



**Forum Risk Management**

obiettivo sanità salute

**21-24 NOVEMBRE 2023**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

18

18

**21-24 NOVEMBRE 2023**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**#ForumRisk18**

*La sfida della*  
**SANITÀ**  
**PUBBLICA**

**CAMBIAMENTO • SOSTENIBILITÀ • PROSSIMITÀ**

#ForumRisk18



[www.forumriskmanagement.it](http://www.forumriskmanagement.it)

**Azienda:** Azienda Sanitaria Locale Roma 4

**Titolo della presentazione:** La progettazione dei servizi e l'integrazione socio-sanitaria nella Casa di Comunità

**Area tematica:** Laboratorio PNRR e sanità territoriale

**Referente dell'Esperienza:** Cristina Matranga, Direttore Generale

## RAZIONALE DELL'ESPERIENZA

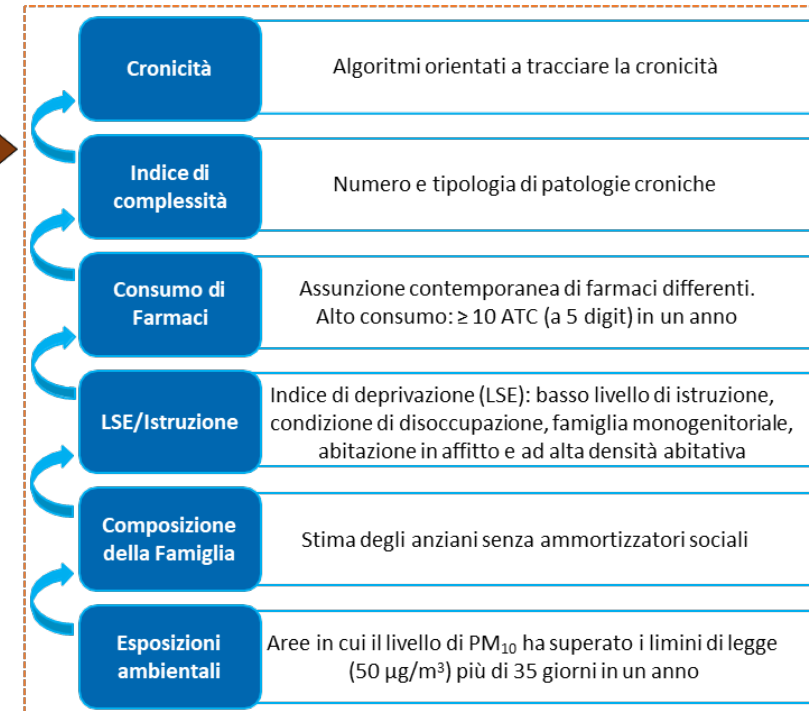
Il modello di Strutturazione dei servizi da includere in una Casa di Comunità è stato realizzato con l'**obiettivo di rispondere in maniera coerente ai bisogni di salute specifici della popolazione target** al fine di portare dei benefici in termini di presa in carico dei pazienti e quindi direttamente o indirettamente **prevenire o intercettare accessi inappropriati in Ospedale**, in termini di integrazione Ospedale-Territorio.



# DESCRIZIONE SINTETICA: Il Modello Fiano (1/4)

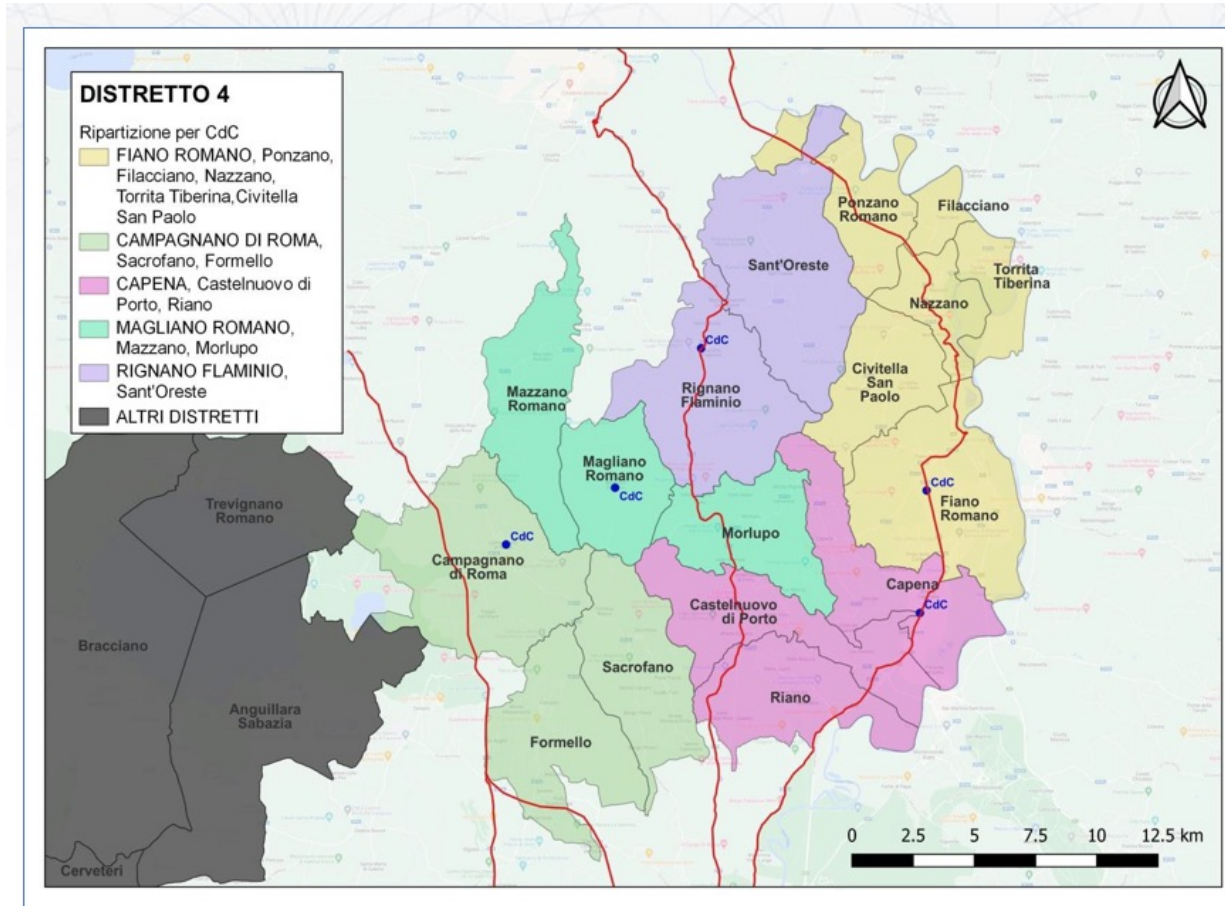
Il progetto prevede la definizione di un nuovo modello di offerta sanitaria che, partendo dallo studio dei bisogni della popolazione e confrontandolo con l'assessment dell'attuale offerta di servizi sanitari territoriali, permetta di definire ed integrare un nuovo modello di offerta più consono ai bisogni degli utenti di ogni singola realtà distrettuale e di sviluppare le funzioni della committenza.

Riprogettazione dei servizi	
Assessment Preliminare	Definizione della popolazione target (Aggregazione geografica)
	Stato di salute della popolazione, stratificazione del rischio
	Analisi dell'attuale distribuzione spazi e logistica
	Offerta di prestazioni socio-sanitarie (produzione ACTUAL)
	Creazione di un gruppo di progetto (Dir. Consorzio; MMG, Dir. Distretto, Dipartimento Epidemiologia, DAPSS, Resp. Interd. Specialistica Amb., Dip. Prevenzione, Disabilità)
	Dialogo con i Servizi sociali e progettazione congiunta delle attività presenti nella Cdc
	Dialogo con i MMG/PLS e definizione della collaborazione
Riprogettazione	Riprogettazione della specialistica ambulatoriale
	Offerta per popolazione sana, cronica e policronica
	Integrazione con i percorsi di cura con ospedali
Funzionamento On -Going	Monitoraggio degli Indicatori di Risultato
	Eventuale Riprogettazione della specialistica Ambulatoriale

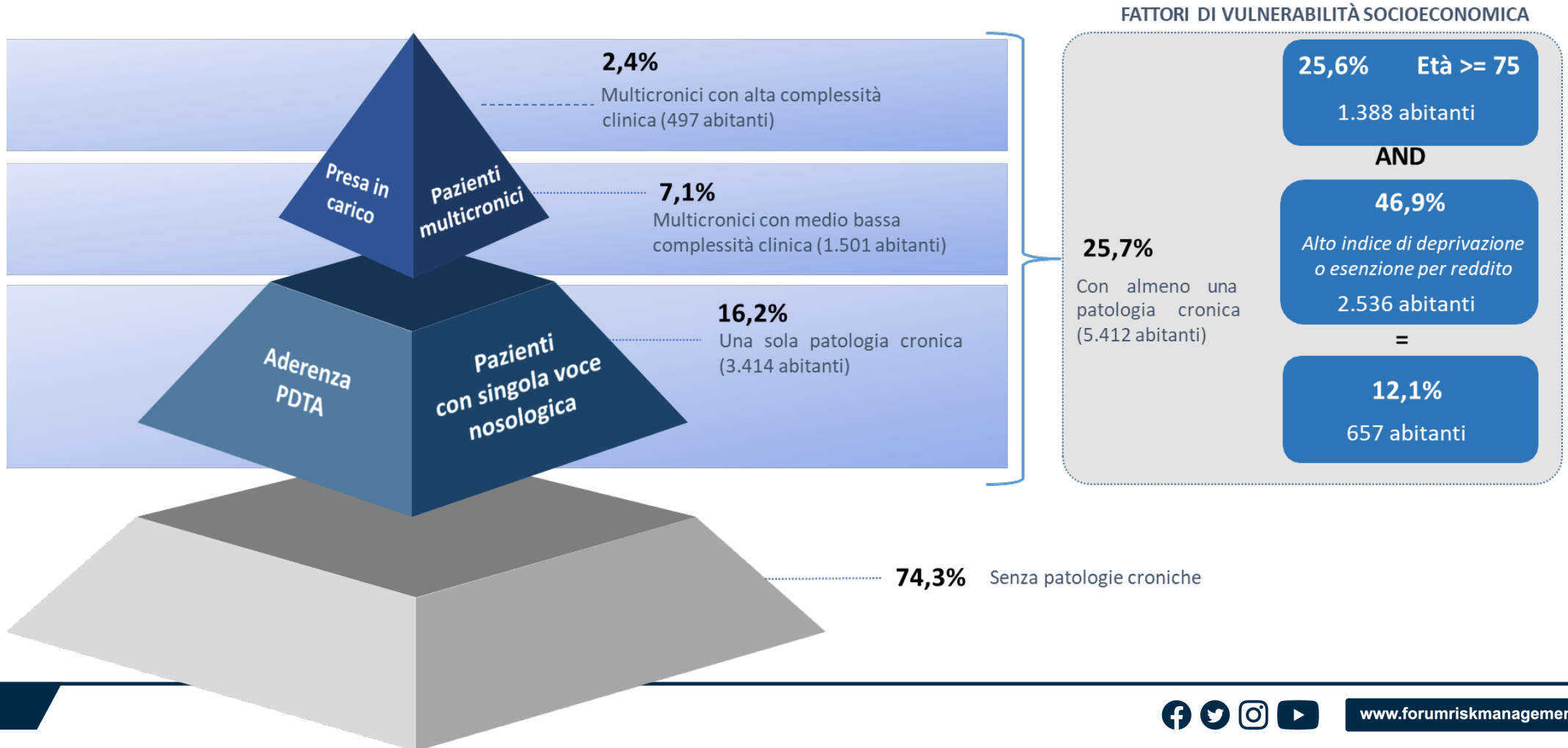




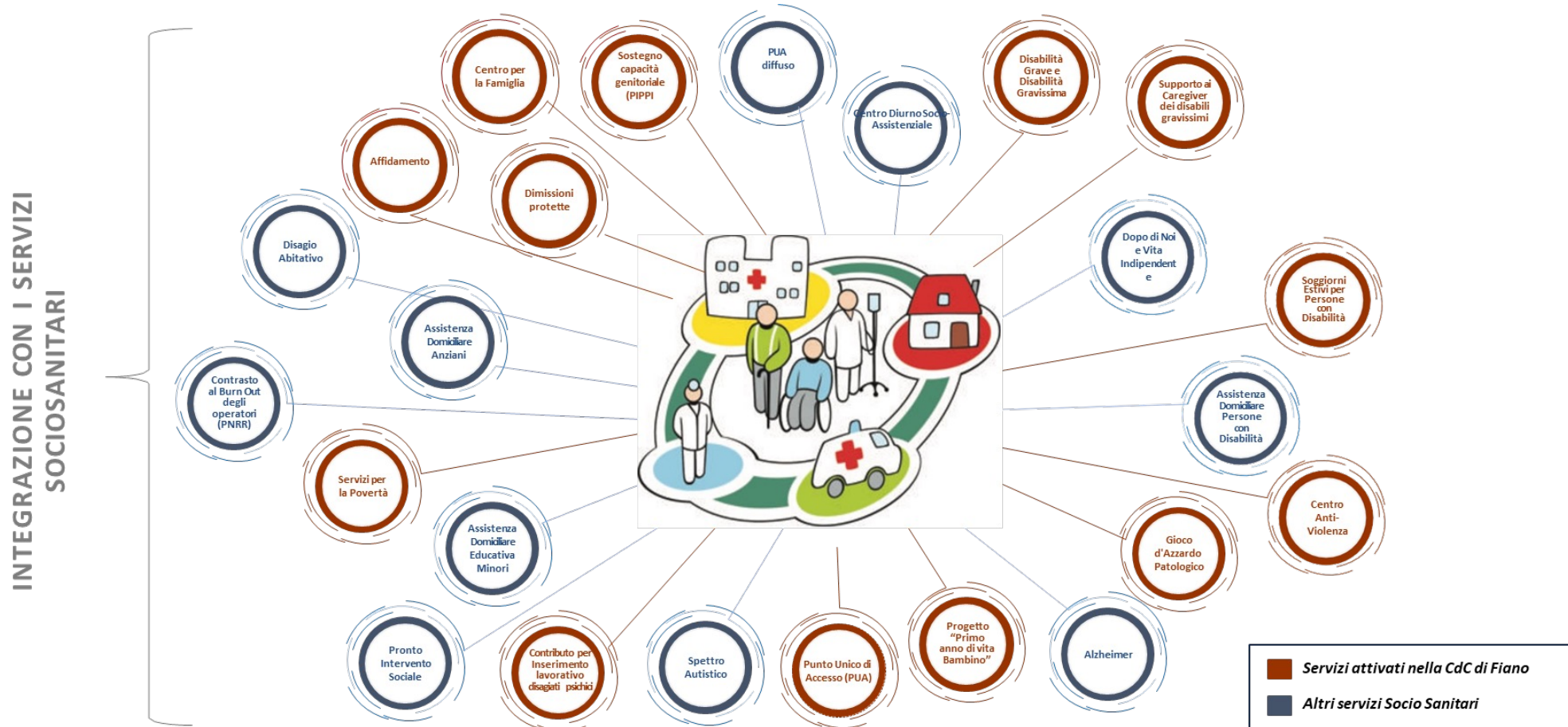
# DESCRIZIONE SINTETICA: Il Modello Fiano (2/4)



# DESCRIZIONE SINTETICA: Il Modello Fiano (3/4)



# DESCRIZIONE SINTETICA: Il Modello Fiano (4/4)





# UNITÀ ORGANIZZATIVE E TARGET PROFESSIONALI COINVOLTI

Nello sviluppo del modello sono stati coinvolti sia stakeholder interni che stakeholder esterni alla Asl.

## INTERNI

- Direzione Aziendale
- Distretto
- Resp. Interdisciplinare specialistica ambulatoriale
- DAPS
- Dipartimento di Epidemiologia
- SERD
- DSM



## ESTERNI

- MMG
- Enti del terzo settore
- Consorzio Valle del Tevere
- Comuni afferenti alla CdC





# ORIZZONTE TEMPORALE

TEMPO DI REALIZZAZIONE DEL MODELLO: 11 MESI



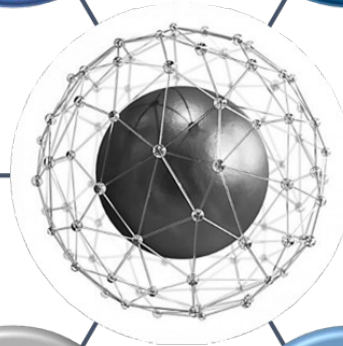
# RISORSE E STRUMENTI

Gruppi di lavori multidisciplinari volti alla co-progettazione dei servizi da includere in una CdC



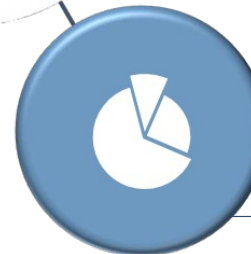
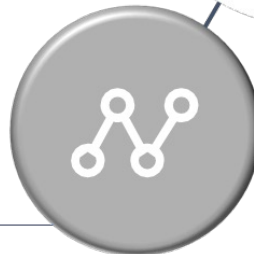
Strumenti di Project Management

Analisi degli spazi fisici e della logistica  
(disponibilità mezzi di trasporto pubblico e accessibilità della rete viaria)



Analisi epidemiologica e sociodemografica

Analisi dei servizi sociali integrabili in CdC



Analisi dell'offerta di specialistica ambulatoriale  
(produzione diretta, produzione da privato accreditato e mobilità passiva intraregionale)

## PUNTI DI FORZA



Equità dell'offerta dei servizi sanitari



Integrazione con i servizi sociali e terzo settore



Efficace strutturazione dei servizi offerti da una Casa di Comunità che consente di intercettare e prendere in carico quel flusso di utenti che inappropriatamente si rivolge agli ospedali



# CRITICITÀ E SOLUZIONI ADOTTATE

## CRITICITÀ

*Rigidità del sistema nella modifica dell'orientamento dell'offerta dei servizi socio sanitari verso i bisogni di salute*



*Difficoltà nel cambiamento culturale dell'utenza rispetto alla nuova offerta di servizi*








## SOLUZIONI

Pieno coinvolgimento delle figure interne ed esterne all'azienda

Diffusione della nuova offerta sanitaria attraverso l'adozione della Carta dei servizi e il coinvolgimento dei MMG

# INDICATORI DI RISULTATO

Ad integrazione della DGR 643/2022, con Determina n. G18206 del 20.12.2022 sono state approvate le Linee guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio. Nelle Linee guida sono descritti gli **indicatori che misurano la qualità dell'assistenza territoriale per intervenire secondo priorità e intensità**. È possibile calcolare specifici indicatori di esito (es. ospedalizzazioni evitabili, aderenza ai trattamenti farmacologici, il ricorso alle visite specialistiche o il monitoraggio di specifici parametri clinici e metabolici, proxy della progressione della patologia).

AREA ASSISTENZIALE	INDICATORE
 <b>CARDIOVASCOLARE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMA: aderenza alla politerapia dopo il ricovero - % ADJ</li> <li>• IMA: eventi maggiori cardio-cerebrovascolari (MACCE) dopo il ricovero - % ADJ</li> <li>• Scompenso cardiaco: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % GREZZA</li> <li>• Ospedalizzazioni per scompenso cardiaco - TASSO x 1000 ADJ</li> </ul>
 <b>CEREBROVASCOLARE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictus ischemico: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % GREZZA</li> <li>• Ictus ischemico: eventi maggiori cardio-cerebrovascolari (MACCE) dopo il ricovero - % ADJ</li> </ul>
 <b>METABOLICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabete: almeno una misurazione di emoglobina glicata in un anno - % GREZZA</li> <li>• Diabete: almeno una misurazione di colesterolemia in un anno - % GREZZA</li> <li>• Ospedalizzazioni per complicanze a breve e lungo termine del diabete - TASSO x 1000 ADJ</li> </ul>
 <b>RESPIRATORIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BPCO: aderenza al trattamento dopo il ricovero - % ADJ</li> <li>• Ospedalizzazioni per BPCO - TASSO x 1000 ADJ</li> </ul>
 <b>PERCORSO NASCITA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravidanza: utilizzo di farmaci potenzialmente inappropriati - % GREZZA</li> <li>• Gravidanza: donne con meno di 3 ecografie - % GREZZA</li> </ul>
 <b>FARMACO UTILIZZAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistiti di età &gt;= 80 anni: utilizzo di statine - % GREZZA</li> <li>• Assistiti in età adulta (18-84 anni) che utilizzano antibiotici - % GREZZA</li> <li>• Bambini in età prescolare che utilizzano cortisonici per aerosol - % GREZZA</li> </ul>
 <b>ACCESSI IN PS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pazienti con patologie croniche: accessi potenzialmente inappropriati in PS - % GREZZA</li> </ul>

# RISULTATI CONSEGUITI / FOLLOW UP

Sviluppo di competenze interne per la comprensione dei bisogni di salute della popolazione di riferimento.



Identificazione delle istanze specifiche di tutti gli stakeholder interessati (utenti, terzo settore ecc.) attraverso lo strumento della co-progettazione.

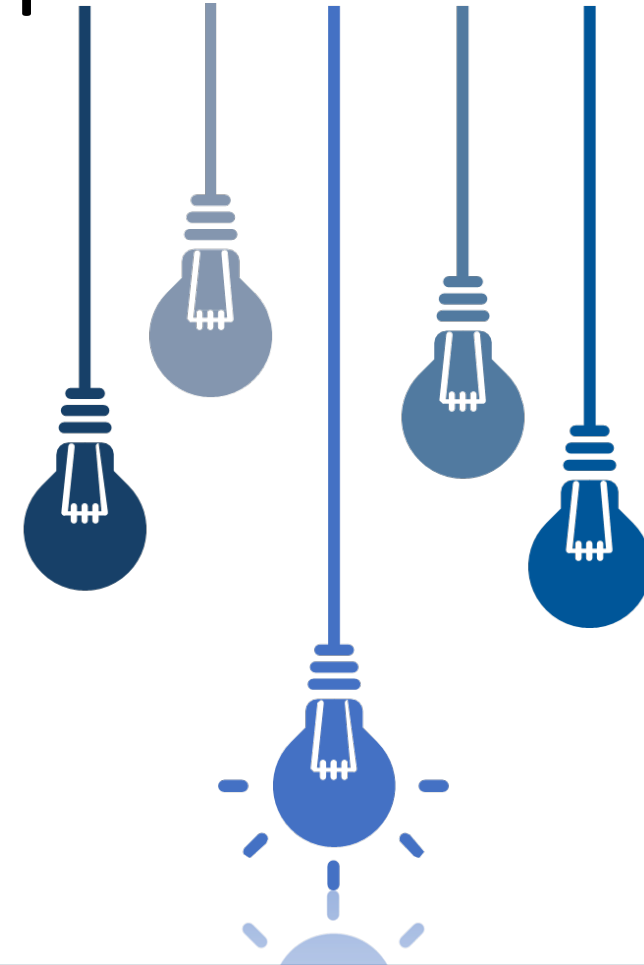


Conclusione del progetto pilota relativo alla CdC di Fiano Romano con l'adozione di una Carta dei Servizi.



## EVOLUZIONE / SVILUPPI PREVISTI

- Orientare l'offerta anche **verso l'integrazione socio-sanitaria**. La Asl, con l'aiuto del Consorzio e di altri Enti, sta individuando un insieme di servizi da offrire presso le Case di Comunità e la collocazione degli stessi tra le diverse CdC al fine di garantire una presenza omogenea su tutto il territorio.
- Creare un **sistema di monitoraggio dell'efficacia delle strutture attivate** attraverso gli indicatori previsti dalle disposizioni regionali e aziendali.
- Garantire nel tempo **l'efficacia della risposta bisogno di salute** attraverso l'attivazione, ove necessario, di **nuovi servizi**.



## REFERENTE DELL'ESPERIENZA

AZIENDA: Azienda Sanitaria Locale ROMA 4

NOMINATIVO: Matranga

Cristina RUOLO: Direttore

Generale TELEFONO:

0766.59.11

