possa trovare risposta assistenziale continuativa in h24 per *prestazioni proprie della Medicina Generale*
- Incremento dell'attività dell'Ambulatorio Infermieristico
- Riduzione dell'incidenza degli accessi al P.S. per codici bianchi
- Riduzione del numero di ricoveri prevenibili per cause specifiche





3.9 Indicatori numerici

Le diverse dimensioni della performance potranno essere esplorate attraverso il calcolo annuale dei seguenti indicatori:

INDICATORE	AREA	DEFINIZIONE
Indice di attività ambulatorio MMG	MEDICINA BASE	Numero di prestazioni erogate dall'ambulatorio di Medicina Generale per ora di apertura dell'ambulatorio
Indice di attività ambulatorio C-A	MEDICINA BASE	Numero di prestazioni erogate dall'ambulatorio di Medicina di Continuità Assistenziale per ora di apertura dell'ambulatorio
Indice di attività degli ambulatori infermieristici	SPECIALISTICA	Numero prestazioni infermieristiche eseguite nell' ambulatorio infermieristico territoriale per ora di apertura ambulatori
Incidenza degli accessi al P.S. con codice bianco	MEDICINA BASE	Numero di accessi al P.S. dei residenti classificati con codice bianco per 1.000 residenti
Tasso di ricoveri prevenibili per cause specifiche	MEDICINA BASE	Tasso di ricoveri prevenibili per cause specifiche: asma, diabete e scompenso cardiaco

3.10 Costo annuale e complessivo

Il costo per l'attivazione del servizio (arredi, attrezzature e strumentazioni) è stimato in: € 17.501,00

Il costo annuale del servizio (spese correnti - medico/infermiere) è stimato in: € 525.576,12

Il costo complessivo del progetto per il triennio di sperimentazione è stimato in € 1.594.229,36
(€ 1.576.728,3 + 17.501,00)

Si allegano di seguito le tabelle con l'indicazione in dettaglio dei costi previsti

30.04.2010

Il Direttore IV Distretto
Dott. Fabrizio Ciaralli



Allegato n.1 Schede economiche

SPESE PER ATTIVAZIONE			
ARREDI	N°	COSTO UNITARIO	TOTALE
• Arredi completo per studio medico	n.1	2.500,00 Euro	2.500 Euro
• Panche per sala di attesa visitatori (Sedute 4 posti)	n.3	500 Euro	1500 Euro
• Sistema a Tenda scorrevole per salvaguardia Privacy	n° 1	300 Euro	300 Euro
• Armadio Conservazione Farmaci	n° 1	1491 Euro	1491 Euro
• Predellino	n° 1	79 Euro	79 Euro
• Aste per infusione (piantane)	n°2	26 Euro	52 Euro
• Cestelli porta flebo in plastica	n° 10	2 Euro	20 Euro
Totale			5942 Euro

SPESE PER ATTIVAZIONE			
Ausili per la mobilitazione	N°	COSTO UNITARIO	TOTALE
• Carrozzine	n.2	262 Euro	524 Euro
Totale			524 Euro

SPESE PER ATTIVAZIONE			
Attrezzature per la valutazione diagnostica e terapia - Strumentazioni varie	N°	COSTO UNITARIO	TOTALE
• Glucosimetri	n.2	30 Euro	60 Euro
• Defibrillatore	n.1	1.600 Euro	1600 Euro
• Elettrocardiografo	n°1	1300 Euro	1300 Euro
• Pulsiossimetro	n°1	990 Euro	990 Euro
• Sfigmomanometri	n° 3	13 Euro	39 Euro
• Fonendoscopi	n° 3	3 Euro	9 Euro
• Lampada scialitica su piantana	n° 1	866 Euro	866 Euro
• Pallone per rianimazione	n° 1	55 Euro	55 Euro
• Set Laringoscopio con tre lame	n° 1	118 Euro	118 Euro
• Assortimento cannule di Guedel (Kit)	n°1	7 Euro	7 Euro
• Aspiratori portatili l 2.5	n°1	500 Euro	500 Euro
• Bilancia Pesapersona	n° 1	48 Euro	48 Euro
• Termometri auricolari	n° 1	33 Euro	33 Euro
• Diafanoscopio 36x62	n° 1	210 Euro	210 Euro
• Stazione PC comprensive di stampanti e collegamento in rete	n°2	700 Euro	1400 Euro
• Carrello emergenza	n° 1	2000 Euro	2000 Euro
• Carrello medicazioni	n° 1	1800 Euro	1800 Euro
Totale			11.035 Euro

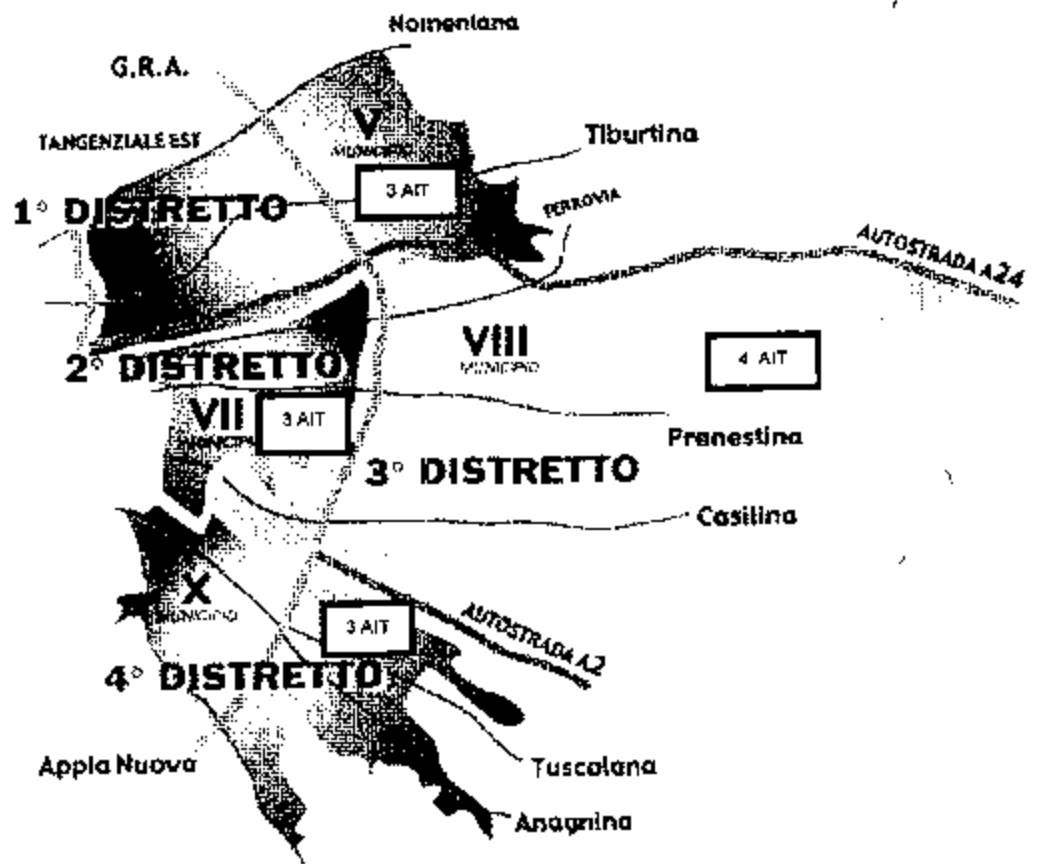
SPESE CORRENTI			
ACCORDI DECENTRATI	N°	COSTO UNITARIO	TOTALE ANNUALE
MEDICI MEDICINA GENERALE/ CONTINUITA' ASSISTENZIALE*	n°1	35 Euro/h (media per notturni - festivi - prefestivi - superfestivi) x 24 h x 365gg per 3anni (1095 giorni)	€ 306.600,00 /ANNO (totale triennio € 919.800,00)
OPERATORI SANITARIA AZIENDALI			
• infermiere h24	6	€ 36.496,02	€ 218.976,12/anno (totale triennio € 656.928,36)
Totale annuale			€ 525.576,12
Totale triennale			€ 1.576.728,3





ASL ROMA
Direzione Strutturale
Prot. n. 3664 del 30/4/10

Sperimentazione del modello assistenziale
Casa della Salute
ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA
Progetto Infermieristica Comunitaria
ASL ROMA UODC PSAIO





PROGETTO ATTUATIVO DELLE LINEE GUIDA PER PROGETTI DI SPERIMENTAZIONE
INERENTI "MODALITA' ORGANIZZATIVE PER GARANTIRE L'ASSISTENZA
SANITARIA 24: RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI NELLE STRUTTURE DI
EMERGENZA E MIGLIORAMENTO DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE"
"PUNTO 2 LIVELLO TERRITORIALE - PUNTO B ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA"

Sommario

1. Introduzione	3
2. Analisi del contesto.....	4
3. Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute.....	6





1. Introduzione

1.1 Razionale del progetto

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al *self-management* e al *follow up*, migliorano, e ricorrono meno alle cure ospedaliere.

È necessario che l'organizzazione sanitaria operi affinché i pazienti vengano mantenuti, per quanto possibile, in uno stato di salute tale da non richiedere l'ospedalizzazione, fornendo loro sul territorio quei servizi che possono prevenire il riacutizzarsi di patologie croniche e, quindi, evitare il ricovero

Il Piano Sanitario Regionale 2010_2012 fornisce indicazioni precise su come articolare la risposta ai bisogni dei cittadini: *“L’infermieristica di comunità può costituire la base per un nuovo modello di assistenza territoriale, fondato sull’approccio relazionale in grado di superare la semplice produzione di prestazioni tecniche, e orientato verso una risposta assistenziale globale, efficace e mirata ai bisogni sociosanitari delle persone. L’infermiere non agisce in modo isolato ma in stretta collaborazione con il MMG e il PLS, secondo strategie integrate con i servizi del Distretto sanitario, prefigurando il raggiungimento del mandato che deriva alla professione infermieristica dalla Legge 251/00: la personalizzazione dell’assistenza ... omissis La funzione principale dell’infermiere di comunità consiste nella presa in carico globale della situazione di bisogno, attraverso un processo che vede una modulazione variabile dei seguenti elementi:*

- *identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona e della comunità;*
- *promozione della salute, educazione sanitaria, prevenzione;*
- *orientamento, informazione ed empowerment (cittadino competente);*
- *presa in carico anticipata, valutazione multidimensionale;*
- *case management, messa in rete dei servizi;*
- *facilitazione dell’integrazione fra professionisti (in primo luogo medico di medicina generale);*
- *pianificazione, gestione e valutazione dell’intervento assistenziale infermieristico;*
- *promozione e attivazione di reti informali;*
- *valorizzazione della funzione delle famiglie;*
- *garanzia della continuità assistenziale.”*



In tale contesto si inserisce il presente progetto sfruttando il percorso già ampiamente collaudato presente nella nostra ASL dal 2000 di continuità assistenziale agito presso gli Ambulatori Infermieristici Territoriali (AIT). Tale struttura presente in ogni poliambulatorio della ASL Roma B, fornisce quotidianamente prestazioni assistenziali nei confronti dei cittadini che richiedono interventi infermieristici svolti in autonomia.

2. Analisi del contesto.

2.1 Il territorio e la popolazione

La ASL Roma B si colloca nella zona sud-est del Comune di Roma. Con una superficie kmq 220,44, risulta la terza per estensione territoriale tra le ASL cittadine. E' articolata in 4 Distretti che corrispondono ai Municipi V, VII, VIII, X. A loro volta i Distretti sono suddivisi in 37 zone urbanistiche. La popolazione residente risulta essere stimata in ab. 707.381 (per dimensioni come la città di Palermo), con una densità per kmq 3.167. In ogni distretto Sanitario sono presenti dalle 20 alle 25 UCP. Nella ASL Roma B sono attivi 13 Ambulatori Infermieristici Territoriali (AIT), distribuiti uno per ogni Poliambulatorio dei 4 Distretti e che erogano mediamente 20.000 prestazioni annue (dati SIAS).

2.2. Area dell'Offerta Sanitaria-assistenziale

Gli Ambulatori Infermieristici Territoriali (AA.IT.TI)

L'ambulatorio Infermieristico Territoriale è un servizio territoriale organizzato e gestito essenzialmente e direttamente da personale infermieristico, responsabile dell'organizzazione e della gestione dell'assistenza infermieristica ai sensi del DMS 739/94 e della legge 251/00, articolo 1, commi 1 e 3. Il modello dell'Ambulatorio Infermieristico Territoriale (A.I.T.), risponde appositamente all'esigenza di:

- migliorare l'accessibilità da parte dei cittadini ai servizi sanitari aziendali e alle prestazioni di assistenza sanitaria primaria (livello di *primary care*);
- fornire un punto di ascolto sanitario che possa costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri, territoriali (di assistenza domiciliare, salute mentale, geriatria, materno-infantile, specialistica ambulatoriale e di medicina generale) al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione anche attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di





percorsi assistenziali per la migliore integrazione e coordinamento dei professionisti e delle risorse disponibili;

- promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute.

Il modello organizzativo degli ambulatori infermieristici territoriali rappresenta ad oggi un modello di riferimento nel panorama nazionale ed l'unico esempio concreto di governo delle attività assistenziali nell'ambito dei distretti sanitari e dell'assistenza territoriale. L'attività svolta dall'ambulatorio prevede l'erogazione di prestazioni tecniche, educativo-relazionali, di consulenza, di informazione e di orientamento all'utilizzo dei servizi sanitari aziendali, di "accompagnamento" all'auto-gestione della salute in termini preventivi e comportamentali.

Il cittadino può rivolgersi all'ambulatorio infermieristico per le seguenti prestazioni:

- terapia iniettiva (sottocutanea, intramuscolare e fleboclisi)
- rilievi pressori
- rilevazione glicemia capillare
- medicazioni
- rimozione punti di sutura delle ferite chirurgiche
- gestione catetere vascolare
- sostituzione catetere vescicale
- istruzione alle tecniche di somministrazione di terapia farmacologica e nutrizionale
- istruzione ed educazione all'auto-gestione delle stomie digestive e respiratorie
- istruzione alla prevenzione ed al trattamento delle lesioni cutanee croniche
- istruzione all'autocontrollo della glicemia
- consulenza ed informazione in materia di educazione alimentare
- orientamento all'accesso ed all'utilizzo dei Servizi Sanitari Pubblici
- consulenza ed informazione in materia di prevenzione, cura e mantenimento del livello di salute e di autonomia
- altre cure infermieristiche

Le Unità di Cure Primarie UCP

Le Unità di Cure Primarie svolgono un importante ruolo nel facilitare l'accesso ai cittadini agli studi di Medicina Generale, diminuendo gli accessi impropri nei Pronto Soccorso e promuovendo la continuità assistenziale nel Territorio di riferimento. Inoltre promuovono il raccordo funzionale con le attività socio assistenziali nei casi ad alta valenza di protezione sociale e contribuiscono al governo clinico assistenziale quale tensione al miglioramento dei servizi. Gli accordi contrattuali Nazionali e regionali della FIMMG, vedono necessaria e urgente la presenza della Professione Infermieristica



presso le UCP nonché l'integrazione funzionale con le risorse presenti nel Distretto, potenziando non solo la strumentazione diagnostica presso le strutture erogative, ma l'attivazione e la promozione di percorsi di cura integrati con l'Ospedale e il Territorio. All'interno della ASL Roma B sono presenti le seguenti UCP:

1° Distretto = 22

2° Distretto = 20

3° Distretto = 22

4° Distretto = 23

3. Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute

3.1 Obiettivi del Progetto:

Il presente progetto prevede l'inserimento degli Infermieri della ASL Roma B presso 2 UCP (Unità di Cure Primarie) per ogni Distretto Sanitario della ASL Roma B mediamente per 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì (orario di apertura delle UCP) al fine di garantire al cittadino e alla famiglia l'erogazione delle prestazioni infermieristiche (v. 2.2) e la continuità assistenziale tra il MMG il Territorio e l'Ospedale.

L'Italia è dopo il Giappone, la nazione più vecchia al mondo con il 17,9% della popolazione over 65anni (circa 11 milioni di persone), delle quali il 20% con disabilità parziale e il 5% con disabilità grave e le proiezioni al 2020 stimano a 25-30% gli over 65anni che nel 2045 saranno 18,5 milioni.

Il *Chronic Care Model* valorizza le competenze dell'infermiere nella funzione di aiuto alla persona e alla famiglia, nell'autogestione della malattia e del trattamento, nel riconoscimento dei segni e sintomi di instabilità, nell'acquisizione di stili di vita adeguati, indirizzandoli verso l'utilizzo appropriato dei servizi, utilizzando il *Case Management* come modalità di coordinamento degli interventi.

L'assistenza che viene pertanto assicurata, è modulata sulla base del livello di rischio e di bisogno assistenziale dei pazienti. I livelli individuati sono tre:

- il 1° è rappresentato da una malattia cronica senza complicazioni che permette l'autogestione della propria malattia, adeguatamente supportata da infermieri che utilizzano il *counseling* e l'educazione sanitaria come strumenti di supporto all'adesione terapeutica;
- il 2° è rappresentato da pazienti con singole malattie complicate o con pluripatologie, la cui assistenza è garantita da un team di cure primarie multidisciplinari (*disease management*); l'infermiere collabora direttamente con il MMG presente nella UCP nella presa in carico globale della persona assistita e si interfaccia con i medici specialisti.
- il 3° livello riguarda pazienti ad alto rischio di ricovero o di istituzionalizzazione, a cui è richiesta una gestione intensiva, continua e personalizzata finalizzata al miglioramento della qualità della vita, e alla riduzione significativa dei ricoveri ripetuti. L'infermiere insieme al medico curante valuta la necessità di ricovero ospedaliero o presso il PTP, attraverso percorsi



organizzati, o concorda con le Cure Domiciliari la necessità di interventi estensivi di cure per la durata del bisogno rilevato.

Ulteriori attività da assicurare presso l'UCP sono nella realizzazione della continuità assistenziale tra il MMG e la specialistica Territoriale del distretto attraverso il percorso di *Case Management*, agevolando la prenotazione delle visite/esami diagnostici alla popolazione over 65 e per gli utenti in condizione di fragilità psico-sociale (es. disabilità, anziani soli, immigrati, disagio mentale, ecc)

3.2 Durata del progetto:

Settembre 2010-settembre 2012 (progetto triennale)

3.3 *Referente del progetto:* Dr.ssa Antonella Leto, Direttore Unità Operativa Complessa Professioni Sanitarie assistenza Infermieristica e Ostetrica ASL Roma B Via Filippo Meda, 35 00157. Telefax 061433282. Cellulare Aziendale: 3202891221

3.4 Modalità organizzative:

Gli infermieri reclutati per l'attività nelle UCP, saranno presenti per tutto l'orario di apertura degli Studi Medici UCP (circa 12 ore/die dal lunedì al venerdì). E' prevista la presenza di 1 Infermiere per ogni UCP, sia nel turno antimeridiano sia nel turno pomeridiano.

PERCORSO ASSISTENZIALE:

L'Infermiere di comunità, attraverso un piano di assistenza personalizzato, documentato in una cartella integrata ed informatizzata condivisa con il MMG, con la Medicina Specialistica Distrettuale, con il CUP Aziendale, individua, offre ed eroga le prestazioni assistenziali.

Esempio di percorso:

- Il cittadino si reca presso l'UCP di competenza
- L'Infermiere, in attività di front-office, accoglie la persona e prepara la documentazione sanitaria per la visita con il MMG
- Analizza la domanda ed accerta il bisogno sanitario ed assistenziale
- Rileva i parametri vitali necessari e valuta la necessità di effettuare esami diagnostici semplici (es emoglukotest, saturimetria)
- Visualizza e consulta la cartella redatta del MMG e controlla l'adesione alla terapia in corso da parte dell'utente
- Valuta i bisogni assistenziali fondamentali della persona (modello concettuale)
- Definisce i problemi prioritari (diagnosi infermieristiche)
- Pianifica gli interventi assistenziali infermieristici ed invia la persona al MMG presente nella UCP
- Partecipa, se necessario, alla visita medica
- Definisce con il MMG, gli interventi collaborativi (es: somministrazione terapeutiche)
- Coordina tutto il percorso assistenziale





- Prenota ed invia la persona per visite specialistiche ed esami diagnostici presso il Poliambulatorio/Ospedale e ne richiede il feedback
- Gestisce ed aggiorna i flussi informativi di competenza
- Valuta l'aderenza al Piano terapeutico-assistenziale individuale attraverso il Counseling telefonico con i cittadini
- Si accerta nei casi problematici, attraverso il contatto domiciliare, delle condizioni socio sanitarie della persona ed attiva gli idonei interventi.
- Effettua in autonomia le prestazioni infermieristiche di cui al 2.2.
- Effettua e conduce gruppi di persone su interventi educativi sanitari e terapeutici per popolazioni specifiche (es. diabete, cardiopatie, BPCO)

3.5 Logistica

- Studi Medici dei Medici di Medicina Generale individuati nel territorio dei 4 Distretti Sanitari della ASL RM B come Unità di Cure Primarie che mettono a disposizione uno spazio dedicato per le prestazioni infermieristiche da effettuare
- Rete informativa Aziendale collegata alle 8 UCP, connessa attraverso 8 stazioni complete di PC e relative stampanti.

3.6 Risorse umane

Gli infermieri delle UCP saranno assegnati all'organico degli Ambulatori Infermieristici Territoriali delle strutture poliambulatoriali distrettuali e saranno gestiti dal Coordinatore Infermieristico del Poliambulatorio che garantirà la costante presenza degli stessi presso le UCP individuate dal progetto.

Il personale Infermieristico assicurerà l'attività di segretariato presso le UCP il cui costo sarà a carico della ASL. Tale attività attualmente viene svolta da personale amministrativo/sanitario i cui costi sono a carico delle UCP

Si presume l'attivazione di 2 UCP per ognuno dei 4 Distretti Sanitari della ASL RM B, pertanto si prevede la necessità di acquisire un organico di 16 unità infermieristiche (2 infermieri per ogni UCP distribuiti sulle 12 ore giornaliere).

3.8 Risultati attesi

- Riduzione dei ricoveri ripetuti della popolazione >65aa di età affette da patologie croniche: cardiopatie ischemiche, diabete, bronchite cronica ostruttiva
- Riduzione degli accessi al Pronto Soccorso degli utenti in codice bianco
- Offerta di una rete territoriale dei servizi sanitari per la continuità delle cure e dell'assistenza

3.9 Indicatori numerici

Indicatori di struttura:



- N. ore settimanali di assistenza infermieristica in UCP/N. ore settimanali apertura UCP
- N. di prestazioni infermieristiche erogate

Indicatori di processo:

- N. cartelle integrate ed informatizzate aperte/100% assistiti
- N. piani assistenziali multidisciplinari formulati/N. assistiti
- N. visite medicina specialistica prenotate dall'Infermiere Case Manager/N. utenti presi in carico
- N. gruppi utenti trattati per educazione sanitaria/terapeutica/N. utenti assistiti
- N. contatti telefonici per *counseling* effettuati
- N. accessi domiciliari di sostegno
- N. prime visite per presa in carico
- N. utenti inviati al PTP/100% degli utenti presi in carico
- N. utenti inviati a ricovero ospedaliero/100% assistiti
- N. prestazioni infermieristiche erogate/100% utenti

Indicatori di esito:

- Riduzione del 5% degli utenti > 65aa "codice bianco" nel P.S. di riferimento territoriale
- Riduzione = > 5% dei ricoveri ripetuti delle persone over 65 aa affette da patologie croniche.
- Aumento della *compliance* alla terapia specifica, in almeno 80% degli utenti con problemi specifici (diabete, malattie respiratorie croniche, cardiopatie)



3.10 Costo annuale e Complessivo nel Triennio

COSTI DEL PERSONALE	COSTO UNITARIO	COSTO COMPLESSIVO ANNUALE	COSTO COMPLESSIVO TRIENNALE
Personale infermieristico con contratto a tempo determinato annuale rinnovabile fino a 3 anni = 16 unità	€ 36.496,02	€ 583.936,32 (16 x € 36.496,02)	€ 1.751.808,96 (3 x € 583.936,32)
Attività di segretariato nelle 8 UCP assicurata dal personale infermieristico della ASL	GRATUITA	GRATUITA	GRATUITA
Rete Informativa Aziendale e software "RECU Online" da installarsi presso le 8 UCP	GRATUITA	GRATUITA	GRATUITA
Acquisto e installazione di 8 postazioni complete di PC e Stampante	€ 500,00	€ 4.000 (8 x € 500,00)	€ 4.000
TOTALE	€ 36.996,02	€ 587.936,32	€ 1.755.808,96



PROGETTO ATTUATIVO DEL PSN 2006-2008
AREA: "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE"
RICHIESTA COFINANZIAMENTO MINISTERO DELLA SALUTE
ANNO 2009

REGIONE PROPONENTE

Regione Lazio

LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA (DM 14.10.2009)

Linea progettuale 1): sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute.

TITOLO DEL PROGETTO

"Potenziamento ed integrazione delle attività delle UCP-C quale fulcro di una rete di assistenza primaria in aree extraurbane scarsamente servite dall'offerta sanitaria"

DURATA DEL PROGETTO

Biennale

REFERENTE REGIONALE DEL PROGETTO

Nominativo: Dr. Valentino Mantini

Struttura di appartenenza: Regione Lazio - Direzione Politiche della Prevenzione e dell'assistenza sanitaria territoriale

Funzione: Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria

REFERENTE AZIENDALE DEL PROGETTO

Nominativo: Daniela Sgroi

Struttura di appartenenza: Azienda Usi Roma D

Funzione: Direttore Area Cure Primarie

Indirizzo: Via Casal Bertocchi, 73 - 00125 - Roma

N. tel 06.56487429 N. fax 06.56487427 - Indirizzo e-mail: daniela.sgroi@aslromad.it

Costo complessivo del progetto:	euro 1.160.000,00
Cofinanziamento ministeriale	euro 812.000,00
Finanziamento regionale	euro 348.000,00

PROGETTO ALLEGATO

 PDF



Progetto asl roma
d.pdf



SCHEMA PROGETTO

PROPONENTE: ASL Roma D

LINEA PROGETTUALE: Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute - Rif. D.M. 14.10.2009, Allegato B, Punto 2b (Assistenza Territoriale Integrata)

TITOLO: Potenziamento ed integrazione delle attività delle UCP-C quale fulcro di una rete di assistenza primaria in aree extraurbane scarsamente servite dall'offerta sanitaria

DURATA: 2 anni

COSTO:

annuale: 580.000 €

complessivo: 1.160.000 €

ENTE RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE: ASL Roma D

REFERENTE AZIENDALE DEL PROGETTO:

Dott.ssa Daniela Sgroi

Direttore Area Cure Primarie

ASL Roma D


Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

n. tel: 0656487429

n. fax: 0656487427

E-mail: daniela.sgroi@aslromad.it





DESCRIZIONE DEL PROGETTO

RAZIONALE

L'attuazione delle Case della Salute (CdS) in contesti extraurbani scarsamente serviti dall'offerta sanitaria costituisce una risposta ai problemi dell'accessibilità, dell'inappropriato utilizzo del ricovero, della continuità delle cure. Le Case della Salute sono inoltre in queste situazioni il fulcro della gestione delle malattie croniche e quindi dei percorsi diagnostico-terapeutici. Questo nuovo tipo di assistenza primaria, prevista dall'ACN 2009 e dall'AJR Lazio 2009 sotto diverse forme organizzative, è tuttora poco sviluppato nel nostro territorio; vi è, quindi, la necessità di potenziarlo ed integrarlo, attraverso modalità di incentivazione e di collaborazione con le risorse messe a disposizione dall'Azienda USL e attraverso strumenti di collegamento con gli altri livelli assistenziali, per un'effettiva gestione delle cure primarie e dei percorsi diagnostico-terapeutici per le principali condizioni cronico-degenerative.

CONTESTO IN CUI IL PROGETTO SI COLLOCA

La ASL Roma D ha già maturato una pluriennale esperienza in tema di assistenza territoriale H24 attraverso 3 Presidi territoriali gestiti con proprio personale medico ed infermieristico (denominati Nuclei di Cure Primarie - NCP); negli ultimi anni sono state avviate forme di gestione integrata di alcuni percorsi diagnostico-terapeutici per la ginecologia-ostetricia e per la cardiologia.

I risultati positivi di tali esperienze incoraggiano ad estendere l'assistenza territoriale integrata, apportando i necessari cambiamenti finalizzati a modelli organizzativi più leggeri ed integrati e quindi con costi inferiori che consentano anche una maggiore presenza sul territorio.

Alcune aree geografiche del vasto territorio aziendale (517 kmq, 580.000 residenti) sono, infatti, al momento lontane da forme organizzative assistenziali più organizzate e complesse (ospedali, poliambulatori, ecc.) ed i residenti sono quindi costretti a percorrenze lunghe e faticose per l'accesso alle cure per i più comuni bisogni.

In particolare, nel Distretto Comune di Fiumicino si trovano in queste condizioni l'area nord del territorio; nel Distretto del Municipio XIII l'area del quartiere Infernetto; nel Distretto Municipio XV l'area di *Commercity*; nel Distretto Municipio XVI l'area del quartiere Massimina.

La precisa localizzazione delle sedi avverrà al momento dell'indizione del bando.

OBIETTIVO FINALE

Attivare 4 Case della Salute in zone extraurbane a scarsa presenza di offerta sanitaria, aperte H12 per 6 giorni a settimana, affidandone la gestione ai MMG sotto la forma dell'Unità di Cure primarie complessa (UCP-C), con la presenza di personale infermieristico ed amministrativo dell'Azienda USL, ed integrandoli a rete con gli esistenti tre NCP e con le postazioni della Continuità assistenziale, entrambi aperti H24, ed in collegamento con i poliambulatori e con gli ospedali a diretta gestione più vicini.



OBIETTIVI SPECIFICI

1. Emanare un bando pubblico per la selezione di 4 UCP-C (una per Distretto), prevedendo a tal fine un incentivo economico per i MMG basato sulla remunerazione delle ore eccedenti le 9 ore previste dall'AIR 2009 nonché l'utilizzo gratuito di strutture aziendali o, in mancanza, di strutture proprie per le cui spese di extra funzionamento corrispondere un contributo mensile forfettario (proporzionato alle dimensioni della struttura); il bando prevederà tra i requisiti di accesso la presenza di forme riconosciute di rappresentanza dei MMG nonché la copertura di un bacino d'utenza di minimo 12.000 iscritti; saranno ammesse anche le UCP semplici purché in sede unica e con servizi equivalenti alle UCP complesse; inoltre sarà previsto il monitoraggio trimestrale dei risultati e la valutazione semestrale mediante un Gruppo Tecnico;
2. Effettuare l'affidamento con procedura pubblica per la durata di 2 anni;
3. Attivare le CdS con apertura H12 (8-20) per 6 giorni a settimana (domenica e festivi esclusi); in sedi lontane dagli esistenti NCP, sarà considerata anche la possibile apertura in giorni di domenica e festivi;
4. Attivare il collegamento con le strutture H24 già presenti, mediante procedure formalizzate e mediante connessione informatica e telematica (tele cardiologia e telepneumologia);
5. Attivare la compilazione del *patient summary* da parte delle UCP-C per tutti i pazienti con condizioni cronico-degenerative;
6. Valutare l'efficacia ed i costi del modello così definito e la praticabilità per una sua eventuale estensione a livello regionale.

RISULTATI ATTESI

- Attivazione di una rete assistenziale territoriale integrata con il supporto di strumenti di telemedicina;
- Riduzione di accessi in pronto soccorso per codici bianchi e verdi provenienti dalle aree geografiche interessate (negli ospedali prossimi a tali territori);
- Elementi informativi ed organizzativo-gestionali, inclusa valutazione dei costi e dei benefici, per la gestione della medicina primaria su tutto il territorio.

INDICATORI NUMERICI DI EFFICACIA/EFFICIENZA IN TERMINI DI STRUTTURA, PROCESSO, RISULTATO:

- Mappatura dei servizi aperti e della rete assistenziale attivata (SI/NO);
- Definizione delle interconnessioni con i vari punti della rete (SI/NO);
- Volume annuo e mensile di attività, analisi dei picchi orari/settimanali della domanda;
- Attivazione degli strumenti informatici di supporto alla gestione del percorso di continuità assistenziale (SI/NO);
- % di compilazione del *patient summary* per condizioni cronico-degenerative (almeno il 90% dell'atteso);
- Tasso annuo di accessi in pronto soccorso dei soggetti provenienti dal territorio di sperimentazione (% percentuale prima/dopo l'apertura della CdS).





SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Il Progetto intende incentivare il funzionamento delle 4 UCP Complesse a sede unica, una in ciascuno dei 4 Distretti sanitari, poste in territori extraurbani della ASL Roma D, al fine di fornire un servizio di cure primarie accessibile ed integrato alle popolazioni e ridurre così l'improprio accesso ad altri servizi sanitari.

Il potenziamento riguarderà i seguenti aspetti:

- o attività MMG con orario H12 dal lunedì al sabato (orario esteso rispetto a quanto previsto dall'AER del 2009 che prevede H9 dal lunedì al venerdì);
- o ambulatorio infermieristico, a gestione ASL in collegamento con i CAD distrettuali;
- o servizi amministrativi di informazione e prenotazione, a gestione ASL, compreso accesso facilitato alla diagnostica specialistica per pazienti con necessità urgenti e gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- o tele cardiologia e tele pneumologia coordinata con i servizi pubblici più vicini, ambulatoriali ed ospedalieri;
- o compilazione del *patient summary* per tutti i casi con condizioni cronico-degenerative.

Il collegamento funzionale con altri servizi territoriali H24 esistenti, quali i Nuclei di Cure Primarie e le postazioni della Continuità assistenziale, come pure la formalizzazione di un percorso facilitato ed immediato verso i Poliambulatori e gli Ospedali più vicini, consentirà di realizzare forme di Casa della salute policentriche, in vista di una più approfondita attuazione di tale innovativo modello assistenziale.

DETTAGLIO DEI COSTI ALL'ANNO PER SINGOLA UCP-C:

VOCE PER SINGOLA UCP-C	EURO (PER ANNO)
1. Costi per MMG	47.000
2. Costo Referente MMG	4.000
3. Costi per Operatori ASL (infermieri e amm.vo)	56.000
4. Costi Telemedicina	8.000
5. Costi di funzionamento Struttura	13.000
6. Costi generali e di supporti vari	2.000
TOTALE ANNUO	130.000 €
<i>Per 2 Presidi con apertura anche domenica e festivi</i>	<i>30.000 €</i>

PROGETTO ATTUATIVO DEL PSN 2006-2008
AREA: "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE CASA DELLA SALUTE"
RICHIESTA COFINANZIAMENTO MINISTERO DELLA SALUTE
ANNO 2009

REGIONE PROPONENTE

Regione Lazio

LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA (DM 14.10.2009)

Linea progettuale I): sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute.

TITOLO DEL PROGETTO

"Sperimentazione di un Presidio Ambulatoriale Distrettuale (P.A.D.) in ogni distretto, per l'erogazione di cure primarie."

DURATA DEL PROGETTO

Annuale

REFERENTE REGIONALE DEL PROGETTO

Nominativo: Dr. Valentino Mantini

Struttura di appartenenza: Regione Lazio - Direzione Politiche della Prevenzione e dell'assistenza sanitaria territoriale

Funzione: Dirigente dell'Area Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria

REFERENTE AZIENDALE DEL PROGETTO

Nominativo: Gioacchino Paganelli

Struttura di appartenenza: Azienda Usl Rieti

Funzione: Direttore del Distretto Salto Cicolano

Indirizzo: Bivio Petrignano - Comune di Pescorocchiano (RI)

N. tel 0746396023 N. fax 074639015 - Indirizzo e-mail: g.paganelli@asl.rieti.it

Costo complessivo del progetto:

euro 1.151.588,00

Cofinanziamento ministeriale

euro 806.111,60

Finanziamento regionale

euro 345.476,40

PROGETTO ALLEGATO

Progetto.zip





REGIONE LAZIO



AZIENDA UNITA' SANITA' LOCALE RIETI

Viale Matteucci n. 9 - 02100 RIETI - Tel. 0746 2781

COMITATO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI

Rieti, 29/4/2010

PROGETTO SPERIMENTALE

“MODALITA' ORGANIZZATIVE PER GARANTIRE L'ASSISTENZA PRIMARIA E MIGLIORAMENTO DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE”

1. GENERALITA'

TITOLO DEL PROGETTO

Sperimentazione di un Presidio Ambulatoriale Distrettuale (P.A.D.) in ogni Distretto, per l'erogazione di cure primarie

DURATA:

Un anno.

TERRITORIO:

In tutti i 5 distretti della ASL Rieti

REFERENTE:

Dott. Giocchino Paganelli

2. ASPETTI FINANZIARI

- Costo annuale e complessivo del progetto
Euro 1.151.588,00
- Quota finanziata dalla Regione



Euro

Cofinanziamento atteso:

Euro

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

- **Obiettivi del progetto**

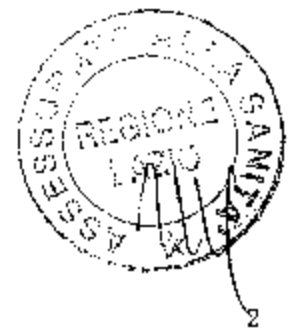
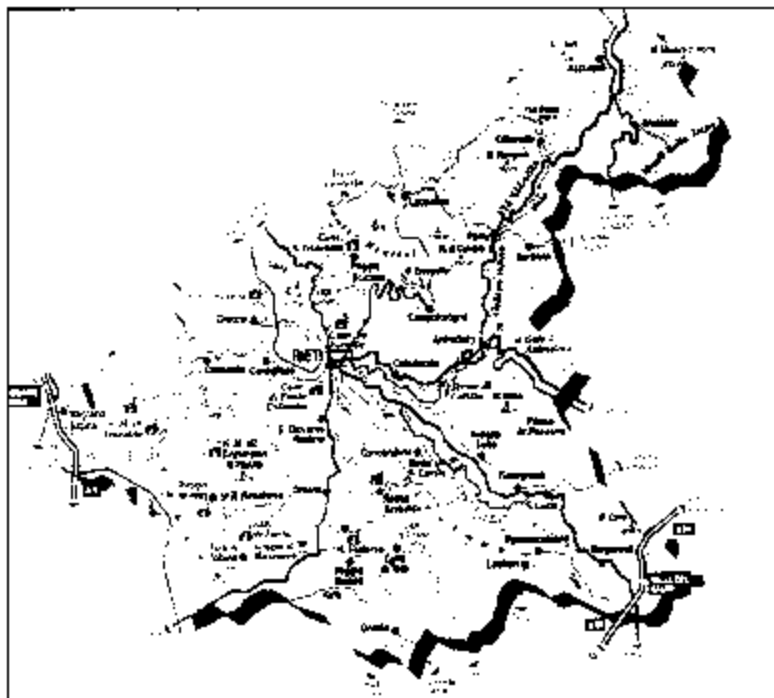
Dare all'utenza un punto di riferimento distrettuale attraverso l'utilizzo di medici di continuità assistenziale ed infermiere per l'effettuazione

- di visita medica,
- di prescrizione di farmaci salvavita,
- di certificazioni per turnisti,
- di medicazioni,
- di prestazioni urgenti che richiedono un servizio di primo soccorso,
- di prestazioni di particolare impegno (di cui all'allegato D dell'ACN dei MMG e PLS),
- di prestazioni infermieristiche attraverso l'ambulatorio infermieristico,
- di prestazioni cardiologiche attraverso telemedicina,
- di prestazioni ortopediche per soggetti affetti da patologia derivante da piccola traumatologia,
- di radiografie per i soggetti che, a giudizio del medico, necessitano di detta prestazione (limitatamente ai distretti 1 e 2)

- **Contesto in cui il progetto si colloca**

1. LA GEOGRAFIA DELLA PROVINCIA DI RIETI

Fig.1.1 – La Provincia di Rieti: il territorio

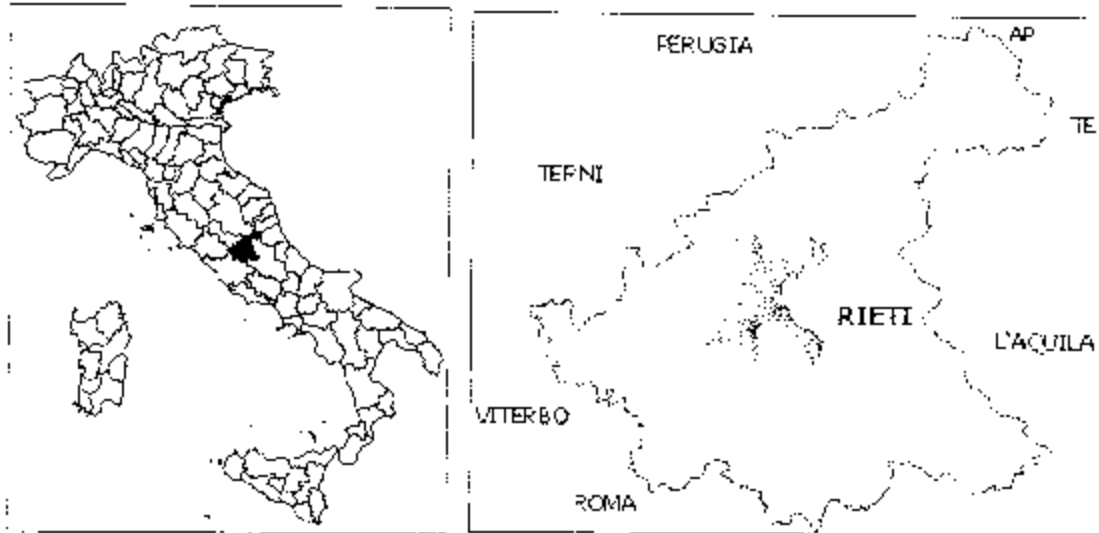




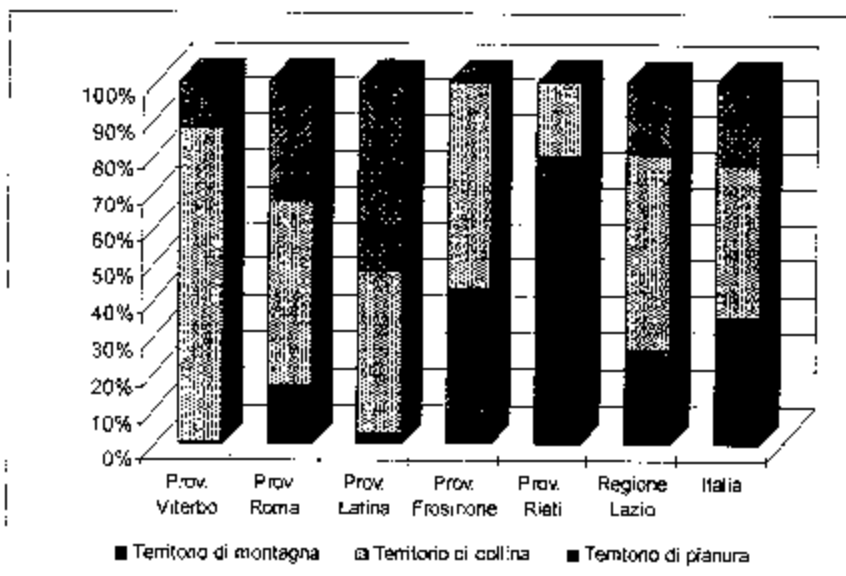
La Provincia di Rieti (Fig.1.1), si estende su una superficie di 2.749 Km². E' costituita da 73 comuni ed ha una popolazione residente di circa 155.000 abitanti. La Provincia di Rieti confina (Fig.1.2) a ovest, lungo il Tevere, con la Provincia di Viterbo e la Provincia di Roma; a Nord con l'Umbria (Provincia di Terni e Provincia di Perugia); a est con le Marche (Provincia di Ascoli Piceno) e con l'Abruzzo (Provincia di Teramo e Provincia di L'Aquila). Fu creata nel 1923

staccando il sud dell'Umbria ed il Cicolano dall'Abruzzo. Inizialmente fu aggregata alla Provincia di Roma, diventando Provincia autonoma nel 1927.

Fig.1.2 – La Provincia di Rieti: il territorio



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



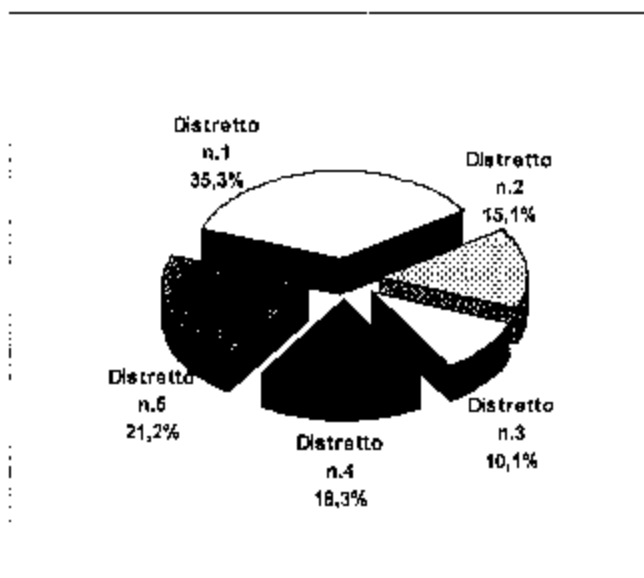
Il 70% del territorio provinciale è montuoso con il massiccio della Duchessa a sud, i Monti della Laga a est ed il Monte Terminillo a nord, con una altitudine media di circa 580m slm.

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

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

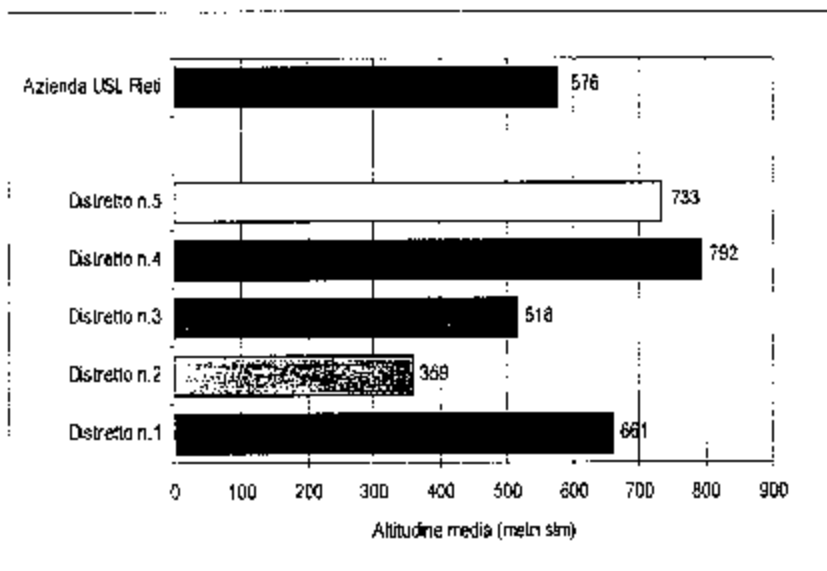
Dal punto di vista orografico i Distretti più montuosi sono il Salto Cicolano e l'Alto Velino, con una altitudine media, rispettivamente, di 790 e 730 metri slm.

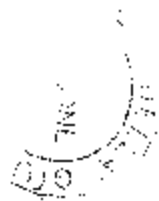
Graf. 1.2 - Estensione territoriale dell'Azienda USL Rieti, per Distretto



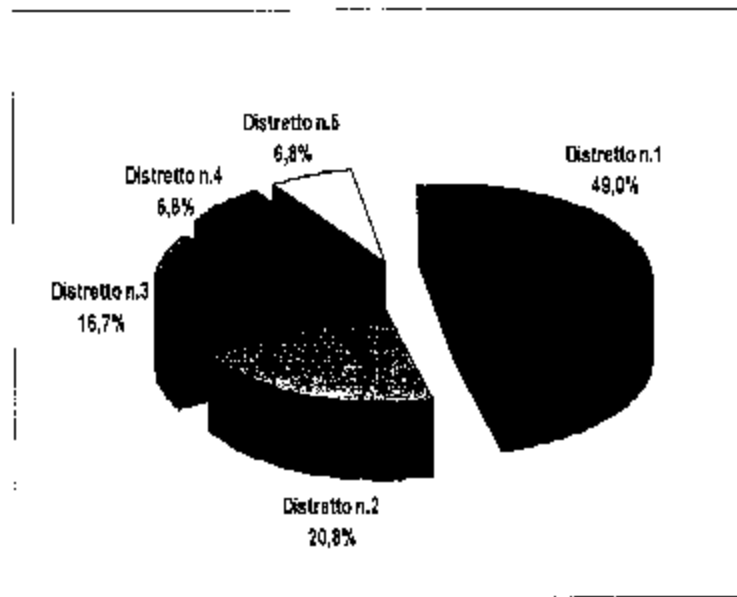
Graf. 1.3 – Altitudine Media (metri slm)

dei comuni del territorio dell'Azienda USL Rieti e dei Distretti





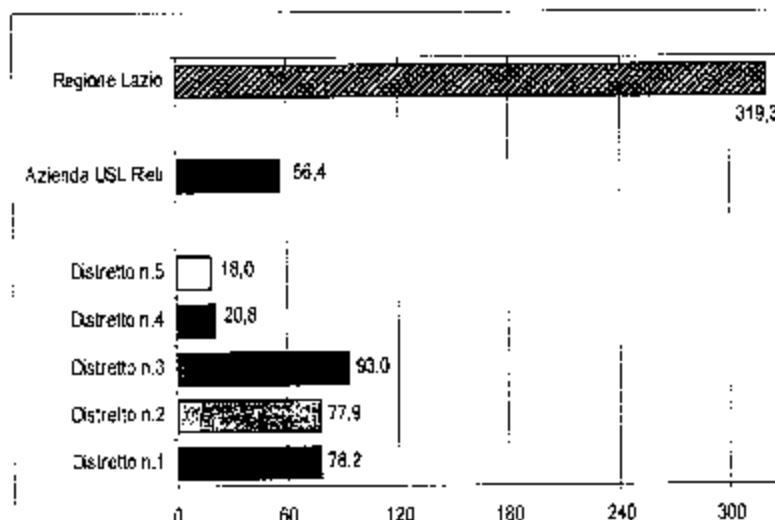
Graf. 1.4 – Popolazione dell'Azienda USL Rieti al 01/01/2007,
per Distretto di residenza



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

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

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





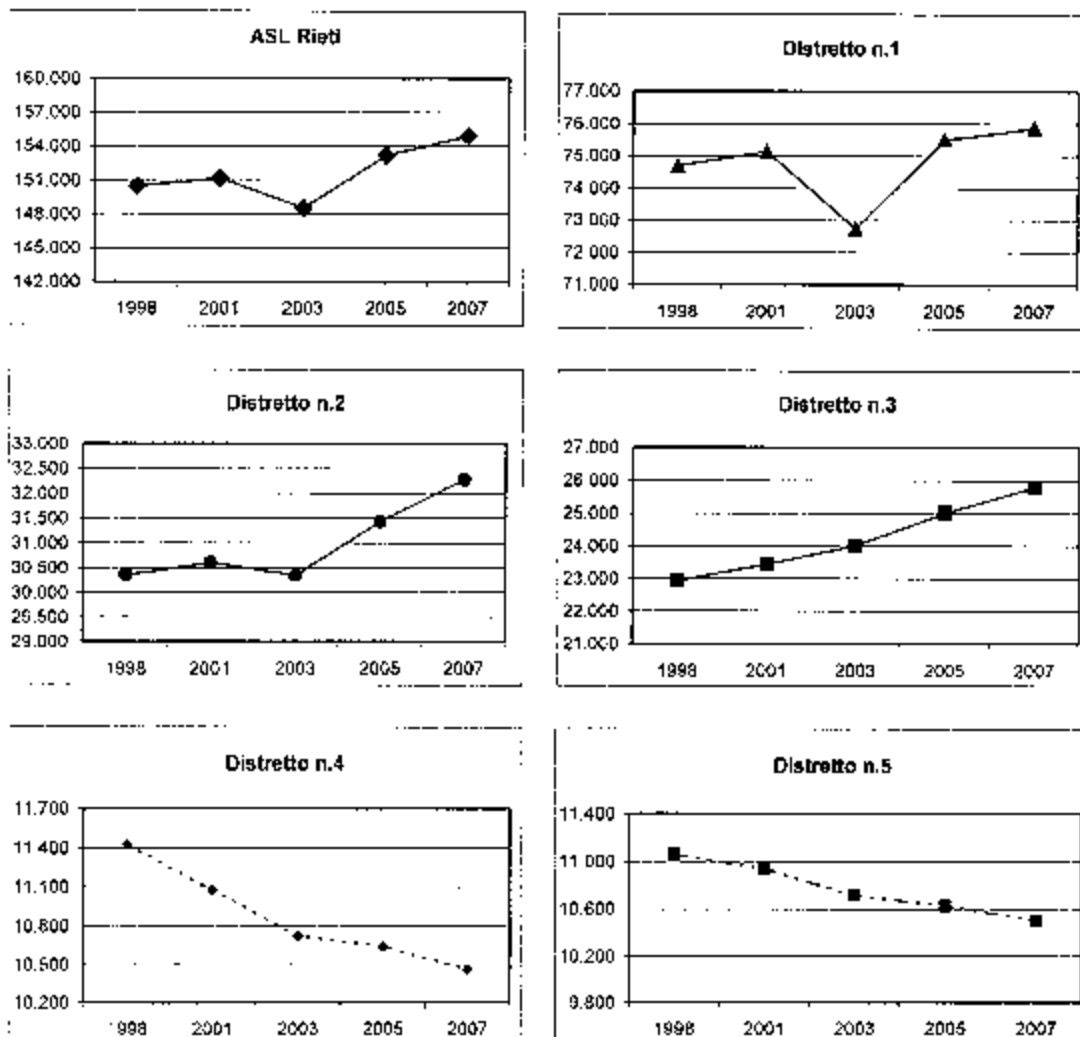
2. LA DEMOGRAFIA DELLA PROVINCIA DI RIETI

La popolazione residente nella Provincia di Rieti al 01/01/2009 risulta pari a 154.949. L'analisi dell'ammontare dei residenti nella Provincia e nei singoli Distretti ASL dal 1998 al 2007 (Tab. 2.1 e Graf. 2.1) mostra un trend crescente per la popolazione provinciale e per quella dei Distretti n.2 e n.3, mentre un andamento inverso si rileva nei Distretti n.4 e n.5.

Tab. 2.1 - Popolazione residente nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti
al 01.01.1998, 01.01.2001, 01.01.2003, 01.01.2005, 01.01.2007

Anno	Distretto n.1	Distretto n.2	Distretto n.3	Distretto n.4	Distretto n.5	ASL Rieti
1998	74.716	30.374	22.957	11.426	11.061	150.534
2001	75.155	30.612	23.456	11.077	10.941	151.241
2003	72.737	30.351	24.024	10.723	10.712	148.547
2005	75.516	31.442	25.029	10.643	10.628	153.253
2007	75.871	32.294	25.820	10.463	10.501	154.949

Graf. 2.1 - Popolazione residente nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti
al 01.01.1998, 01.01.2001, 01.01.2003, 01.01.2005, 01.01.2007



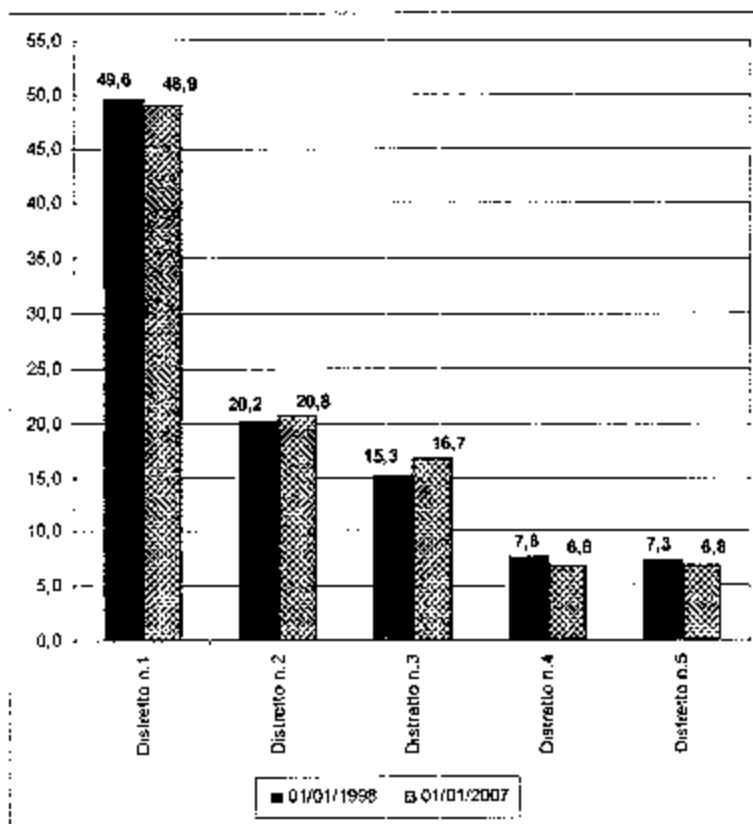


Le distribuzioni percentuali della popolazione residente nei Distretti e in Provincia al 01/01/1998 e al 01/01/2007 (Tab.2.2 e Graf. 2.2) evidenziano che nel periodo indicato all'interno dell'Azienda è aumentato il peso "demografico" dei Distretti Mirtense e Salario per i quali si osserva un incremento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

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

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

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





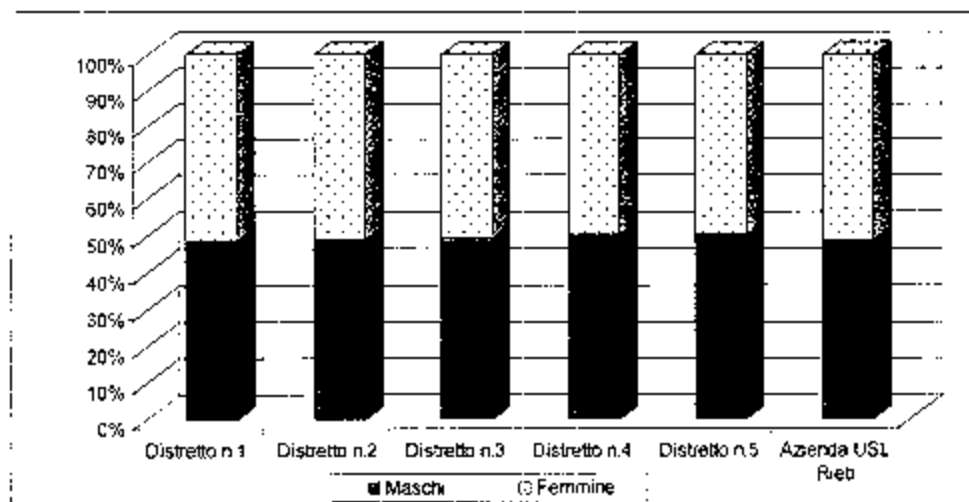
3. La struttura della popolazione al 01/01/2007

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

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

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

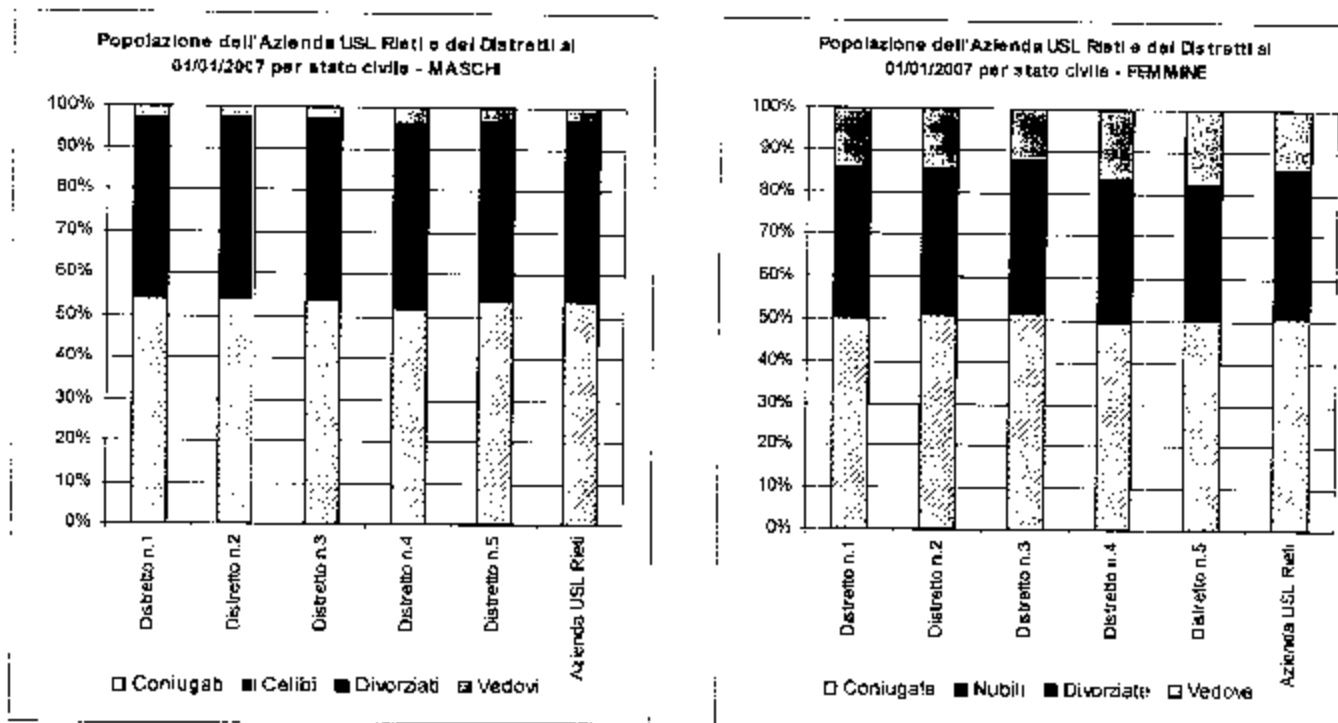
Graf. 2.9 - Popolazione dell'Azienda USL Rieti al 01/01/2007,
per Distretto di residenza e sesso



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

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

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



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

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

1) Valori assoluti:

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

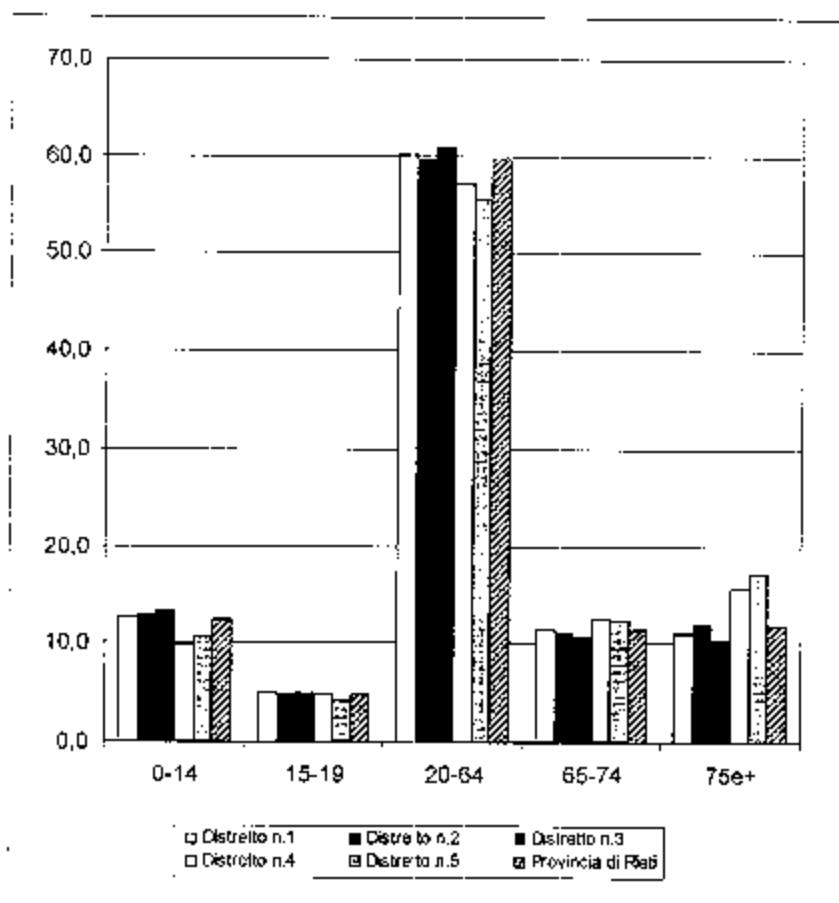
2) Valori percentuali:

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



Graf. 2.11 – Popolazione residente nell'Azienda USL Rieti e nei Distretti

al 01/01/2007, per età



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

al 01/01/2007

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



Gli indici di struttura della popolazione, calcolati per la Provincia e per i cinque Distretti ASL al 01/01/2007, riportati nella Tab.2.9, confermano la presenza in Azienda di due Distretti strutturalmente più vecchi, il Salto Cicolano e l'Alto Velino, di due Distretti più giovani e dinamici, il Mirtense ed il Salario, e di un Distretto, il Montepiano Reatino, che media gli altri quattro, ben rappresentando quindi la situazione aziendale.

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

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

La Tab. 2.10 mette in evidenza le modifiche strutturali avvenute rispetto all'età dal 2001 al 2007 nei residenti nei Distretti dell'Azienda. E' evidente da un lato il progressivo invecchiamento della popolazione della Provincia, dall'altro la maggiore intensità che tale processo ha avuto nei Distretti n.4 e n.5.

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

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

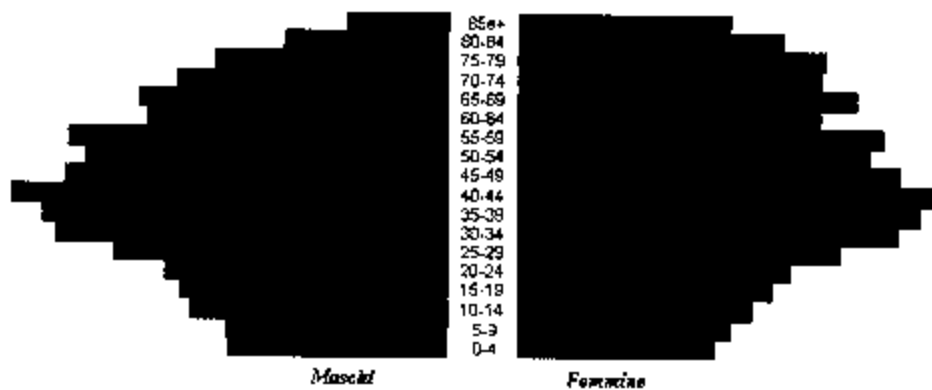


Indice	Italia			Regione Lazio			Provincia Rieti			Provincia Roma			Provincia Latina			Provincia Viterbo			Provincia Frosinone		
	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005	2001	2003	2005
Indice di vecchiaia (su popolaz. 0-14 anni)	127,1	133,8	137,8	123,0	132,8	135,1	167,0	175,6	180,7	123,6	133,2	133,9	94,3	104,1	110,3	157,1	166,9	169,7	120,9	131,2	139,9
Indice di dipendenza	46,4	49,8	50,6	45,9	47,7	48,5	55,0	55,4	55,0	49,0	47,2	48,3	44,6	45,7	45,9	50,2	51,4	50,8	49,9	49,9	49,7
Età media	41,6	42,2	-	41,5	42,1	-	43,6	44,2	44,5	41,7	42,3	-	39,4	40,2	-	43,1	43,7	-	40,9	41,6	-



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

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





◆ Terminillo (Comune di Rieti)

Ognuno dei cinque distretti della ASL è dotato di postazioni di continuità assistenziale e di U.C.P. (unità di cure primarie nelle sue varianti).

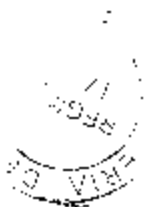
La distanza dalle sedi distrettuali ai presidi nosocomiali riveste una peculiarità per l'attivazione dei PAD in ogni distretto e nei territori estivi di turismo:

- Distretto n° 2 Mirtense circa 25 Km
 - Distretto n° 3 Salario circa 30 Km
 - Distretto n° 4 Salto – Cicolano circa 40 Km
 - Distretto n° 5 Alto – Velino circa 30 Km
 - Presidio di Leonessa circa 50 Km
 - Presidio di Colle di Tora circa 50 Km
 - Presidio del Terminillo circa 30 Km
-
- **Risultati attesi**
 - Utilizzo dell'ambulatorio almeno da parte dell'80% dell'utenza
 - Maggiore sviluppo dell'ambulatorio infermieristico
 - Maggiore controllo di patologie cardiologiche
 - Diminuzione degli accessi al P.S. (codici bianchi) per l'azione di filtro
 - Assistenza presidio più medicina generale 24h
 - **Indicatori numerici di efficacia/efficienza**
 - n° casi trattati / n° utenti inviati a struttura diversa (es.P.S.)
 - n° casi in carico ai PIs / n° utenti che accedono al PAD
 - n° casi 17 - 65 anni / n° utenti che accedono al PAD
 - n° casi maggiori di 65 anni / n° utenti che accedono al PAD
 - n° casi trattati da specialista cardiologo / n° utenti che accedono al PAD
 - n° casi trattati da specialista ortopedico / n° utenti che accedono al PAD
 - n° casi avviati a diagnostica radiologica / n° utenti che accedono al PAD
 - n° casi inviati da MMG / n° utenti che accedono al PAD
 - n° casi inviati da PLS / n° utenti che accedono al PAD
 - n° casi trattati / popolazione residente nel distretto (o nel presidio periferico)

4. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Si vuole costruire ed organizzare nel territorio di ogni distretto della ASL Rieti e, limitatamente ai mesi di luglio e agosto, nei comuni di Rieti (Terminillo), di Leonessa e di Colle di Tora, un presidio medico e infermieristico per erogare prestazioni sanitarie relative alle attività medico - infermieristiche e alle prestazioni di maggior impegno definite nell'allegato D dell' ACN per i MMG e PLS.

14



Le prestazioni mediche saranno assicurate da medici di continuità assistenziale.

Il PAD diventa per ogni territorio un punto di riferimento per gli utenti che hanno necessità di visita medica, prescrizione di farmaci salvavita, certificazioni per turnisti, medicazioni, prestazioni urgenti che richiedono un servizio di primo soccorso, prestazioni di particolare impegno (di cui

all'allegato D dell'ACN dei MMG e PLS), prestazioni infermieristiche attraverso l'ambulatorio infermieristico, prestazioni cardiologiche attraverso telemedicina, prestazioni ortopediche per soggetti affetti da patologia derivante da piccola traumatologia.

Per il distretto 1 e il distretto 2 nelle ore di apertura del presidio viene offerta la diagnostica radiologica dello scheletro e del torace, stante la presenza di apparecchi radiografici. Il medico di continuità assistenziale è presente nell'ambulatorio distrettuale per tre ore al mattino e tre ore nel pomeriggio, coadiuvato da un infermiere professionale.

La presenza è su sei giorni la settimana.

La domenica e nelle ore notturne è prevista una reperibilità sia del medico che dell'infermiere su sollecitazione dei medici della postazione distrettuale di continuità assistenziale. Il PAD, come detto, garantisce anche esecuzione di ECG attraverso collegamento telematico con la UOC di cardiologia del P.O. di Rieti per 24 ore die, sette giorni la settimana.

A tal fine è previsto nel progetto l'incremento di un dirigente medico cardiologo e di un infermiere professionale nell'organico della U.O.C. cardiologia del P.O. di Rieti.

La presenza di ortopedico dedicato (12 h settimanali per distretto) permette di dare risposta a pazienti affetti da patologia traumatica minore.

Il servizio di radiologia presenti nei PAD dei distretti n° 1 e n° 2 potrà essere utilizzato altresì come percorso preferenziale anche dagli utenti dei PAD degli altri distretti.

Per quanto sopra è prevista la presenza (nel distretto 1 e 2) di un tecnico di radiologia e di un medico radiologo per 2 ore giornaliere per sei giorni la settimana.

Complementari al progetto, in quanto integrate nel tessuto sanitario di ogni distretto, sono le U.C.P. (Unità di Cure Primarie) nelle sue varianti, allargando capillarmente sul territorio la presenza del MMG e del PLS che potranno fruire dell'ambulatorio infermieristico, dello specialista cardiologo e ortopedico garantendo ogni U.C.P. l'apertura di ambulatori in maniera continuativa dalle 10,00 alle 19,00.

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Carlo Maria Mancini)

TABELLA ECONOMICA DEI COSTI

COSTI PER POSTAZIONE TELEMATICA E PERSONALE IN OGP RIETI		
	costi unitari	costo totale
Postazione telematica ECG a 12 canali (presso il P.O. di Rieti e n° 8 periferiche (5 PAD distrettuali più 3 stagionali)	€ 75.000,00	€ 75.000,00
1 dirigente medico cardiologo	€ 72.000,00	€ 105.700,00
1 infermiere professionale	€ 33.700,00	
TOTALE		€ 180.700,00

DISTRETTO 1 MONTEPIANO REATINO		
	costi unitari	costo annuale
6h die per sei gg settimanali con n° 2 unità medico di Continuità assistenziale comprensivo dell'attività di reperibilità	€ 36.000,00	€ 72.000,00
Interventi medici in reperibilità (definito forfettariamente in 20 ore intervento / anno)	€ 1.250,00	€ 1.250,00
N° 1 unità infermieristica dedicata al PAD per 6 h die per 6 gg la settimana	€ 33.700,00	€ 33.700,00
Reperibilità personale infermieristico (costo mensile)	€ 720,00	€ 8.640,00
Interventi infermieristici in reperibilità (definito forfettariamente in 20 ore intervento / anno)	€ 640,00	€ 640,00
Medico radiologo SUMAI per 12 h settimanali (costo mensile)	€ 2.500,00	€ 30.000,00
Tecnico radiologo per 12 h settimanali in regime di prestazioni aggiuntive (costo orario)	€ 32,00	€ 19.968,00
Medico ortopedico SUMAI per 12 h settimanali (costo mensile)	€ 2.500,00	€ 30.000,00
Personale amministrativo di supporto	€ 29.000,00	€ 29.000,00
Materiale sanitario d'uso per l'ambulatorio medico ed infermieristico	€ 5.000,00	€ 25.000,00
Arredi ed attrezzature non sanitarie	€ 6.000,00	€ 30.000,00
TOTALE		€ 280.198,00

POSTAZIONI ESTIVE DISTRETTO 1 : COLLE DI TORA		
	costi unitari	costo annuale
6h die per sei gg settimanali con n° 2 unità medico di Continuità assistenziale comprensivo dell'attività di reperibilità	€ 6.000,00	€ 12.000,00
N° 1 unità infermieristica dedicata al PAD per 6 h die per 6 gg la settimana	€ 5.616,67	€ 5.616,67
Reperibilità personale infermieristico (costo mensile)	€ 720,00	€ 1.440,00
TOTALE		€ 19.056,67



POSTAZIONI ESTIVE DISTRETTO 1 : LEONESSA	costi unitari	costo annuale
6h die per sei gg settimanali con n° 2 unità medico di Continuità assistenziale comprensivo dell'attività di reperibilità	€ 6.000,00	€ 12.000,00
N° 1 unità infermieristica dedicata al PAD per 6 h die per 6 gg la settimana	€ 5.616,67	€ 5.616,67
Reperibilità personale infermieristico (costo mensile)	€ 720,00	€ 1.440,00
TOTALE		€ 19.056,67

POSTAZIONI ESTIVE DISTRETTO 1 : TERMINILLO	costi unitari	costo annuale
6h die per sei gg settimanali con n° 2 unità medico di Continuità assistenziale comprensivo dell'attività di reperibilità	€ 6.000,00	€ 12.000,00
N° 1 unità infermieristica dedicata al PAD per 6 h die per 6 gg la settimana	€ 5.616,67	€ 5.616,67
Reperibilità personale infermieristico (costo mensile)	€ 720,00	€ 1.440,00
TOTALE		€ 19.056,67

TOTALE COSTI DISTRETTO 1 MONTEPIANO REATINO	€ 337.368,00
--	---------------------

DISTRETTO 2 MIRTENSE	costi unitari	costo annuale
6h die per sei gg settimanali con n° 2 unità medico di Continuità assistenziale comprensivo dell'attività di reperibilità	€ 36.000,00	€ 72.000,00
Interventi medici in reperibilità (definito forfettariamente in 20 ore intervento / anno)	€ 1.250,00	€ 1.250,00
N° 1 unità infermieristica dedicata al PAD per 6 h die per 6 gg la settimana	€ 33.700,00	€ 33.700,00
Reperibilità personale infermieristico (costo mensile)	€ 720,00	€ 8.640,00
Interventi infermieristici in reperibilità (definito forfettariamente in 20 ore intervento / anno)	€ 640,00	€ 640,00
Medico radiologo SUMAI per 12 h settimanali (costo mensile)	€ 2.500,00	€ 30.000,00
Tecnico radiologo per 12 h settimanali in regime di prestazioni aggiuntive (costo orario)	€ 32,00	€ 19.968,00
Medico ortopedico SUMAI per 12 h settimanali (costo mensile)	€ 2.500,00	€ 30.000,00
Personale amministrativo di supporto	€ 29.000,00	€ 29.000,00
Materiale sanitario d'uso per l'ambulatorio medico ed infermieristico	€ 5.000,00	€ 25.000,00
Arredi ed attrezzature non sanitarie	€ 6.000,00	€ 30.000,00
TOTALE DISTRETTO 2 MIRTENSE		€ 280.198,00



DISTRETTO 3 SALARIO	costi unitari	costo annuale
6h die per sei gg settimanali con n° 2 unità medico di Continuità assistenziale comprensivo dell'attività di reperibilità	€ 36.000,00	€ 72.000,00
Interventi medici in reperibilità (definito forfettariamente in 20 ore intervento / anno)	€ 1.250,00	€ 1.250,00
N° 1 unità infermieristica dedicata al PAD per 6 h die per 6 gg la settimana	€ 33.700,00	€ 33.700,00
Reperibilità personale infermieristico (costo mensile)	€ 720,00	€ 8.640,00
Interventi infermieristici in reperibilità (definito forfettariamente in 20 ore intervento / anno)	€ 640,00	€ 640,00
Medico ortopedico SUMAI per 12 h settimanali (costo mensile)	€ 2.500,00	€ 30.000,00
Personale amministrativo di supporto	€ 29.000,00	€ 29.000,00
Materiale sanitario d'uso per l'ambulatorio medico ed infermieristico	€ 5.000,00	€ 25.000,00
Arredi ed attrezzature non sanitarie	€ 6.000,00	€ 30.000,00
TOTALE DISTRETTO 3 SALARIO		€ 230.230,00

DISTRETTO 4 SALTO - CICOLANO	costi unitari	costo annuale
6h die per sei gg settimanali con n° 2 unità medico di Continuità assistenziale comprensivo dell'attività di reperibilità	€ 36.000,00	€ 72.000,00
Interventi medici in reperibilità (definito forfettariamente in 20 ore intervento / anno)	€ 1.250,00	€ 1.250,00
N° 1 unità infermieristica dedicata al PAD per 6 h die per 6 gg la settimana	€ 33.700,00	€ 33.700,00
Reperibilità personale infermieristico (costo mensile)	€ 720,00	€ 8.640,00
Interventi infermieristici in reperibilità (definito forfettariamente in 20 ore intervento / anno)	€ 640,00	€ 640,00
Medico ortopedico SUMAI per 12 h settimanali (costo mensile)	€ 2.500,00	€ 30.000,00
Personale amministrativo di supporto	€ 29.000,00	€ 29.000,00
Materiale sanitario d'uso per l'ambulatorio medico ed infermieristico	€ 5.000,00	€ 25.000,00
Arredi ed attrezzature non sanitarie	€ 6.000,00	€ 30.000,00
TOTALE DISTRETTO 4 SALTO - CICOLANO		€ 230.230,00

DISTRETTO 5 ALTO - VELINO		
	costi unitari	costo annuale
6h die per sei gg settimanali con n° 2 unità medico di Continuità assistenziale comprensivo dell'attività di reperibilità	€ 36.000,00	€ 72.000,00
Interventi medici in reperibilità (definito forfettariamente in 20 ore intervento / anno)	€ 1.250,00	€ 1.250,00
N° 1 unità infermieristica dedicata al PAD per 6 h die per 6 gg la settimana	€ 33.700,00	€ 33.700,00
Reperibilità personale infermieristico (costo mensile)	€ 720,00	€ 8.640,00
Interventi infermieristici in reperibilità (definito forfettariamente in 20 ore intervento / anno)	€ 640,00	€ 640,00
Medico ortopedico SUMAI per 12 h settimanali (costo mensile)	€ 2.500,00	€ 30.000,00
Personale amministrativo di supporto	€ 29.000,00	€ 29.000,00
Materiale sanitario d'uso per l'ambulatorio medico ed infermieristico	€ 5.000,00	€ 25.000,00
Arredi ed attrezzature non sanitarie	€ 6.000,00	€ 30.000,00
TOTALE DISTRETTO 5 ALTO - VELINO		€ 230.230,00

COSTO TOTALE DEL PROGETTO	€	1.151.588,00
----------------------------------	----------	---------------------

**Direzione Regionale Assetto Istituzionale,
Prevenzione e Assistenza Territoriale**

Il Direttore

dott.ssa *Miliana Gherzi*



Il presente allegato
è composto di n. 4 pagine

Direzione Regionale Assetto Istituzionale,
Prevenzione e Assistenza Territoriale

Il Direttore
dott.ssa Marina Cingolani

ALLEGATO 4

IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLE UNITÀ SPINALI UNIPOLARI E DELLE STRUTTURE PER PAZIENTI CON GRAVI CELEBRO LESIONI ACQUISITE

**DECRETO MINISTERIALE 14 OTTOBRE 2009 - COFINANZIAMENTO
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE:
LAZIO

DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)

LINEA PROGETTUALE

IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLE UNITÀ SPINALI UNIPOLARI E DELLE GRAVI CELEBRO LESIONI ACQUISITE

TITOLO DEL PROGETTO

CONSOLIDAMENTO DELLA RETE ASSISTENZIALE PER LE UNITÀ SPINALI UNIPOLARI E DELLE GRAVI CELEBRO LESIONI ACQUISITE

DURATA DEL PROGETTO

1 ANNO

REFERENTI :

Dott. Mario Braga - Direzione Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale - Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca - Regione Lazio

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO

€ 500.000,00

QUOTA FINANZIATA DALLA REGIONE

€ 150.000,00

IMPORTO RICHIESTO PER IL COFINANZIAMENTO DEL MINISTERO

€ 350.000,00



IL PROGETTO

CONTESTO

La domanda di riabilitazione in post-acuzie nel Lazio risulta in costante aumento: dal 1997 al 2008, i ricoveri ordinari sono passati da 19.173 a 32.531 e quelli diurni da 4.112 a 18.040, con un aumento del peso relativo dei DH dal 17,7% al 35,7%; le giornate di degenza complessive per i ricoveri ordinari sono passate da 840.731 a 1.390.000, mentre il numero complessivo di accessi in DH è aumentato da 43.471

525.000
525.000



a 380,522. Le giornate di degenza erogate per 1.000 abitanti/anno risultano nel Lazio pari a 253, circa il doppio della media osservata nelle regioni non in disavanzo. La degenza media dei ricoveri in riabilitazione, nel Lazio, risulta particolarmente elevata in confronto a quella delle Regioni non in disavanzo (43,3 vs 23,1 giornate). In mancanza di evidenze epidemiologiche che sostengano un consistente incremento del bisogno reale di riabilitazione intensiva, è ipotizzabile che parte di questa elevata ospedalizzazione sia espressione di inappropriata nell'accesso, anche condizionata da una rete di offerta con tipologie assistenziali non adeguatamente modulate sul percorso-paziente e sui diversi bisogni nelle varie fasi dell'evoluzione clinica.

Le Linee guida nazionali sull'attività di riabilitazione definiscono come alta specializzazione quelle attività di riabilitazione intensiva "che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale e sono erogate presso presidi di alta specialità". Nelle Linee guida si definiscono tre tipologie di reparto con posti letto: Unità spinali unipolari, Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) e gravi traumi cranio-encefalici e Unità per disabilità gravi in età evolutiva (UDGEE).

Il Piano Sanitario Regionale 2010-2012 prevede che tutti, o almeno i più importanti presidi ospedalieri sede di DEA di II livello, ospitino accanto all'area della Terapia intensiva/Rianimazione/Trauma center/Stroke unit/Neurochirurgia un'Unità operativa di neuroriabilitazione acuta (UONA) di cure semi-intensive in grado di erogare trattamenti riabilitativi a persone non ancora stabili clinicamente. Tali unità debbono garantire l'approccio riabilitativo tempestivo, la rapida accoglienza al paziente ancora in fase acuta, la definizione della diagnosi e della prognosi e l'indirizzo al livello di cura successivo. Superata la fase acuta-sub-acuta (durata stimabile in circa 2-3 settimane), deve essere definito il piano riabilitativo che può avvalersi di diversi nodi della rete: 1) neuroriabilitazione post-acuta (codice 75); 2) riabilitazione post-acuta (codice 56); 3) residenzialità; 4) strutture territoriali (ADI o centri di riabilitazione territoriale ex art. 26 o assistenza riabilitativa ambulatoriale specialistica).

Relativamente al nodo dell'alta specialità di Neuroriabilitazione (codice 75) il PSR prevede che debba essere prevalentemente dedicata alle Gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi cranio-encefalici (GCA), immediatamente in continuità con la fase acuta. Ne consegue che in questi reparti non è appropriato il ricovero per cerebropatie cronico-degenerative e per esiti di stroke ischemici, anche se in fase di riacutizzazione, superando la definizione contenuta nella D.G.R. n. 266/2007 che prevedeva invece che tali Unità (codice 75) fossero anche destinate alle "forme degenerative complesse e le complicanze a carico del sistema nervoso centrale in corso di malattie neoplastiche e metaboliche".

L'offerta di posti letto di riabilitazione in Unità spinale (codice 28) è attualmente concentrata presso due strutture: il Centro traumatologico ortopedico (CTO), presidio di ASL della Roma C, e il Centro paraplegici Ostia (CPO), presidio di ASL della Roma D. Dai dati in possesso di Laziosanità-ASP, il CTO ha una dotazione di 32 posti letto di codice 28 (tutti per ricoveri ordinari), di cui risultano essere attivi solo 16. Il CPO dispone di 18 posti letto per ricoveri ordinari e di 1 posto di day hospital in reparti codice 28.

L'Unità spinale unipolare (USU) è fondamentalmente destinata all'assistenza di pazienti con lesione midollare, sia di tipo traumatico che non traumatico (infettiva, vascolare e neoplastica), fin dalla fase di emergenza-acuzie e fino al completo reinserimento familiare e sociale.

Il Decreto commissariale n. 16/08 definiva, oltre all'USU, la presenza di un "Centro spinale", dedicato a pazienti con lesioni midollari stabilizzate, che necessitano di ricovero per complicazioni e follow-up di una mielolesione pregressa. Nel PSR il reparto di unità spinale del CTO viene identificato come Unità spinale unipolare e il reparto di unità spinale del CPO come Centro spinale.

OBIETTIVI





- valutazione e revisione dei percorsi assistenziali con particolare attenzione ai criteri ed alle procedure per il ricovero in posti letto codice 75, 28 ed U.D.G.E.E.
- miglioramento appropriatezza ricoveri posti letto codice 75, 28 ed U.D.G.E.E.
- potenziamento delle attività di controllo ricoveri posti letto codice 75, 28 ed U.D.G.E.E.
- formazione professionisti finalizzata alla applicazione dei percorsi assistenziali
- implementazione registro regionale mielolesioni
- implementazione progetto pilota di telemedicina per l'assistenza alle mielolesioni di cui alla DGR 59/2009 - Linea progettuale 4); implementazione della rete delle unità spinali unipolari

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

1. determina di costituzione del gruppo di lavoro
2. criteri e procedure regionali per il ricovero in posti letto codice 75, 28 ed U.D.G.E.E.
3. miglioramento appropriatezza ricoveri reparti codice 75 e 28 ed UDGEE
4. numero di corsi di formazione realizzati numero di operatori formati
5. numero dati inseriti nel registro regionale mielolesioni
6. numero pazienti con mielolesioni teleassistiti

RISULTATI ATTESI

- definizione di criteri e procedure per il ricovero in posti letto codice 75, 28 ed U.D.G.E.E.
- miglioramento appropriatezza ricoveri posti letto codice 75, 28 ed U.D.G.E.E.
- formazione professionisti finalizzata alla applicazione dei percorsi assistenziali ed alle procedure per la presa in carico dei pazienti
- "messa a regime" del registro regionale mielolesioni
- estensione del sistema di teleassistenza per i pazienti con mielolesioni

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Sarà costituito un gruppo di lavoro regionale che aggiornerà le linee guida per la presa in carico dei pazienti con gravi mielo e cerebro lesioni acquisite ed, in particolare, saranno elaborati criteri e procedure per il ricovero in posti letto codice 75, 28 ed U.D.G.E.E.

Saranno realizzate iniziative di formazione per l'applicazione delle linee guida e procedure e per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri.

Ai fini del raggiungimento di una maggiore appropriatezza nell'erogazione di prestazioni ospedaliere di riabilitazione, in aggiunta ai criteri di accesso, stabiliti dalla Regione (Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n.16 del 5 settembre 2008), occorrerà sviluppare sistemi di monitoraggio dell'offerta e di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri in reparti di riabilitazione post-acuzie, attraverso una qualificazione del sistema dei controlli analitici sulla documentazione clinica e dell'analisi dei dati del sistema informativo RAD-Riabilitazione (RAD-R), che costituisce la principale base dati per descrivere la specificità clinica del soggetto e la peculiarità dell'intervento riabilitativo.

Saranno potenziate le attività del registro per le mielolesioni. Sarà messo a regime il progetto pilota di telemedicina di cui alla DGR 59/09 che permette il trasferimento della continuità di cura dall'ospedale al domicilio del paziente, attraverso collegamenti audio e video con le varie figure professionali coinvolte.





TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA) in mesi

Obiettivi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Costituzione gruppo di lavoro	■											
Revisione letteratura		■	■									
Potenziamento sistema controlli				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Definizione criteri e procedure ricovero						■	■	■	■	■	■	■
Implementazione Registro	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Formazione									■	■	■	■
estensione sistema teleassistenza												

**Direzione Regionale Assetto Istituzionale,
Prevenzione e Assistenza Territoriale**
Il Direttore
dott.ssa *Milena Cipriani*



Il presente allegato
si compone di n.3 pagine

Direzione Regionale Assetto Istituzionale,
Prevenzione e Assistenza Territoriale

Il Direttore
dot.ssa Miriam Capone

ALLEGATO 5

MALATTIE RARE

DECRETO MINISTERIALE 14 OTTOBRE 2009 - COFINANZIAMENTO
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE:
LAZIO

DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)

LINEA PROGETTUALE
MALATTIE RARE

TITOLO DEL PROGETTO
CONSOLIDAMENTO DELLA RETE ASSISTENZIALE PER LE MALATTIE RARE NELLA REGIONE
LAZIO

DURATA DEL PROGETTO
1 ANNO

REFERENTI :

Dott. Mario Brago - Direzione Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale - Area
Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca - Regione Lazio

ALLEG. alla DEL. n. 525 DZ
DEL 17 NOV. 2010



ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO
€ 1.000.000,00

QUOTA FINANZIATA DALLA REGIONE
€ 300.000,00


IMPORTO RICHiesto PER IL COFINANZIAMENTO DEL MINISTERO
€ 700.000,00

IL PROGETTO

CONTESTO

la DGR n. 381/02 ha adottato i criteri per l'individuazione dei centri regionali di riferimento per le malattie rare di cui al Decreto Ministeriale n.279/01; tali criteri possono essere soddisfatti dalle strutture sanitarie anche attraverso il coinvolgimento di unità operative appartenenti ad istituzioni diverse, purché stabilmente connesse tra di loro per l'esercizio delle funzioni attribuite dalle norme ai centri di riferimento convogliando le diverse unità specialistiche presenti nelle strutture.

Con Deliberazione della Giunta regionale del 5/12/2003, n. 1324 "Individuazione della rete regionale per la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare ai sensi del DM 18/5/2001, n. 279 e DGR



28/3/2002, n. 381" è stata istituita la Commissione regionale per le malattie rare. Il suddetto provvedimento regionale ha stabilito che i centri ed i presidi della rete regionale per le malattie rare dovranno assicurare, ciascuno per le patologie di competenza, lo svolgimento delle funzioni per essi rispettivamente previsti dal Decreto Ministeriale n.279/01 e in particolare, per i centri di riferimento:

- a) la gestione del registro delle malattie rare coordinata con i registri territoriali ed il registro nazionale;
- b) lo scambio di informazioni e della documentazione sulle malattie rare con gli altri centri interregionali e con gli organismi internazionali competenti;
- c) il coordinamento dei presidi della rete, al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia qualora esistente, anche mediante l'adozione di specifici protocolli concordati;
- d) la consulenza ed il supporto ai medici del SSR in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci appropriati per il loro trattamento;
- e) la collaborazione alle attività formative degli operatori sanitari e del volontariato alle iniziative preventive;
- f) l'informazione ai cittadini ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci;
- g) i presidi inclusi nella rete operano secondo protocolli clinici concordati con i centri di riferimento e collaborano con i servizi territoriali ed i medici di medicina generale ai fini dell'individuazione e della gestione del trattamento;

Con Deliberazione della Giunta Regionale del 7/1/2005, n. 20 si è proceduto ad un aggiornamento dell'All. 1 alla DGR 1324/03".

Attualmente la rete regionale per le malattie rare prevede la presenza di centri e presidi esclusivamente nella capitale.

OBIETTIVI

- definizione di linee guida per il coordinamento della rete assistenziale
- miglioramento dello standard assistenziale per la tutela dei soggetti affetti da malattie rare attraverso la ridefinizione dei criteri per l'identificazione dei centri e dei presidi
- attivazione di presidi specifici per patologia nell'ambito della provincia laziale
- revisione della rete assistenziale per i soggetti emofilici
- revisione della rete assistenziale per i soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica
- implementazione della rete assistenziale per i soggetti affetti da sensibilità chimica multipla
- istituzione di programmi di collaborazione con le associazioni dei pazienti affetti da malattie rare
- formazione degli operatori
- potenziamento del registro per le malattie rare

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

1. determina di costituzione del gruppo di lavoro
2. numero pazienti assistiti dal centro di riferimento regionale per la sensibilità chimica multipla
3. n. reti assistenziali revisionate
4. documento contenente gli standard per l'identificazione dei centri e dei presidi
5. numero di presidi attivati nella provincia laziale
6. numero di rappresentanti delle associazioni dei malati inseriti nei gruppi di lavoro tecnici
7. numero di corsi di formazione realizzati numero di operatori formati





RISULTATI ATTESI

1. potenziamento di reti assistenziali specifiche per patologia
2. implementazione delle attività del centro di riferimento regionale per la sensibilità chimica multipla
3. svolgimento di attività di formazione
4. potenziamento del registro per le malattie rare
5. attivazione di presidi specifici per patologia nell'ambito della provincia laziale
6. empowerment dei cittadini utenti

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Sarà costituito un gruppo di lavoro regionale che procederà alla revisione della letteratura e delle principali esperienze nazionali ed internazionali. Il gruppo procederà all'aggiornamento dei requisiti di struttura processo ed esito per l'identificazione dei centri e dei presidi anche sulla base dell'attività svolta sinora. Saranno definite le reti assistenziali specifiche per patologia con attivazione di presidi nell'ambito della provincia di Roma e del Lazio (attualmente limitati alla sola capitale) al fine di migliorare la continuità assistenziale e favorire la presa in carico. Sarà attivato un centro di riferimento per la sensibilità chimica multipla. Saranno realizzate attività di formazione rivolti agli specialisti del settore, ai servizi territoriali ed ai medici di medicina generale. Saranno potenziate le attività del registro per le malattie rare gestito da Laziosanità ASP.

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA) in mesi

Obiettivi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Costituzione gruppo di lavoro regionale	■											
Analisi letteratura scientifica ed esperienze nazionali ed internazionali		■										
ridefinizione dei criteri per l'identificazione dei centri e dei presidi			■	■	■	■	■	■	■			
revisione della rete assistenziale per i soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica											■	
implementazione della rete assistenziale per i soggetti affetti da sensibilità chimica multipla												■
revisione della rete assistenziale per i soggetti emofilici												■
potenziamento registro												■
formazione												■



**Direzione Regionale Assetto Istituzionale,
Prevenzione e Assistenza Territoriale**
Il Direttore
dott.ssa Maria Chiara