



***Documento di Programmazione della Rete
Territoriale - DM 77 del 23 maggio 2022, n.77 e
PNRR***

Sommario

0.	Introduzione	4
1.	Analisi di contesto	5
1.1.	La situazione epidemiologica della popolazione assistita della Regione Molise in base ai dati amministrativi.....	6
1.2.	Il contesto demografico.....	9
1.3.	Collocazione dei tre distretti della Regione Molise.....	11
2.	Riorganizzazione della rete territoriale – il Ruolo del Distretto	15
2.1.	La presa in carico del cittadino nei percorsi assistenziali	15
2.1.1.	I PDTA (DCA n. 14 del 12 maggio 2023)	18
2.1.2.	A.S.Re.M. – Centro Specialistico Regionale Autismo (CSRA).....	20
2.1.3.	Centro diurno per persone con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD)	21
2.1.4.	Progetto pilota di appartamento protetto – Formula “Durante noi per il dopo noi”	21
2.2.	FOCUS: l’Area Materno-Infantile.....	22
2.2.1.	Consultori	22
2.2.2.	Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (NPIA)	23
2.3.	Porta Unica di Accesso e Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).....	24
2.4.	Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)	25
2.4.1.	Le forme di associazionismo.....	26
2.4.2.	AFT.....	26
2.4.3.	UCCP	28
2.5.	Il ruolo della Farmacia dei servizi	30
2.6.	Infermiere di famiglia o Comunità.....	31
2.7.	Dalle Case della Salute alle Case di Comunità	33
2.8.	Assistenza domiciliare integrata.....	44
2.9.	Ospedali di Comunità	45
2.10.	Centrali Operative Territoriali.....	47
2.11.	Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA)	50
2.12.	CENTRI DI ASSISTENZA E URGENZA – CAU	53
2.13.	Telemedicina, piattaforma unica regionale a supporto della rete territoriale	55
2.13.1.	La Televisita	57
2.13.2.	Il Telemonitoraggio.....	59
2.13.3.	Telecontrollo	61
2.13.4.	Teleconsulto	62
2.13.5.	TeleAssistenza	63
2.13.6.	Teleriabilitazione	64
2.14.	Fascicolo Sanitario Elettronico.....	64
2.15.	L’Area Prevenzione.....	65
2.15.1.	Screening oncologici e adesione ai programmi organizzati	65
2.15.2.	Rafforzamento delle coperture vaccinali	66
2.16.	Area Sanità pubblica Veterinaria e Sicurezza alimentare	67

2.17.	Assistenza sociosanitaria Residenziale e Semi-Residenziale	68
2.17.1.	Assistenza sociosanitaria Residenziale e Semi-Residenziale alle Persone non Autosufficienti e Demenze	68
2.17.2.	Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale a persone con disabilità	70
2.17.3.	Criteri e regole per eventuali nuovi accreditamenti	72
2.18.	Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	73
2.18.1.	Rete territoriale dei servizi	73
2.18.2.	Dipartimento di salute mentale e delle Dipendenze Patologiche	74
2.18.3.	Centro di Salute Mentale (CSM)	75
2.18.4.	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	76
2.18.5.	Day Hospital psichiatrico (DH)	76
2.18.6.	Strutture Residenziali Psichiatriche	76
2.18.7.	Centro Diurno	77
2.18.8.	Autismo	79
2.18.9.	Disturbi alimentari	80
2.18.10.	Psicogeriatría	81
2.18.11.	Disabilità intellettive	81
2.18.12.	Riepilogo fabbisogno	81
2.18.13.	Dipendenze Patologiche	82
2.19.	Salute Penitenziaria - L'organizzazione dell'assistenza sanitaria alle persone detenute	84
2.19.1.	Promozione della continuità assistenziale	84
2.19.2.	Organizzazione del servizio aziendale sanità penitenziaria – ASReM	84
2.19.3.	Il processo di informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario	86
2.20.	Cure Palliative	88
2.20.1.	La rete di cure palliative	91
2.20.2.	Definizione dei destinatari del servizio	93
2.20.3.	Criteri di arruolamento	93
2.20.4.	Setting assistenziali	94
3.	L'integrazione tra setting assistenziali	103
3.1.	Il territorio e l'integrazione dei servizi socio-sanitari	104
3.2.	Sistema di Governance del territorio, strumenti di analisi degli assistiti, monitoraggio della spesa e del budget	105
4.	Valutazione economica	106

0. Introduzione

La riorganizzazione della rete territoriale della Regione Molise è stata delineata all'interno del più organico provvedimento di programmazione regionale per il triennio 2023 – 2025.

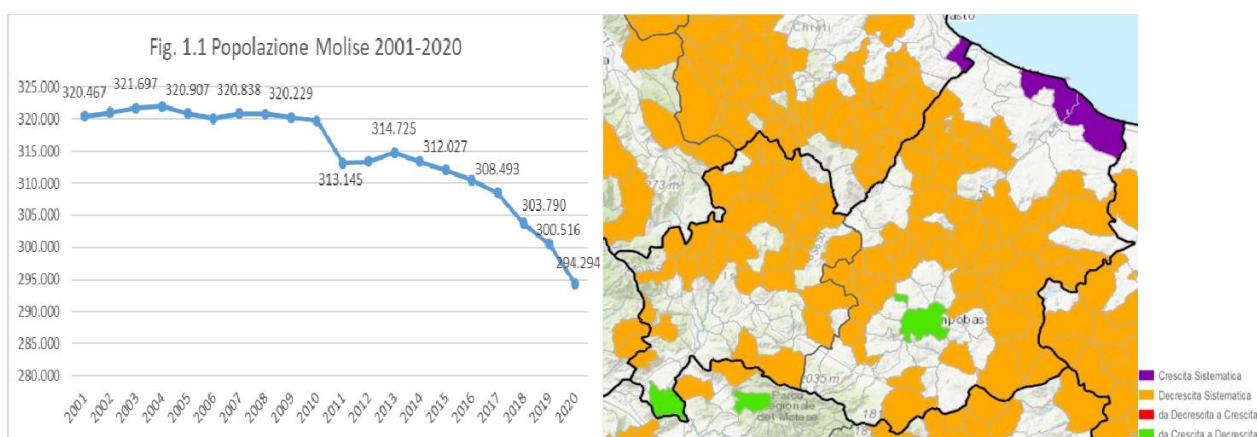
La Regione Molise intende rilanciare il processo di implementazione della propria rete territoriale, sfruttando soprattutto le nuove possibilità derivanti dall'utilizzo delle risorse finanziate dalla Missione 6 Component 1 (M6C1) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalla Legge di Bilancio n. 234/2021 in materia di personale.

Le presenti Linee Guida s'inseriscono nel quadro di azioni e indirizzi che la Regione Molise intende sviluppare per l'implementazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nel DM 77/2022 e delle indicazioni fornite dai metaprogetti dell'AGENAS, anche relativamente ai contenuti relativi alla Casa della Comunità (CdC), degli Ospedali di Comunità (OdC), alle Centrali Operative Territoriali (COT), alle attività dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC), alla Centrale Operativa 116117, alle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) e agli indirizzi in tema di transizione digitale previsti all'interno della Missione 6 Salute.

1. Analisi di contesto

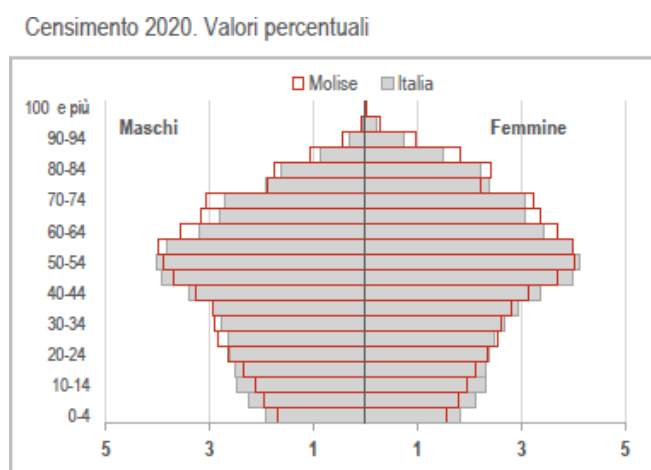
La Regione Molise si caratterizza per un progressivo spopolamento accompagnato da un invecchiamento della popolazione residente riconducibile sia al calo demografico sia alla migrazione delle fasce più giovani della popolazione. Nelle aree interne sono maggiormente presenti comuni dove il processo di decrescita è ormai sistematico, mentre sulla costa si assiste ad una crescita sistematica della popolazione nell'ultimo ventennio (Cfr. Fig. 1.1 e 1.2).

Figura 1.1 e 1.2 – Andamento della popolazione residente in Molise 2001 e 2020



Alla decrescita della popolazione residente si accompagna un persistente processo di invecchiamento della popolazione più consistente di quanto sta già avvenendo a livello nazionale (Cfr. Fig. 1.3)

Figura 1.3 - Piramide dell'età della popolazione residente in Molise in Italia nel 2020



Fonte: Censimento permanente della popolazione in Molise, Anno 2020.
<https://www.istat.it/it/archivio/267907>, 2022.

Una lettura più granulare del fenomeno è riportata nelle Tabelle 1.1 e 1.2 che indicano i dati sia a livello regionale che provinciale, fornendo anche un confronto con il dato nazionale.

Tabella 1.1 I principali indicatori demografici della popolazione della Regione Molise nel 2020

	Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di struttura della popolazione attiva
Molise	47,1	233,1	58,6	141,3
Campobasso	47,0	231,6	58,3	141,6
Isernia	47,3	237,0	59,5	140,4
Italia	45,4	182,6	57,3	141,9

Fonte: ISTAT

Tabella 1.2 Mortalità e speranza di vita a livello regionale e provinciale della Regione Molise nel 2020

Anno 2020	Tasso di mortalità (per mille abitanti)	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 65 anni	Speranza di vita a 85 anni	Età media al decesso	Probabilità di morte a 0 anni (per mille)
Molise	13.6	82.2	20.6	6.5	82.1	1.7
Campobasso	13.2	82.4	20.6	6.6	82.0	1.6
Isernia	14.6	81.8	20.4	6.4	82.5	3.2
Italia	12.5	82.1	20.0	6.2	81.6	2.6

Fonte: ISTAT

Questi andamenti sono confermati per il prossimo triennio: in particolare, riportando i valori mediani stimati da ISTAT si prevede un rallentamento del

processo di decrescita della popolazione, seppure sempre persistente, e la crescita dell'1% della popolazione al di sopra dei 65 anni.

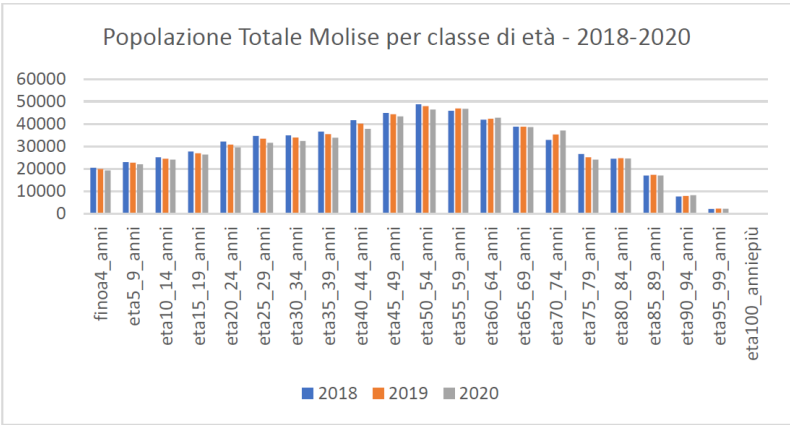
Tabella 1.3 Previsioni per i principali indicatori della popolazione nella Regione Molise nel triennio 2022 – 2025

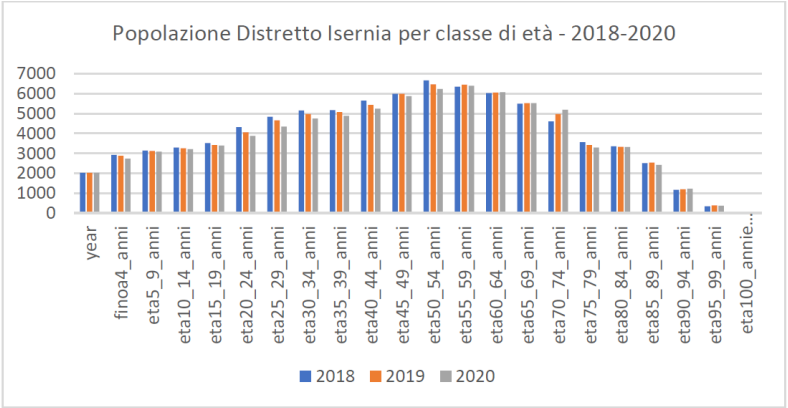
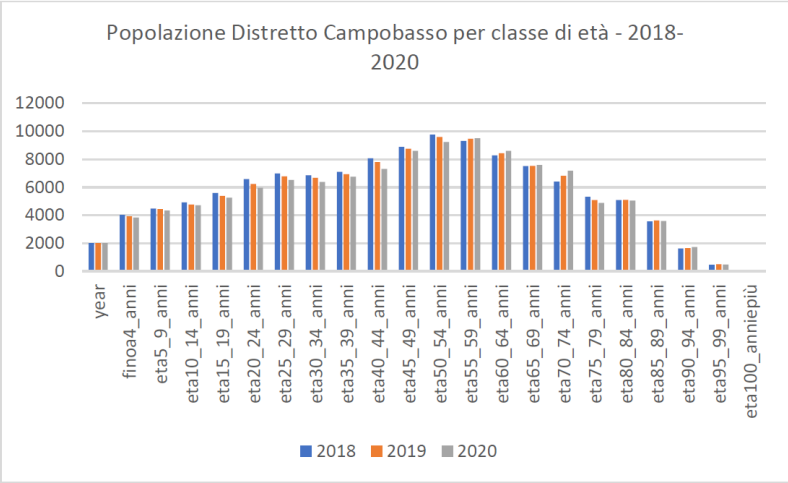
	Anno	Pop residente	Tasso di mortalità (per 1.000 ab.)	Speranza di vita alla nascita (mediana)		Speranza di vita a 65 anni (mediana)		Età media pop.	Tasso di crescita pop.	Quota pop. 0-14 anni (%)	Quota pop. ≥ 65 anni (%)	Quota pop. ≥ 85 anni (%)	
				maschi	femmine	maschi	femmine						
Molise	2022	293.506	14,4	79,0	84,6	18,3	22,0	47,7	-	9,3	10,8	26,0	4,7%
	2023	290.798	14,2	79,3	84,8	18,5	22,2	47,9	-	8,8	10,7	26,3	4,7%
	2024	288.256	14,0	79,6	85,1	18,7	22,4	48,2	-	8,4	10,5	26,7	4,7%
	2025	285.856	13,7	79,9	85,3	18,9	22,6	48,4	-	8,0	10,4	27,2	4,8%
Campobasso	2022		14,3					47,6	-	9,4	10,8	25,8	
	2023		14,0					47,9	-	8,9	10,6	26,2	
	2024		13,8					48,1	-	8,5	10,4	26,5	
	2025		13,7					48,4	-	8,4	10,3	27,0	
Isernia	2022		14,9					47,9	-	9,0	10,9	26,4	
	2023		14,5					48,1	-	8,4	10,8	26,8	
	2024		14,2					48,3	-	7,9	10,7	27,1	
	2025		13,9					48,5	-	7,4	10,6	27,6	

Fonte: ISTAT, Popolazione e famiglie, indicatori demografici in prospettiva

Si considera, infine, la composizione della popolazione per fasce di età quinquennali nei tre distretti sanitari regionali di Campobasso, Termoli e Isernia.

Figura 1.4 Distribuzione della popolazione residente in Molise nel triennio 2018 – 2020 distribuita per distretto sanitario e per fascia di età





Fonte: Istat

Da questi istogrammi emerge che, nel triennio considerato, la fascia di età in cui si è registrato in tutti tre distretti un incremento è quella compresa tra i 70 e i 74 anni, mentre le diminuzioni più consistenti si rilevano nelle fasce di età tra i 20 e i 54 anni.

Tabella 1.4 Indici vari per distretto – Molise 2018-2020 (elaborazione dati Istat)

Anno	distretto	Indice di vecchiaia ($\geq 65/0-14$)	Indice di dipendenza ($(0-14 \text{ anni} + \geq 64)/15-64$ anni)	Indice di dipendenza anziani ($\geq 65/15-64$)	Indice di struttura della popolazione attiva ($40-64 \text{ anni}/15-39 \text{ anni}$)
2018	Campobasso	223,3	56,1	38,8	133,7
2019		231,3	57,2	39,9	137,4
2020		237,1	58,6	41,2	140,1
2018	Isernia	225,5	56,6	39,2	133,4
2019		231,3	58,3	40,7	136,9
2020		237,0	59,5	41,9	140,4
2018	Termoli	205,5	55,7	37,5	136,1
2019		215,6	56,6	38,7	140,1
2020		225,0	57,9	40,1	143,6
2018	Molise	217,9	56,1	38,5	134,4
2019		226,0	57,3	39,7	138,1
2020		233,1	58,6	41,0	141,3

Fonte: ISTAT

1.1. La situazione epidemiologica della popolazione assistita della Regione Molise in base ai dati amministrativi

Una prima indicazione delle patologie maggiormente presenti tra i residenti della Regione Molise può essere fornita dai dati SDO per i ricoveri sia avvenuti in Molise sia fuori regione, distribuiti per settore nosologico.

Tabella 1.5 Malattie Croniche per Settore Nosologico in base al flusso ministeriale SDO 2019

		Totale pazienti 32.162		Di cui in mobilità passiva 6.246		
Settore Nosologico		N. pazienti	% rispetto al tot pz	N. pazienti	% su pz in mobilità	% pz in mobilità sul tot
1	Malattie infettive e parassitarie	221	0,69%	60	0,96%	27,15%
2	Tumori	3376	10,50%	1190	19,05%	35,25%
3	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo, e disturbi immunitari	5983	18,60%	1146	18,35%	19,15%
4	Malattie del sangue e degli organi emopoietici	1257	3,91%	212	3,39%	16,87%
5	Disturbi psichici	1640	5,10%	360	5,76%	21,95%
6	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	2442	7,59%	766	12,26%	31,37%
7	Malattie del sistema circolatorio	10625	33,04%	1750	28,02%	16,47%
8	Malattie dell'apparato respiratorio	2600	8,08%	437	7,00%	16,81%
9	Malattie dell'apparato digerente	1714	5,33%	429	6,87%	25,03%
10	Malattie dell'apparato genitourinario	3225	10,03%	766	12,26%	23,75%
11	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	106	0,33%	29	0,46%	27,36%
12	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	474	1,47%	125	2,00%	26,37%
13	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2831	8,80%	1396	22,35%	49,31%
14	Malformazioni congenite	865	2,69%	441	7,06%	50,98%
15	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	2	0,01%			
16	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	172	0,53%	35	0,56%	20,35%
17	Traumatismi e avvelenamenti	64	0,20%	29	0,46%	45,31%
18	Class supp	2864	8,90%	757	12,12%	26,43%

* con almeno una malattia cronica nella categoria nosologica

Attualmente il quadro epidemiologico della popolazione, a partire dalle esenzioni, si caratterizza per una consistente presenza di patologie cardiocircolatorie, oltre alle neoplasie maligne e al diabete. Emerge un primo quadro coerente con i dati nazionali dove le aree prevalenti risultano essere i tumori e le patologie cardiocircolatorie.

Figura 1.5 La distribuzione delle esenzioni più frequenti tra gli assistiti della Regione Molise (2018-2020)

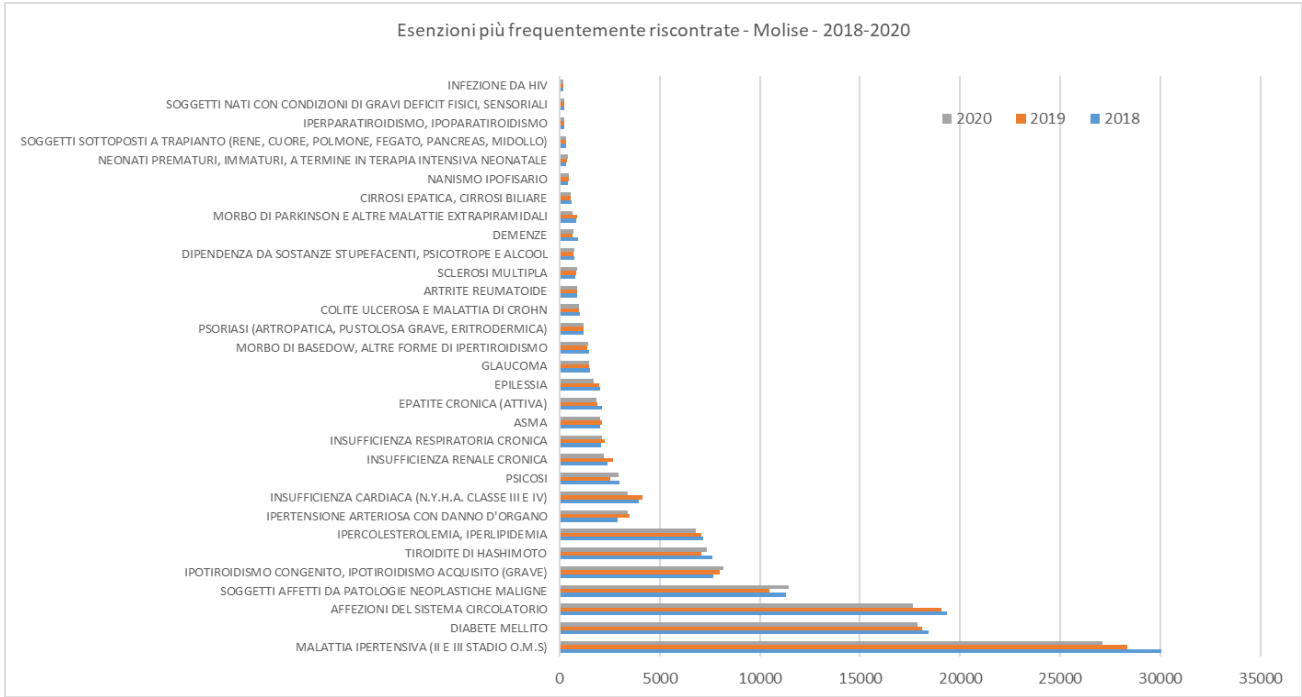
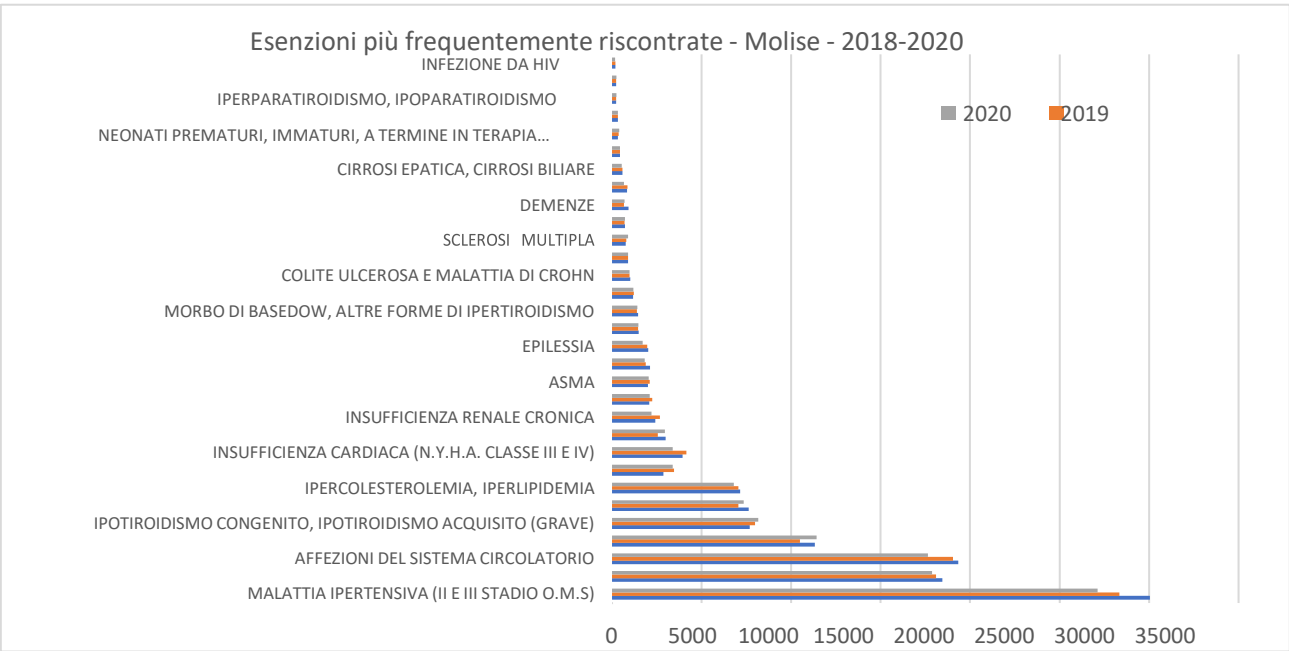


Figura 2.6. Esenzioni più frequentemente identificate nei file delle esenzioni e nei flussi dei farmaci (diretti e convenzionati), ADI, e nelle diagnosi ricavate dalle SDO, PS, SISM e Cure termali.



1.2. Il contesto demografico

L'ASReM ha una popolazione (ISTAT 1/1/2021) di 294.294 abitanti, pari allo 0.5% della popolazione italiana, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 3 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.

Popolazione totale ASReM						
Distretti Sanitari	Maschi	Femmine	Totale	% della Regione	% Maschi	% Femmine
Campobasso	57.396	60.050	117.446	40%	20%	20%
Termoli	47.152	48.281	95.433	32%	16%	16%
Isernia	40.316	41.099	81.415	28%	14%	14%
Totale ASReM	144.864	149.430	294.294		49%	51%

Le Tabelle seguenti mostrano la distribuzione della popolazione per Distretto, sesso e fascia di età; la lieve prevalenza del sesso femminile (50,7%) è spiegabile dalla mortalità più elevata e più precoce negli uomini.

Popolazione totale ASReM per fasce di età							
Distretti Sanitari	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	12.871	11%	74.061	63%	30.514	26%	117.446
Termoli	10.773	11%	60.421	63%	24.239	25%	95.433
Isernia	9.017	11%	51.031	63%	21.367	26%	81.415
Totale ASReM	32.661	11%	185.513	0,63	76.120	26%	294.294

Popolazione maschile ASReM per fasce di età							
Distretti Sanitari	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	6.649	12%	37.444	65%	13.303	23%	57.396
Termoli	5.623	12%	30.714	65%	10.815	23%	47.152
Isernia	4.667	12%	26.064	65%	9.585	24%	40.316
Totale ASReM	16.939	12%	94.222	0,65	33.703	23%	144.864

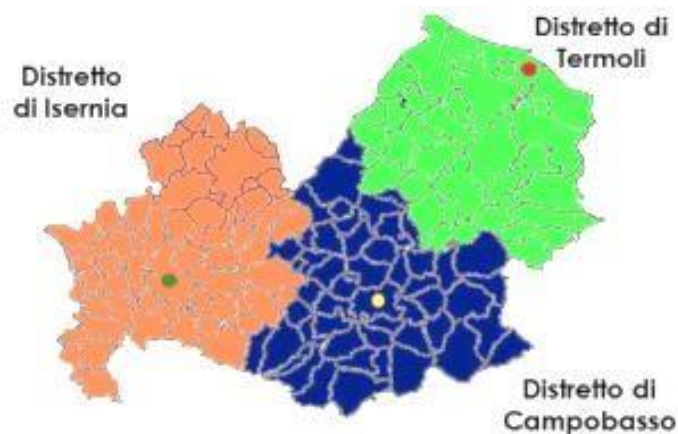
Popolazione femminile ASReM per fasce di età							
Distretti Sanitari	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	6.222	10%	36.617	61%	17.211	29%	60.050
Termoli	5.150	11%	29.707	62%	13.424	28%	48.281
Isernia	4.350	11%	24.967	61%	11.782	29%	41.099
Totale ASReM	15.722	11%	91.291	0,61	42.417	28%	149.430

La popolazione molisana è stata interessata, negli ultimi decenni, da un costante e progressivo fenomeno di invecchiamento che ha portato la regione ai primi posti a livello nazionale nell’ambito di una popolazione italiana globale caratterizzata, già di per sé, da una percentuale di “over 64” più alta di tutti gli altri paesi dell’Unione Europea.

I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento. La maggiore incidenza percentuale di anziani over 64 del Molise, rispetto ai dati nazionali (28 vs 22,8), individua una particolare condizione della popolazione anziana molisana che tende verso una maggiore dipendenza dalla rete familiare allargata e sociale. Analizzando i dati separatamente per i tre ambiti, nel dato puntale del 2021, i valori più alti si osservano nella zona di Isernia, mentre Termoli e Campobasso presentano valori più contenuti e sovrapponibili.

Con riferimento al contesto regionale, l’Azienda sanitaria unica regionale A.S.Re.M. attualmente garantisce l’assistenza territoriale tramite tre distretti sanitari (Campobasso, Isernia e Termoli), con tutti i servizi ad essi correlati (assistenza sociosanitaria, riabilitativa, specialistica ambulatoriale, assistenza primaria, consultori), il Dipartimento di Salute Mentale integrato con i servizi per il contrasto alle dipendenze patologiche ed il Dipartimento di prevenzione

1.3. Collocazione dei tre distretti della Regione Molise



Il distretto di Termoli che ha un bacino di utenza di 101.796 abitanti dispone delle seguenti strutture:

- Casa della Salute di Montenero di Bisaccia
- Casa della Salute di Santa Croce di Magliano
- Casa della Salute di Castelmauro
- Casa della Salute di Larino
- UDI e Ospedale di Comunità di Larino
- Hospice “Madre Teresa di Calcutta”

Il distretto di Isernia, con un bacino di utenza di 86.828 abitanti dispone delle seguenti strutture:

- Casa della Salute di Frosolone
- Casa della Salute di Venafro
- UDI e Ospedale di Comunità di Venafro

Il distretto di Campobasso, con un bacino di utenza di 124.724 abitanti, dispone delle seguenti strutture:

- 2 Poliambulatori a Campobasso
- Poliambulatorio di Riccia
- Poliambulatorio di Trivento

- Poliambulatorio di Bojano
- Poliambulatorio di S.Elia a Pianisi

Figura 1.4 Dotazioni delle Case della Salute nel distretto di Isernia e di Termoli

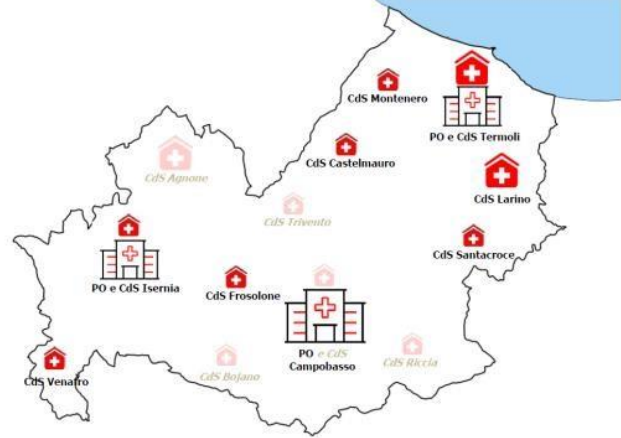
		SERVIZI	TECNOLOGIE	PERSONALE (FTE)				
				Medici	Inferm.	OSS	Ammin.	Altro
DISTRETTO DI TERMOLI		CdS Castelmauro	- Ambulatori specialistici (12/15 specialità) e punto prelievi 118 e Continuità assistenziale - CUP, anagrafe sanitaria, esenzioni, protesica					
		CdS Santacroce		19	5	-	2	-
		CdS Montenero						
		CdS Termoli	- Come CdS piccole, con anche: - Ulteriori ambulatori, chirurgia ambulatoriale - ADI, PUA, consultorio	32	30	2	7	4
		CdS Larino	- Come CdS piccole, con anche: - Ulteriori ambulatori, chirurgia ambulatoriale, nefrodialisi, camera iperbarica, farmacia - ADI, PUA, consultorio - Hospice - OSCO 20 PL	37	76	50	nd	3
DISTRETTO DI ISERNIA		CdS Frosolone						
		CdS Venafro	- Ambulatori specialistici (8/16 specialità) e punto prelievi 118 e Continuità assistenziale - CUP, anagrafe sanitaria, esenzioni, protesica - OSCO 20 PL (a Venafro)					
		CdS Isernia		nd	20	nd	nd	nd

Fonte: Rilevazione presso i distretti

Quindi, nella Regione Molise sono attualmente attive 8 strutture territoriali (CdS di Catelmauro, CdS Santacroce, CdC Montenero, CdC Termoli, CdC Larino, CdC Frosolone, CdC Venafro, CdC Isernia) che si distribuiscono sul territorio come riportato nella figura successiva. In accordo con i finanziamenti stanziati con il PNRR, si prevede il potenziamento delle CdC esistenti e la realizzazione di 5 nuove Case di Comunità presso Riccia, Trivento, Bojano, Agnone e Campobasso.

È attivo, inoltre, un Servizio ADI che copre l'intero territorio regionale

Organizzazione della rete di cure: il modello attuale



Atto: DEC.COMSAN 2024/80 del 03-05-2024
Servizio proponente: DS.04 LIVELLI MASSIMI
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

L'assistenza territoriale molisana è caratterizzata da un buon grado di sviluppo delle cure domiciliari, mentre risulta ancora insufficiente in altri importanti setting assistenziali come, ad esempio, l'assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti; necessita inoltre di migliorare i processi di presa in carico, in quanto molti percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) non sono ancora concretamente operativi sul territorio.

Di seguito un prospetto di sintesi dei principali indicatori previsti per l'area territoriale.

Tabella-Assistenza Domiciliare (Data agg.to 12/07/2023) - NSG

Assistenza residenziale e semiresidenziale	2020	2021	2022	Valore di riferimento	Fonte
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 - 0,30). GEA: Giornate effettive di assistenza	3,13%	1,73%	3,29%	Sufficienza: $\geq 2,6$ Eccellenza: ≥ 4	NSG (D22Z)
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	3,57%	4,01%	7,97%	Sufficienza: $\geq 1,9$ Eccellenza: $\geq 2,5$	
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	2,69%	3,11%	5,36%	Sufficienza: $\geq 1,5$ Eccellenza: ≥ 2	

Tabella-Assistenza residenziale e semiresidenziale (Data agg.to 12/07/2023) - NSG

Assistenza domiciliare	2020	2021	2022	Valore di riferimento	Fonte
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	11,24%	11,61%	12,78%	Sufficienza: $\geq 24,6$ Eccellenza: ≥ 41	NSG (D33Za)
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cura palliative sul numero deceduti per causa di tumore	22,51%	21,43%	25,52%	Sufficienza: ≥ 35 Eccellenza: ≥ 55	NSG (D30Z)

Tabella -Salute Mentale (Data agg.to 12/07/2023) - NSG

Assistenza domiciliare	2020	2021	2022	Valore di riferimento	Fonte
Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni di psichiatria	6,32%	4,07%	5,56%	Sufficienza: ≤6,9% Eccellenza: ≤4%	NSG (D27C)

INDICATORI LEA					
Copertura ADI pazienti up65 PAI - ATTIVI nel periodo di riferimento (quindi riferiti anche a PAI iniziati in periodi precedenti)					
		Isernia	Campobasso	Termoli	tot gen
Pop uo 65 al 1 gennaio 2020		20945	30028	23767	74740
Numerosità di anziani in ADI		Isernia	Campobasso	Termoli	tot gen
1 Trimestre		1781	1469	1486	4736
2 Trimestre		1557	1147	1206	3910
3 Trimestre		1980	1665	1589	5234
4 Trimestre		1201	1144	1188	3533
		Isernia	Campobasso	Termoli	tot gen
1 Trimestre		8,50%	4,89%	6,25%	6,34%
2 Trimestre		7,43%	3,82%	5,07%	5,23%
3 Trimestre		9,45%	5,54%	6,69%	7,00%
4 Trimestre		5,73%	3,81%	5,00%	4,73%

Ad oggi, inoltre, risulta necessario potenziare la capacità dei distretti sanitari di interfacciarsi con i Comuni per migliorare l'integrazione sociosanitaria, nonché la qualità, completezza e tempestività dei dati relativi all'assistenza territoriale in possesso di ASREM e della Regione, al fine di potenziare anche la capacità programmatica regionale nell'area della disabilità, non autosufficienza e salute mentale.

Sulla base dell'analisi di contesto la Regione intende adottare un nuovo documento unico di riorganizzazione dell'assistenza territoriale che, partendo dalla proposta di Documento unico di riorganizzazione della rete territoriale del 2020 (Prot. SIVEAS n. 60 del 07/09/2020) e recependo gli standard contenuti nel DM Salute del 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", fornisca gli ulteriori strumenti programmatici utili a superare le citate criticità.

La Regione, dunque, si prefigge come obiettivo a lungo termine del presente documento la definizione di una nuova rete territoriale con valenza fino al 2027, rimandando l'attuazione degli interventi a singoli provvedimenti per specifiche aree tematiche (non autosufficienza, disabili, dipendenze, salute mentale, ecc.).

2. Riorganizzazione della rete territoriale – il Ruolo del Distretto

2.1. La presa in carico del cittadino nei percorsi assistenziali

Le transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali richiedono risposte nuove ai nuovi bisogni di salute che impongono scenari di assistenza molto diversi rispetto al passato e che necessitano di un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria regionale.

La recente pandemia da Covid-19 ha aggravato le già evidenti disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, mettendo in evidenza le criticità della presa in carico dei pazienti, soprattutto nel passaggio tra assistenza ospedaliera e quella territoriale.

Alla luce di questo, la Regione Molise intende potenziare l'assistenza primaria e le strutture territoriali, per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute ed assistenza, sviluppando i servizi erogati sul territorio e i sistemi di assistenza primaria, con percorsi di cura e assistenza organizzati all'interno della rete dei servizi anche attraverso la telemedicina.

Le principali direttrici su cui si basa la programmazione socio-sanitaria regionale e attraverso le quali si sviluppano le Linee Guida sono le seguenti:

- riorganizzazione della sanità territoriale e dell'offerta sanitaria proposta all'utente, attraverso lo sviluppo della rete assistenziale basata sulla Medicina di prossimità e sulla Sanità di iniziativa, che miri a superare le disomogeneità tra le aree territoriali della regione, garantendo a tutti gli assistiti un equo accesso alle prestazioni e ai servizi assistenziali;
- potenziamento del distretto socio-sanitario, punto di riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi;
- potenziamento delle strutture ausiliarie territoriali del Servizio sanitario regionale, quali le Case della comunità e gli Ospedali di comunità e implementazione dell'assistenza delle cure domiciliari, anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie come la telemedicina e la digitalizzazione;
- superamento di una visione ospedale-centrica, poco orientata all'integrazione dei servizi sulla persona, che qualificava l'ospedale come unico luogo di cura qualificato presente sul territorio. La scelta è quella di sviluppare la programmazione attorno all'assistenza territoriale fidelizzando il paziente verso le strutture di prossimità, evitando di ricorrere impropriamente in

ospedale, quest'ultimo, per sua natura, dedicato alla gestione delle acuzie.

A tale scopo, la nuova programmazione prevede che la presa in carico del paziente deve avvenire attraverso la costruzione di reti cliniche integrate costituite da professionalità e centri di erogazione riconoscibili, nelle quali il paziente possa muoversi avendo riferimenti stabili, dei quali deve poter percepire il valore e la differenza all'interno del disegno unitario della rete attraverso un approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare.

Il Distretto rappresenta il centro propulsore di tale modello con una capacità di governo che sia in grado di sviluppare una gestione integrata tra i diversi servizi e le componenti sanitarie e quelle sociali, costruendo, attraverso percorsi assistenziali integrati, un più ampio ruolo di governo clinico-assistenziale in forte collaborazione con la componente ospedaliera.

Per trovare risposte ai propri bisogni di cura l'assistito accede al Servizio sanitario regionale attraverso il MMG/PLS, attraverso i servizi territoriali o distrettuali oppure anche attraverso l'ospedale. A prescindere dalla porta d'accesso al sistema la programmazione dell'assistenza territoriale deve essere ricondotta al distretto, potenziando la sua funzione di facilitatore dei processi di integrazione tra i diversi nodi della rete dei servizi per assicurare una risposta continua e coordinata ai bisogni della popolazione.

Il nuovo assetto istituzionale ed organizzativo, che verrà declinato attraverso provvedimenti attuativi, prevede un modello basato su un rafforzamento dei servizi territoriali al fine di porre il cittadino al centro del sistema socio sanitario.

A tal fine, si intende promuovere la "Sanità di iniziativa" quale metodologia di risposta ai principali bisogni di salute, favorendo la presa in carico dell'assistito, a livello territoriale, prima che la patologia insorga o si aggravi e garantendo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello assistenziale. Si promuove pertanto un approccio d'intervento proattivo capace di fornire servizi diversi e personalizzati in base al bisogno di cura. Questo sistema di governance deve inoltre prevedere il collegamento sistematico tra la programmazione e la valutazione dei risultati, promuovendo, anche attraverso il confronto tra gli attori del sistema, un approccio teso ad individuare, da una parte, le aree di eccellenza sanitaria regionale e, dall'altra, gli aspetti per i quali è necessario un maggiore supporto a garanzia di un servizio adeguato ed equo ai cittadini.

Con riferimento alla centralità dell'assistenza territoriale e ai processi di riforma e innovazione che la caratterizzeranno nei prossimi anni, un ruolo centrale è quello del Direttore del Distretto. Egli è, infatti, il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche

esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È, inoltre, garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Si rende indispensabile potenziare la rete territoriale per consentire una valida gestione dei pazienti in dimissione protetta e in assistenza domiciliare attraverso la costruzione di percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio.

Una delle aree attraverso le quali deve essere sviluppata l'integrazione tra ospedale e territorio è quella della specialistica ambulatoriale, che deve essere riorganizzata e resa funzionale secondo un'ottica di unitarietà e di continuità ospedale-territorio, sperimentando formule di coordinamento unitario. La programmazione prevede l'attivazione di ambulatori dedicati, organizzati per patologia (ad esempio ambulatorio scompenso cardiaco, ambulatorio diabete, ecc.), raccordati tra ospedale e territorio sulla base di un disegno a rete di tipo hub and spoke. Tale modello è caratterizzato dalla gestione dei casi, in ragione della loro maggiore o minore complessità, in centri con diversi gradi di specializzazione, collegati tra loro funzionalmente. La differenziazione tra hub e spoke va valutata non soltanto sulle competenze e sull'esperienza dei professionisti ma anche, e principalmente, sulle potenzialità complessive, strutturali, tecnologiche e professionali della struttura.

È pertanto necessario diversificare l'offerta ambulatoriale in rapporto alle effettive potenzialità di gestione della casistica più o meno complessa:

- ambulatorio di specialistica che offra una risposta semplice ad una domanda di cure integrate per i casi con minore complessità clinica (spoke);
- ambulatorio di specialistica indirizzato prioritariamente verso un'offerta più specializzata in ragione delle potenzialità maggiori, in termini tecnologici (hub).

Tale modello organizzativo costituisce la base per la condivisione di percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale, ma allo stesso tempo diversificati, che siano in grado di generare risultati di maggiore efficacia ed efficienza e di decongestionare l'ospedale dalla casistica impropria. In tal modo il paziente potrà trovare le risposte nel territorio e, solo in caso di elevata complessità, nell'ospedale, disegnando una presa in carico personalizzata.

Per quanto riguarda le patologie croniche, il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato in Conferenza Stato- Regioni il 15 settembre 2016 e recepito dalla

Regione Molise con DCA n. 1/2019, evidenzia che le patologie croniche richiedono un approccio assistenziale diverso dalla gestione dell'acuto, perché necessitano di interventi per periodi di lunga durata e prevedono una forte integrazione tra SSN e servizi sociali: questo comporta la necessità di ricorrere a servizi residenziali e territoriali. Il Piano sottolinea l'importanza di un sistema di cure centrato sulla persona e, in particolare, sulla realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, che consentano la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, nell'ottica di prevenire le disabilità e la non autosufficienza. A tal fine uno strumento fondamentale viene identificato nel Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) che deve essere sviluppato in modo tale da prendere in carico il paziente integrando tutti gli attori dell'assistenza: le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, la comunità.

La natura del PDTA, prevalentemente orientata a specifiche patologie, ne evidenzia, tuttavia, alcuni limiti nei pazienti multi-cronici e complessi, su cui le modalità di presa in carico devono necessariamente adattarsi al profilo e al contesto sociale dell'assistito. Sarà pertanto necessaria una valutazione multidimensionale del caso da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVT) distrettuale.

2.1.1. I PDTA (DCA n. 14 del 12 maggio 2023)

I PDTA operanti in Molise sono i seguenti:

- Linee guida organizzative per l'assistenza territoriale ed ospedaliera in oncologia e adozione dei percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici nelle neoplasie della mammella e del colon approvate con Delibera di Giunta regionale n. 769 del 29.06.2007;
- Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici nelle neoplasie della cervice uterina, del polmone e della prostata approvate con Delibera di Giunta regionale n. 46 del 28.01.2008;
- PDTA per pazienti affetti da demenza e patologia assimilabile approvato con DDG Salute n. 155/2018;
- PDTA e Rete Assistenziale per le malattie reumatiche infiammatorie e autoimmuni approvato con DCA n. 4 del 30 gennaio 2018;
- PDTA per la Sclerosi Laterale Amiotrofica e per le patologie neurodegenerative approvato con DCA n. 12 del 18 luglio 2017;
- PDTA per la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) approvato con DCA n. 12 del 24 febbraio 2017, rimodulato con DDG ASReM n.1593/2023;

- PDTA per la gestione della terapia anticoagulante orale (TAO) in pazienti adulti con fibrillazione atriale non valvolare (FANV) approvato con DCA n. 76 del 30 dicembre 2016;
- PDTA Diabete tipo 2 approvato con DCA n. 75 del 30 dicembre 2016, rimodulato con DDG ASReM n.1539/2022;
- PDTA per la Gestione dello Scompenso Cardiaco approvato con DCA n. 28 del 19 maggio 2016, rimodulato con DDG ASReM n.1592/2023;
- PDTA per il paziente affetto da malattia da HIV/AIDS approvato con DCA n. 29 del 19 maggio 2016;
- PDTA frattura prossimale femore nell'anziano: il percorso preoperatorio approvato con DCA n. 34 del 27 maggio 2016;
- PDTA Ulcere da decubito approvato con DCA n. 35 del 27 maggio 2016;
- PDTA Linee guida per le "Dimissioni Protette Ospedaliere" approvato con DCA n. 12 del 14 febbraio 2019;
- PDTA Trauma maggiore nel paziente adulto approvato con DDG ASReM n. 1032/2017;
- PDTA per la cura delle patologie cerebrovascolari acute approvato con DDG ASReM n.1030/2017;
- PDTA del paziente con dolore toracico IMA approvato con DDG ASReM n.1031/2017;
- PDTA Trauma team-istruzioni operative approvato con DDG ASReM n.71/2019;
- PDTA Trauma maggiore nell'adulto trauma team-istruzioni operative (rev.1) approvato con DDG ASReM n.942/2019;
- PDTA Ictus istruzioni operative approvato con DDG ASReM n.68/2019;
- PDTA della donna vittima di violenza approvato con DDG ASReM n.1036/2019;
- Istruzioni operative teletrombolisi approvato con DDG ASReM n.740/2020;
- PDTA partoanalgesia approvato con DDG ASReM n.659/2021;
- PDTA nella celiachia approvato con DDG ASReM n.1540/2022;
- PDTA per le neoplasie della mammella con DDG ASReM n.364/2022;
- PDTA nelle malattie infiammatorie croniche intestinali (malattia di Crohn e colite ulcerosa) approvato con DDG ASReM n. 590/2023.

Il Programma Operativo 2023-25 prevede inoltre l'elaborazione di:

- PDTA per l'autismo (DCA n. 58/2023)
- PDTA grandi obesi
- PDTA RETE CARDIOLOGICA,
- PDTA ICTUS
- PDTA PERCORSO NASCITA,
- PDTA RETE ONCOLOGICA
- PDTA MALATTIE RARE

2.1.2.A.S.Re.M. – Centro Specialistico Regionale Autismo (CSRA)

Il PDTA istituisce presso la Neuropsichiatria infantile di Campobasso la sede del Centro Specialistico Regionale Autismo (CSRA) in cui opera il Team Specialistico (TS), che assicura la presa in carico entro un tempo massimo di 30 giorni dalla segnalazione del PLS (creazione della rete PLS-NPI come attività coordinata di sorveglianza sullo sviluppo e screening), la diagnosi (se necessario con il supporto tecnico specialistico dei Centri di riferimento ad alta specializzazione) e la definizione del progetto terapeutico-abilitativo personalizzato; garantisce la continuità dell'assistenza e l'intervento integrato di tutti i livelli necessari alla cura e abilitazione del paziente. Il Team Specialistico (TS) è composto dalle seguenti figure professionali: Neuropsichiatra Infantile; Psicologo; Psichiatra (per soggetti in età adulta); integrato dalle altre figure professionali quali Educatore, Neuropsicomotricista, Logopedista e Terapista occupazionale e della riabilitazione, nelle diverse fasi di valutazione.

Il Centro Regionale per soggetti con disturbi dello spettro autistico per l'età evolutiva deve garantire, inoltre, la continuità assistenziale nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta al fine di favorire l'integrazione degli interventi e le prestazioni sociali e sanitarie necessarie per assicurare la presa in carico globale del soggetto e della sua famiglia. La continuità dell'assistenza e l'intervento integrato di tutti i livelli necessari alla cura e abilitazione del paziente e della sua famiglia avvengono tramite l'integrazione del CSRA con i servizi afferenti ai tre Distretti Sanitari Territoriali. Il CSRA sviluppa il progetto terapeutico abilitativo personalizzato in integrazione con SS Materno Infantile dei tre Distretti Sociosanitari e in raccordo funzionale con le UU.OO. di Riabilitazione e le UU.OO.M.I. in cui si assolve ai bisogni neurologici, neuropsicologici, psicologici, psichiatrici, abilitativi, di inclusione scolastica e di presa in carico globale specifici della persona in carico. La presa in carico, che nella maggior parte dei casi dura

tutta la vita, è molto complessa e deve basarsi sulla prospettiva di sviluppo evolutiva. L'autismo è un disturbo di sviluppo in cui le disfunzioni di base modellano l'organizzazione complessiva della persona. I bisogni delle persone con autismo sono specifici per ogni fase di sviluppo: nel bambino, come nell'adulto, possono essere individuati diversi tipi di intervento/trattamento che dovranno essere ritagliati su misura dei singoli soggetti. La Regione intende costituire una rete integrata di cura e assistenza multiprofessionale e *multisetting* come da modelli proposti nelle Linee Guida del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore della Sanità, comprensiva di attività diurne, semiresidenziali e residenziali, e in base agli obiettivi di cura individuati nei PDTA specifici e ai loro livelli di complessità assistenziale. I centri saranno ubicati in modo da assicurare un servizio omogeneo su tutto il territorio regionale. In merito alla diagnosi, si rende necessario identificare il Centro diagnostico regionale di II Livello specializzato nei disturbi dello spettro autistico.

2.1.3. Centro diurno per persone con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD)

In relazione allo specifico funzionamento dei soggetti affetti da ASD, si prevede uno stretto raccordo tra servizio sanitario di Neuropsichiatria Infantile, nello specifico servizio specialistico per la diagnosi e il trattamento dell'autismo, e il servizio diurno, finalizzato allo sviluppo delle competenze sottese alla performance rilevate secondo il modello ICF di funzioni e strutture corporee e definizione degli interventi orientati all'implementazione di attività e partecipazione, attuando facilitazioni specifiche anche nelle proposte di condivisione contestuale. La Regione, inoltre, nell'ambito della individuazione di strutture residenziali per completare i setting delle reti di assistenza e cura ai portatori di ASD valuterà la promozione di iniziative di co-housing con rivalutazione e riadattamento anche di immobili nei centri storici per favorire forme di coabitazione integrata anche in previsione del "dopo di noi". Di sotto alcune forme di assistenza residenziale che la Regione Molise prevede di attivare. Altre tipologie di assistenza residenziale potranno essere valutate nel lungo termine.

2.1.4. Progetto pilota di appartamento protetto – Formula “Durante noi per il dopo noi”

Si ipotizza la realizzazione di moduli di sperimentazione di domiciliarità protetta per disabili adulti, organizzando due realtà abitative, una a Campobasso, una a Termoli, collegate ai due centri diurni. Sostanzialmente le due abitazioni saranno la residenza in via sperimentale per le persone afferenti ai centri diurni; pertanto, i percorsi educativi saranno in continuità con tale servizio. Il soggetto disabile

sperimenterà la residenzialità in continuità con l'intervento educativo e occupazionale del centro diurno e per lui sarà come vivere in una propria casa e lavorare nel centro diurno. Le due realtà abitative saranno realizzate in due moduli abitativi di quattro persone e dunque coinvolgeranno 8 persone della realtà di Termoli e 8 della realtà di Campobasso; i due moduli differiranno per profilo di funzionamento dei soggetti coinvolti e dunque uno sarà per soggetti più indipendenti, l'altro per soggetti con maggiore bisogno assistenziale.

2.2. FOCUS: l'Area Materno-Infantile

L'Area Materno infantile, che potrà trovare anche una organizzazione in forma di Dipartimento Materno-Infantile (DMI), è un'area di coordinamento che opera l'integrazione funzionale di strutture e servizi territoriali ed ospedalieri coinvolti nella tutela della salute della donna, della coppia e del soggetto in età evolutiva, dal periodo prenatale all'adolescenza. Le strutture territoriali erogano attività di tipo ambulatoriale ed hanno quindi prevalentemente compiti di prevenzione, attuati anche attraverso gli screening oncologici, consulenza, assistenza e sostegno alla donna, alla coppia ed al bambino-adolescente, integrando anche interventi di tipo socio-sanitario e socio-assistenziale. Le strutture ospedaliere erogano invece attività che necessitano di ambienti idonei, attrezzature complesse e competenze chirurgiche per affrontare anche situazioni di tipo acuto-emergenziali ed hanno quindi prevalentemente compiti di assistenza, diagnosi e cura, contribuendo al raggiungimento del medesimo fine: il benessere della donna, della coppia e della vita nascente. L'Area comprende quindi Strutture Territoriali ed Ospedaliere in un sistema organizzato caratterizzato dalla integrazione reciproca e dalla condivisione con strutture socio-assistenziali di supporto del medesimo fine: il raggiungimento e il mantenimento di livelli assistenziali appropriati ed uniformi in tutto il territorio regionale.

2.2.1. Consulteri

Nell'ambito delle strutture territoriali si annoverano innanzitutto i Consulteri Familiari. Questi, in considerazione di quanto indicato nell' Accordo del 16 dicembre 2010 della Conferenza Unificata Stato- Regioni (G.U. serie generale n°13 del 18/01/2011) e nel D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 (G.U. serie generale n°65 del 18/03/2017), devono erogare in maniera gratuita e diretta alle donne, ai minori, alle coppie ed alle famiglie le prestazioni di tipo medico-specialistico, ostetrico, psicologico, psicoterapeutico secondo quanto disposto dal citato DPCM. Nel territorio regionale molisano insistono tre Consulteri Familiari, uno per ogni distretto socio-sanitario: Campobasso, con una sede distaccata a Bojano, Isernia,

con una sede distaccata a Venafrò ed un'altra ad Agnone, e Termoli con una sede distaccata a Larino. Per ciascun Consultorio Familiare è necessario garantire una dotazione organica minima come previsto dal citato accordo Stato-Regioni. Nelle sedi distaccate sarà possibile erogare le prestazioni richieste dal territorio di riferimento attraverso forme organizzative improntate alla flessibilità.

2.2.2. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

All'interno dell'Area Materno-Infantile opera la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) che si occupa della prevenzione, diagnosi, cura, terapia e riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva (0/18 anni). La NPIA è servizio specialistico di riferimento regionale di 2° livello in grado di garantire per l'intero territorio l'omogeneità dei percorsi diagnostici e terapeutici, gestendo le prestazioni specialistiche di II livello per la valutazione di situazioni neuropsichiatriche o a rischio, la diagnosi e l'elaborazione del progetto assistenziale, la presa in carico per la cura, la riabilitazione e l'integrazione dei disabili nell'ambiente di vita; elaborando programmi ed emanando direttive generali per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e coordinando tutte le attività aziendali di settore, con particolare riferimento alle aree di neuropsichiatria. Sono previsti presso la NPIA il Centro Specialistico Regionale Autismo (CSRA), il Centro Specialistico per i D.S.A. (Disturbi Specifici di Apprendimento) e il Centro di Riferimento per la diagnosi e cura dell'ADHD. Il modello organizzativo della NPIA prevede interventi secondo le linee regionali e nazionali in materia di prevenzione, diagnosi e tutela dell'età evolutiva e l'adozione di specifici percorsi diagnostici e terapeutici integrati che coinvolgono in un'ottica circolare le varie figure professionali che operano a livello regionale, con un'unica centralità che consiste nell'individuare in modo precoce i disturbi neuropsichici e neuropsichiatrici del bambino e del ragazzo, congiuntamente alle problematiche familiari. Tale modello è basato sul lavoro di gruppo multiprofessionale che vede coinvolti i medici insieme agli operatori delle professioni sanitarie (psicologi, operatori della riabilitazione, infermieri, educatori, assistenti sociali), sulla collaborazione e interazione interdisciplinare tra gli operatori sanitari dell'età evolutiva e il complesso dei servizi sociali ed educativi, sul coinvolgimento della famiglia in tutti gli aspetti del percorso di presa in carico, sulla gestione unitaria e complessiva dell'intervento riabilitativo, attraverso programmi selettivi e mirati, erogati tempestivamente e per il tempo necessario, sin dalla prima infanzia. La NPIA garantisce la continuità e la qualità delle prestazioni a livello regionale, a partire dal percorso diagnostico (Valutazione Clinica Globale) fino alla definizione e al periodico monitoraggio del progetto terapeutico-abilitativo personalizzato in integrazione con le Equipe territoriali distrettuali, dedicate all'età evolutiva. La continuità dell'assistenza e l'intervento integrato di tutti i livelli necessari alla cura

e abilitazione del paziente e della sua famiglia avvengono tramite l'integrazione della S.S.D. NPIA con le Equipe territoriali distrettuali di Isernia e Termoli. La NPIA si occupa anche della cura e dell'abilitazione del bambino/ragazzo e della sua famiglia per l'area distrettuale di Campobasso. Ai fini di assicurare un adeguato percorso diagnostico per i Disturbi del Neurosviluppo occorre individuare una Struttura Specialistica in regime di ricovero per l'effettuazione di esami strumentali.

2.3. Porta Unica di Accesso e Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

La Porta Unica di Accesso (PUA) rappresenta il modello d'assistenza basato sulla presa in carico globale del paziente, frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto sociale di riferimento. La PUA è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi territoriali socio-sanitari, quali le prestazioni erogate, le modalità ed i tempi di accesso.

La progressiva attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e delle Case della Comunità (CdC) consentirà alla Regione Molise di riprogettare le modalità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari e di potenziare le modalità di presa in carico e gestione degli assistiti, soprattutto delle persone con cronicità e/o fragili. Il DM 77/2022, infatti, individua come obbligatoria la presenza dei Punti Unici di Accesso (PUA) nelle CdC Hub e Spoke. L'art. 43 della Legge di Bilancio, inoltre, insieme al Piano delle Politiche Sociali 2021-2023, rafforza il ruolo della PUA come strumento utile a realizzare l'integrazione sociosanitaria e lo potenzia.

Attualmente in Regione Molise è attivo un servizio PUA per distretto, il quale non è ancora pienamente integrato con la componente sociale limitando, di fatto, l'accesso unitario ai bisogni sanitari e sociali dei cittadini.

Il P.O. 2023-2025 prevede di potenziare le PUA, in concomitanza dell'attivazione delle previste 13 CdC, e di favorire la partecipazione degli assistenti sociali dei comuni nell'ambito delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM).

La UVM rappresenta l'organismo deputato all'attivazione della rete dei servizi territoriali a seguito della valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni del paziente, sulla base delle misurazioni pregresse effettuate dai professionisti che hanno avuto in cura il paziente, eventualmente integrate dalle misurazioni dei professionisti della stessa UVM. A seguito della valutazione multidimensionale del caso, l'Organismo di valutazione elabora un'offerta di

servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) che può anche includere uno o più PDTA. Lo strumento di lavoro per ipazienti multi-cronici e complessi in questi casi è pertanto il PAI.

Il PAI è uno strumento di programmazione, gestione e monitoraggio delle risorse impiegate nell'erogazione delle prestazioni in funzione del bisogno sanitario e/o socio sanitario dell'utente.

Nello specifico il PAI:

- rappresenta lo strumento di sottoscrizione di impegni reciproci tra SSN e cittadino (compliance, stile di vita, co-progettazione da parte del paziente e impegno al rispetto dei programmi del PAI da parte del SSN)
- contiene la definizione di esiti attesi intermedi, su cui valutare l'efficacia del PAI
- costituisce lo strumento di integrazione professionale e di sintesi clinica della filiera professionale che si occupa del paziente, individuando il responsabile della stesura e coordinamento del PAI
- mira ad individualizzare gli approcci di cura, considerando il contesto clinico, sociale ed economico e di competenza, disponibili e quindi a massimizzare la personalizzazione e differenziazione, anche per stadi di patologia simili, degli stessi.

Ogni paziente fragile o cronico ha diritto ad un PAI ed alla chiara identificazione di un responsabile clinico unico di riferimento. Il responsabile clinico del PAI avvia la presa in carico del paziente, identificando il case manager di riferimento che, di norma, sarà un infermiere del setting assistenziale coerente allo stadio di patologia.

Le informazioni disponibili sul paziente vengono valutate all'interno della equipe della Casa della Comunità con i MMG, gli infermieri e, a seconda del bisogno emergente, l'assistente sociale e lo specialista per definire e sottoscrivere con il paziente il PAI. L'equipe procederà, poi, alla definizione e realizzazione degli interventi programmati del PAI.

2.4. Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

La continuità dell'assistenza, la medicina d'iniziativa con la presa in carico dei pazienti cronici, il governo delle liste di attesa e la piena integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale (Case della Salute, MMG, forme associative di MMG e PLS, farmacie, poliambulatori, distretti sociosanitari, presidi ospedalieri) costituiscono i pilastri del nuovo modello di promozione e tutela della salute che

prevede l'attivazione di percorsi condivisi nella riorganizzazione della rete dei servizi territoriali sanitari. Il coinvolgimento attivo della medicina generale nell'innovazione del sistema sanitario è un elemento fondamentale che garantisce la presa in carico dei pazienti cronici e una copertura assistenziale H24, 7 giorni su 7, con l'attivazione del servizio di Guardia Medica. Pertanto, la Regione Molise, si impegna a trasformare il modello di una medicina di attesa verso una medicina d'iniziativa, ponendo progressivamente le basi per un diverso approccio alla medicina sia dei cittadini che degli operatori.

2.4.1. Le forme di associazionismo

L'aggregazione funzionale ed organizzativa di MMG e PLS con gli infermieri, assistenti sociali e specialisti può costituire l'elemento identificativo della Casa della Salute. A tal proposito lo sviluppo delle forme organizzative della medicina convenzionata (UCCP e AFT), integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie, rappresenta una scelta necessaria per coniugare la capacità del sistema di fornire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini.

2.4.2. AFT

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), come definito dalla legge 189/2012 e successivamente dal Patto per la salute 2014-2016 sono forme organizzative funzionali e mono-professionali dei MMG che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda e condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Le AFT:

- assicurano l'erogazione delle prestazioni territoriali di base assistendo, nella forma domiciliare e ambulatoriale, la popolazione in carico ai medici che la compongono;
- garantiscono la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- garantiscono l'accessibilità all'assistenza nel territorio di competenza 24h/7gg, assicurando l'erogazione a tutti i cittadini dei LEA;
- garantiscono la continuità dell'assistenza prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione formativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera;

- costituiscono l'elemento fondamentale di raccordo per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppano la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
- erogano, se necessario, diagnostica di primo livello, utilizzando principalmente i professionisti che la compongono, al fine di ridurre accessi impropri al Pronto Soccorso.

Ogni AFT è composta da MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali per garantire l'assistenza. La Regione Molise prevede, quindi, l'attivazione delle AFT, funzionalmente collegate alle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) di riferimento.

Tutte le aggregazioni di MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle case della comunità.

Ad oggi, la Regione Molise presenta 239 MMG, 32 PLS e un numero totale di assistiti pari a 296.505. Le AFT sono formate dal numero di medici di medicina generale a ruolo unico, di norma pari a 20.

Il funzionamento interno delle AFT, nonché il dettaglio con il numero di componenti per ciascuna aggregazione, è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale, sulla base della programmazione regionale. Pertanto, ASReM individua gli obiettivi e concorda i programmi di attività di ciascuna AFT, definendo i conseguenti livelli di spesa programmati coerentemente con gli obiettivi e i programmi di attività del Distretto.

Per ciascuna AFT è individuato un Referente tra i medici che la compongono, al quale sono attribuiti compiti di raccordo professionale e funzionale. Nelle more dell'adozione del nuovo Accordo Collettivo Nazionale, il DG ASReM nomina il Referente di ciascuna AFT e un suo sostituto. L'incarico di Referente e sostituto ha durata triennale e comporta il mantenimento dell'incarico convenzionale in essere. Il Referente dell'AFT:

- svolge attività di coordinamento dei medici componenti l'AFT, al fine di garantire la realizzazione delle funzioni preposte;
- rappresenta l'AFT nei rapporti con l'esterno e gestisce in particolare le relazioni con ASReM;
- garantisce l'attuazione dei percorsi di presa in carico, all'interno dell'AFT, del paziente con bisogni complessi.

Le AFT dovranno possedere un proprio sistema interno informativo-informatico,

con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale di ASReM e in grado di garantire la condivisione delle informazioni relative alla popolazione assistita tra tutti i componenti dell'AFT. Inoltre, è necessaria l'implementazione di un sistema che permetta alla Guardia Medica, durante la visita nella fascia di copertura assistenziale, la visualizzazione su tablet dei dati dei pazienti che sono presenti nel sistema informatico interno a cui accedono MMG e PLS.

2.4.3. UCCP

L'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) è una forma organizzativa complessa multi-professionale della medicina territoriale che offre un sistema integrato di servizi per la presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT dei MMG, PLS e degli specialisti ambulatoriali che la compongono. L'UCCP è uno snodo fondamentale del Distretto, che permette, nell'ambito della rete dei servizi distrettuali e aziendali, una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale.

L'UCCP garantisce:

- l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori sanitari, socio- sanitari e sociali;
- la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali;
- la partecipazione responsabile dei MMG, dei PLS e degli specialisti ambulatoriali al governo della domanda, all'organizzazione dei servizi, alla sostenibilità economica;
- la sede privilegiata per la presa in carico e l'assistenza nei confronti dei portatori di patologie croniche.

Ogni UCCP eroga prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e delle altre professionalità convenzionate o dipendenti del SSN, nonché degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. L'UCCP si caratterizza, in via generale, come poliambulatorio territoriale dotato di strumentazione di base, aperto al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni festivi e prefestivi con idonea turnazione, che opera in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere e con le AFT di riferimento. La continuità delle cure primarie è fondamentale per dare risposte appropriate ai bisogni dei cittadini anche al fine di evitare, laddove possibile il ricorso improprio ai PS/DEA ospedalieri. In ogni UCCP dovrà essere individuato un Referente con funzioni di raccordo e coordinamento interni e di gestione dei rapporti con l'esterno, in

conformità a quanta sarà disciplinato negli Accordi Collettivi Nazionali.

Nelle more dell'adozione dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali, il Referente dell'UCCP e il Responsabile del Distretto Sanitario in cui la medesima insiste, l'UCCP con sede unica opera nell'ambito territoriale di competenza, pur potendo prevedere sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un'adeguata rete telematica. È integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale.

La complessità organizzativa dell'UCCP è variabile a seconda dell'ampiezza e complessità del servizio offerto, modulato in base alle caratteristiche oro-geografiche e demografiche e ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

Nonostante la presenza di tre Distretti molisani, data la conformazione oro-geografica del territorio, la Regione prevede l'attivazione di 2 UCCP, ciascuna funzionalmente collegata alle AFT nell'ambito del medesimo distretto di competenza. Nel dettaglio le UCCP operano a partire dalle case della Salute e sono localizzate:

- 1 nel Distretto di Termoli, contenuta nella Casa della Salute di Larino;
- 1 nel Distretto di Isernia, contenuta nella Casa della Salute di Venafro.

Alla UCCP compete:

- assicura l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1 ° livello;
- realizza nel territorio la continuità dell'assistenza;
- sviluppa la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
- aderisce alle attività di prevenzione predisposte dall'ASReM;
- contribuisce all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
- garantisce la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE;
- garantisce la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa), prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera;

- contribuisce alla riduzione dei tassi di ricovero e degli accessi impropri al Pronto soccorso e alla riduzione delle liste di attesa;
- condivide gli obiettivi annuali di budgeting -programmazione operativa con la Direzione di Distretto ed a valle con le AFT di riferimento.

La dotazione organica minima che l'ASReM dovrà garantire nell'ambito dell'UCCP è la seguente:

- personale infermieristico;
- personale amministrativo;
- ostetriche, professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione.

Le UCCP saranno dotate di una rete informativa e informatica che consentirà la condivisione delle informazioni da parte di tutti i professionisti e operatori che la compongono e il collegamento con la rete aziendale di ASReM, con particolare riferimento al Distretto di riferimento e ai Presidi Ospedalieri.

Con apposito provvedimento saranno individuati:

- l'organizzazione generale delle UCCP;
- le modalità di implementazione del sistema informativo integrato tra la UCCP e il sistema informativo aziendale;
- i servizi erogati e gli orari di apertura al pubblico;
- le indicazioni sull'erogazione di diagnostica e la relativa dotazione strumentale.

2.5. Il ruolo della Farmacia dei servizi

L'obiettivo dell'intervento è quello di superare le difficoltà che incontrano le popolazioni dei piccoli centri dell'Area Matese nella fruizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate presso l'attuale distretto sanitario dell'area sito in Bojano o presso il capoluogo Campobasso. In particolare, si rileva che, soprattutto nel caso di persone sole e anziane, tali difficoltà impediscono a detti soggetti di fruire delle prestazioni, con il conseguente peggioramento delle condizioni di cronicità e l'aumento dei ricoveri ospedalieri. La Regione Molise vuole, quindi, facilitare l'utilizzo delle prestazioni di specialistica, con il fine ultimo di ridurre il tasso di ospedalizzazione, attraverso l'erogazione diffusa e decentralizzata, ovvero più prossima al paziente, di alcune tipologie di prestazioni. Si prevede quindi di dotare i comuni dell'area di postazioni diagnostiche fisse e mobili, ad uso delle farmacie e degli infermieri di comunità, per erogare servizi alla

popolazione, implementando l'attività di telemedicina.

Gli esiti a fronte delle prestazioni erogate dalle farmacie e/o dagli infermieri devono essere condivisi con la rete di operatori sanitari che hanno in carico il paziente, il cui punto di riferimento principale è il MMG. L'intervento è innovativo in quanto le soluzioni hanno la caratteristica di essere portatili e quindi possono essere utilizzate anche presso il domicilio del paziente. Le attività svolte dalle singole postazioni e dai singoli dispositivi confluiscono in un unico ambiente software condiviso dagli operatori coinvolti. Si prevede che i dati prodotti e le risultanze delle indagini diagnostiche confluiscono anche nel Fascicolo Sanitario Elettronico regionale in modo che siano reperibili e disponibili per tutti gli ambienti software in uso nella Sanità molisana e nazionale grazie allo standard di interoperabilità proprio del FSE. In Molise il FSE è stato attivato e reso disponibile per gli utenti/cittadini a febbraio 2017.

2.6. Infermiere di famiglia o Comunità

Il DL 34/2020 introduce la figura dell'infermiere di famiglia o Comunità quale professionista responsabile dei processi di case management in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, sostiene l'aderenza alle terapie dei pazienti e dei loro PAI, controlla il raggiungimento degli esiti intermedi attesi dal PAI, garantisce l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFoC non è solo un professionista dedicato all'assistenza sanitaria, ma anche potenziale attivatore di servizi assistenziali per bisogni sociosanitari latenti nella comunità.

La visita domiciliare dell'IFoC consente e favorisce, operando 7/7 giorni, l'intercettazione precoce del bisogno della popolazione a rischio.

Essa va accordata secondo un giudizio di priorità nei confronti della popolazione over 65 e nelle condizioni di fragilità sociosanitaria.

Il contributo dell'IFoC sulla popolazione cronica (anche multipatologica) e sana si esprime principalmente attraverso la rete delle CdC e il rapporto con i MMG.

In particolare, l'IFoC:

- predispone interventi sulla promozione della salute, prevenzione e promozione dei corretti stili di vita, anche attraverso i programmi rivolti alle

scuole di ogni ordine e grado. A tal proposito, l'opera di promozione della salute non si limita alla promozione nei confronti della popolazione sana, ma comprende anche la tutela della salute «residua» attraverso il supporto alle attività di prevenzione secondaria

- intercetta precocemente le modifiche dello stato di salute al fine di ridurre i ricoveri impropri e garantire la gestione precoce della complessità e delle complicanze
- facilita la presa in carico proattiva delle persone fragili e affette da patologie croniche attraverso modelli
- di sanità e welfare di iniziativa gestiti dalla CdC
- supporta l'aderenza ai percorsi di cura, prevedendo l'engagement del caregiver, orientando all'utilizzo appropriato dei servizi sanitari, promuovendo l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, promuovendo comportamenti aderenti ai determinanti della salute (OMS)
- collabora con le reti di volontariato presenti nel territorio per promuovere modelli di community building

Tra le attività svolte dagli IFoC vi sono anche, più sporadicamente, quelle erogative:

- nelle CdC l'IFoC eroga l'assistenza agli utenti in grado di deambulare e che necessitano di assistenza infermieristica a media-bassa complessità
- nell'attività ambulatoriale provvede all'erogazione delle prestazioni di maggiore richiesta degli utenti
- (prelievi, medicazioni, iniezioni, infusioni, controllo e monitoraggio dei parametri vitali, ecc.);
- a livello domiciliare l'IFoC eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica a medio- bassa complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che necessitano di periodiche prestazioni sanitarie

L'IFoC utilizza tecnologie informatiche anche al fine di valutare le capacità del cittadino nella predisposizione del piano di autocura ovvero nei casi di automonitoraggio con dispositivi e devices in remoto.

È richiesta inoltre una formazione adeguata in linea con le indicazioni provenienti dalle «linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77» poi riprese dal DM 77/2022.

2.7. Dalle Case della Salute alle Case di Comunità

Prima di entrare nel merito della trasformazione delle attuali Case della Salute e delle future Case di Comunità, è opportuno sottolineare che queste fanno e faranno capo al Distretto che continua a essere il luogo deputato a coordinare l'insieme delle funzioni descritte, quale articolazione aziendale preposta alla programmazione degli interventi atti a rispondere alle necessità espresse da persone con bisogni cronici/compleksi, superando la logica delle risposte verticali.

La Regione Molise, intendendo rafforzare l'assistenza territoriale, ha individuato nella Casa della Comunità (CdC) il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste in quanto luogo di prossimità e di facile individuazione alla quale la comunità può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza

sanitaria, trovando risposta al proprio bisogno di salute. La CdC, così definita, rappresenta la soluzione organizzativa per rendere concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e, in particolare, rifocalizzare le attività sulla presa in carico precoce, il monitoraggio e l'assistenza della popolazione affetta dalle principali patologie croniche (ad es. scompenso cardiaco, diabete, BPCO). Adottando questa prospettiva la CdC deve assumere il ruolo di un doppio raccordo:

- il primo caratterizzato da una dimensione verticale tra la specialistica ospedaliera, la specialistica ambulatoriale, la medicina generale e l'ADI, consentendo l'interlocuzione, la comunicazione e la gestione coordinata del paziente
- il secondo raccordo ha, invece, una dimensione orizzontale garantendo la comunicazione e la coerenza del trattamento per i pazienti pluripatologici che rappresentano circa un terzo dei pazienti cronici.

La realizzazione di tali ruoli richiede la presenza di équipe multiprofessionali territoriali, ma anche la presenza di strumenti di interlocuzione trasversali ricorrendo, ad esempio, allo strumento della telerefertazione o del teleconsulto. I tempi e i modi di tali interventi saranno definiti nell'ambito dei PDTA di riferimento.

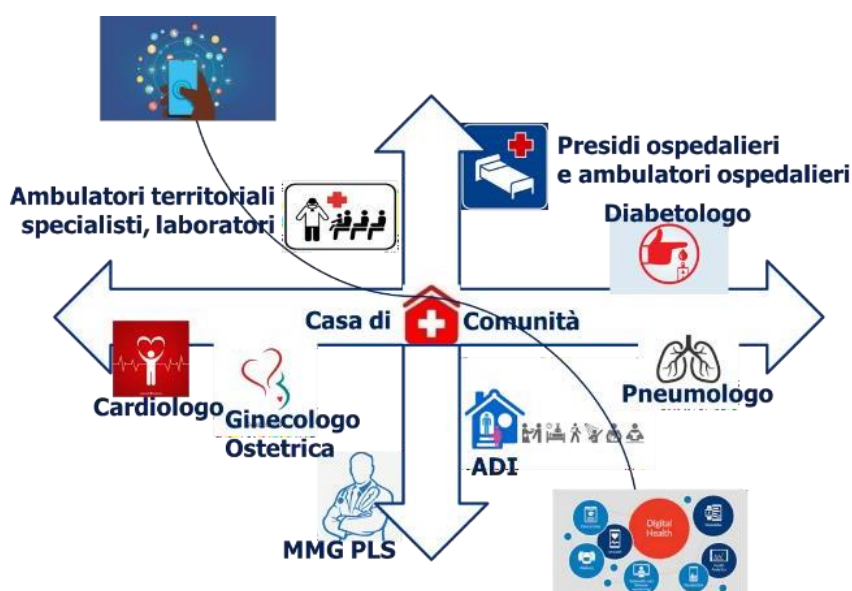
Nello specifico contesto regionale, le CdC hanno, quindi, il ruolo di costruire e coordinare la rete di operatori che prendono in carico il paziente, garantendo il flusso di comunicazione attraverso l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Adottando questa priorità, la seconda scelta strategica riguarda l'istituzione di CdC chiamate a svolgere funzioni quali la presa in carico dei pazienti cronici, così come

l'erogazione di prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e delle altre professionalità sanitarie coinvolte.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke. In particolare, si prevede che, indipendentemente dal ruolo, le CdC propongano un'offerta di servizi erogata da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri anche a domicilio, supportata dalla presenza di tecnologie diagnostiche di base e dall'eventuale uso della telemedicina e della tele assistenza. La differenza tra le strutture hub e spoke si sostanzia nella tipologia di servizi coperti.

Figura 2.7 Il ruolo di raccordo delle Case di Comunità



Per svolgere questo ruolo la CdC **hub** dovrà garantire la presenza dei seguenti professionisti, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi e relative competenze professionali:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;

- Porta Unica di Accesso (PUA) sanitario;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione e telemonitoraggio ecc.);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità anche attraverso i Consultori Familiari e il mondo educativo scolastico per interventi specifici sulla popolazione 0-18;
- Attività di profilassi vaccinale per alcune fasce di età o condizioni di rischio e fragilità;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali.

La CdC **spoke** deve garantire, nell'ambito delle professionalità disponibili e attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì- sabato);
- Porta Unica di Accesso (PUA) sanitario;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità

(IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;

- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Da un punto di vista delle dotazioni di personale la Regione Molise ritiene necessario dotarsi in prospettiva delle seguenti figure professionali al fine di garantire i servizi descritti precedentemente:

- La CdC hub dovrà essere dotata di 7-11 infermieri di famiglia o comunità, organizzati come segue:
 - 1 coordinatore infermieristico
 - 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali
 - 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute
 - 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.
- Nelle CdC hub e spoke è inoltre garantita l'assistenza medica H12-6 giorni su 7, attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke.

Un ruolo di particolare rilevanza nel processo di innovazione dell'assistenza territoriale, oltre a quello della medicina generale dovrà essere ricoperto dall'Infermiere di Famiglia e Comunità. Nell'ambito delle Case della Comunità tali figure dovranno infatti:

- collaborare all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età, anche- utilizzando sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza
- contribuire alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti della Medicina di Popolazione
- favorire l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale

- promuovere l'educazione sanitaria nella comunità di riferimento e attività di informazione/comunicazione
- svolgere attività di counselling infermieristico e promuovere il coinvolgimento attivo dei caregiver.

Tabella 2.7 Sintesi degli standard di servizi delle Case di Comunità Hub e Spoke

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Cure primarie multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
PUA e integrazione Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
ADI di base	OBBLIGATORIO	
Specialistica ambulatoriale per patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia)	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici (per prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica inclusa IFeC; ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e la risposta a bisogni occasionali)	OBBLIGATORIO	
Prenotazione integrata CUP	OBBLIGATORIO	
Presenza medica	OBBLIGATORIO 24/7	OBBLIGATORIO 12/6
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO 12/7 FORTEMENTE RACCOMANDATO 24/7	OBBLIGATORIO 12/6
Servizi diagnostici (monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Collegamento con la CdC Hub di riferimento	OBBLIGATORIO	
Servizi Sociali	FORTEMENTE RACCOMANDATO	
Servizi per SM, dipendenze e NPI	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

In sintesi, l’obiettivo della Regione Molise è proseguire nella progettualità già avviata con le case della salute e arrivare con la riorganizzazione e ampliamento delle Case di Comunità a consentire effettivamente un accesso alle prestazioni coerente con le necessità dei cittadini, sia evitando il ricorso al Pronto Soccorso sia attuando quella Medicina di Popolazione che consenta una presa in carico di pazienti cronici sempre più ampia ed efficace così come un’effettiva continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

I professionisti presenti nella Casa di Comunità devono garantire una presa in carico del paziente capace di garantire una continuità assistenziale tra l’eventuale specialista ospedaliero o ambulatoriale che ha in carico il paziente e il MMG, coinvolgendo l’infermiera di comunità quale strumento operativo per iniziative di monitoraggio sia a domicilio sia a distanza attraverso dispositivi o contatti diretti. Questi interventi devono poi essere disegnati tenendo conto dell’elevata frequenza

di comorbidità che caratterizza ad esempio i pazienti scompensati (l'83% dei pazienti), così come l'elevato numero di farmaci appartenenti ad ATC diverse (il 56% dei pazienti con scompenso e il 36% dei pazienti diabetici), segnalando la necessità di un costante monitoraggio rispetto all'aderenza terapeutica (in particolare per i pazienti con scompenso cardiaco).

Pertanto, non si tratta solo di trasferire le competenze già presenti nelle attuali Case della Salute o negli ambulatori distrettuali alle nuove Case di Comunità, ma di prevedere un percorso che consenta di introdurre una nuova modalità di organizzazione e di presa in carico dell'attività di assistenza. In particolare, riprendendo il personale e le funzioni previste dalla normativa si prevede una prima fase di 18 mesi in cui:

- Garantire almeno 5/6 IFoC presso le CdC hub con un responsabile del coordinamento. In tal modo deve essere possibile attribuire fin da subito i diversi ruoli previsti dalla normativa e iniziare così a costruire specifici interventi di prevenzione, presa in carico precoce, monitoraggio proattivo presso gli ambulatori, il domicilio e a distanza delle patologie croniche.
- Nel caso non sia ancora presente, garantire la copertura di almeno il 60% della diagnostica di laboratorio, della diagnostica cardiologica e per "immagini leggera" dei rispettivi bacini di utenza sia nelle CdC
- Garantire la presenza sistematica di specialisti per l'area cardiologica, cardiovascolare, diabetologica e pneumologica presso le CdC hub, garantendo un coordinamento sia con i MMG dei pazienti sia con gli altri specialisti ambulatoriali e ospedalieri presenti nel territorio

Una seconda fase nei 18 mesi successivi in cui:

- Garantire il completamento dell'organico di IFoC previsto dalla normativa presso sia le CdC hub sia quelle spoke
- Garantire la presenza di sedute di fisioterapia presso sia la CdC Hub sia la CdC spoke
- Garantire la presenza di un nutrizionista / medico sportivo funzionale al supporto dei pazienti affetti da patologie croniche ad uno stadio iniziale (ad es. organizzazione delle camminate e fornitura di programmi nutrizionali) almeno presso la CdC Hub
- Garantire la presenza di uno psicologo almeno presso la CdC Hub a fronte di una presenza spesso significativa di disagio mentale nelle persone affette da patologie croniche (ad es. il 13% dei pazienti con una diagnosi di scompenso

cardiaco risulta essere affetto anche da depressione).

Si pongono, pertanto due obiettivi. Il primo, in termini generali, riguarda la necessità di una revisione dei PDTA per renderli operativi nel contesto molisano. Il secondo obiettivo riguarda specificatamente i PDTA che coprono l'area dell'assistenza territoriale e della continuità ospedale territorio, per cui è necessaria non solo una revisione per renderli effettivamente operativi, ma anche un loro aggiornamento perché siano coerenti con il nuovo contesto disegnato dal DM 77 e dal PNRR.

Nella tabella seguente è riportato il personale presente nelle attuali Case della Salute e le ore di specialistica ambulatoriale attivate.

Tabella - Personale in servizio presso le Strutture Distrettuali e ore di specialistica ambulatoriale

	Medici	Inferm/O stetriche	OSS	Assistenti	personale ausiliario	personale tecnico ambulatorio	tecnici di riabilitazione	ore specialistiche ambulatoriali	ore specialistiche ambulatoriali personale dipendente	ufficio direzione	psicologi	assistente tecnico	operatore tecnico	assistente sociale	Altro
DISTRETTO DI TERMOI	Cd. Castelluccio	2						63,5							
	Cd. Santa Croce	4						56,5							
	Cd. Montenero	5	1	1				110	6				2		
	Cd. Termoli HUB	3	31	1	15	1		448,2	85		3		5		
	consultorio termoli		5					118	36		2		1		
	consultorio di Larino		3					42							
	Cd. Larino (incluse cd.)	8	83	17	4	1	4	213	228	1			5		
DISTRETTO DI ISERNI	Cd. Larino Ospedale	2	10	11					38		1			3	
	totale DSB Termoli	11	123	39	20	1	5	1060,2	375		4		13	3	
	Cd. FROSOLONE		4		1		1	30,45	8						
	venetico consultorio		1												
	MENAFRO (incluse cd.)	4	40		2	1	2	193	85				7		5
	Cd. AGNONE		7		4			10,4					1	2	
	Cd. BENEVA	3	15		2		3	173				2	3	1	
DISTRETTO DI CAMPOBASSO	CONSULTORIO S.	2	3				1	5,2					1	2	
	totale DSB IS	9	70		9	1	6	507,35	93			2	12	5	5
	BOIANO		8		1			117	34						
	Consultorio Boiano		1					9							
	ROCCA		8		1		1	73	22						
	TRIVENTO compreso CdC		3		1			6,4	10						
	SANT'ELIA		1					6	15						
DISTRETTO DI CAMPOBASSO	VIA PETRELLA	15*	27	3	7		6	496	43					2	
	VIA GRANSICA		4		1			1,2							
	VIA TOSCANA		2				1		38						
	Consultorio Campobasso		5					83						1	
	Dermatologia c/o P.O. Cardiologi		3					38	76						
	totale DSB CB	15	62	3	10	1	7	896	238					3	

Il personale contenuto in tabella è comprensivo di tutto il personale afferente le attività distrettuali (PUA, ADI, Protesica, ecc). Nelle strutture ove presenti gli Ospedali di Comunità il personale comprende anche i moduli di riabilitazione, RSA e UDI

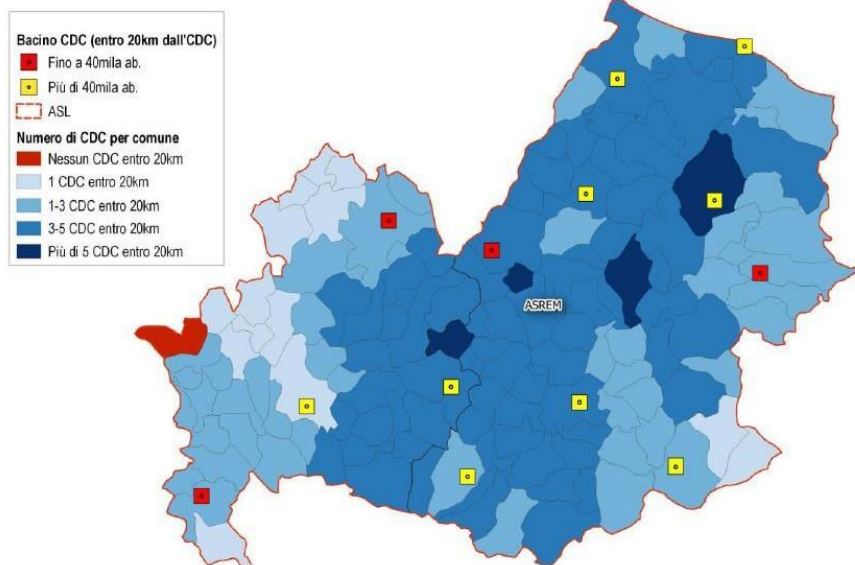
Al fine di potenziare l’assistenza primaria in un’ottica di prossimità, accessibilità e multidisciplinarietà, la Regione Molise ha deciso di attivare a regime nel 2026 tredici CdC suddividendole tra hub e spoke.

Struttura	Comune	Hub/Spoke
CdC	LARINO	Hub
CdC	AGNONE	Hub
CdC	CASTELMAURO	Spoke
CdC	TERMOLI	Hub
CdC	CAMPOBASSO	Hub
CdC	FROSOLONE	Spoke
CdC	ISERNIA	Hub
CdC	TRIVENTO	Spoke
CdC	SANTA CROCE DI MAGLIANO	Spoke
CdC	VENAFRO	Hub
CdC	MONTENERO DI BISACCIA	Spoke
CdC	RICCIA	Hub
CdC	BOJANO	Spoke

Gli interventi strutturali necessari per realizzare/riconvertire le tredici CdC programmate con il DCA 25/2022 saranno finanziati interamente con i fondi previsti dal DM Salute del 20 gennaio 2022.

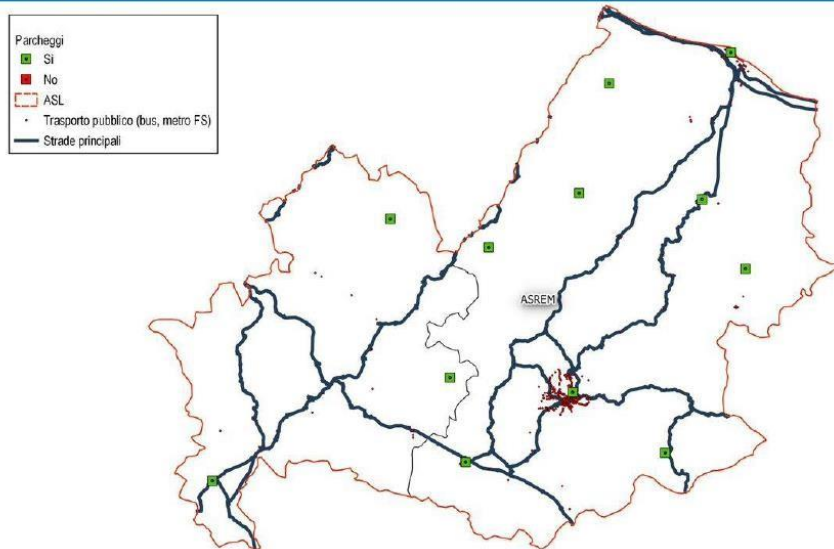
Casa della Comunità

Mappa Copertura Territoriale e Bacini di Utanza



Casa della Comunità

Accessibilità



In tutte le CdC, sulla base del ruolo che ricopriranno nella rete, saranno attivati i servizi previsti come obbligatori dal DM 77/2022, mentre quelli facoltativi saranno individuati sulla base delle necessità espresse dai singoli territori e indicati all'interno del previsto documento unico di riorganizzazione della rete territoriale, tenendo conto anche della necessità di potenziare i servizi consultoriali

attualmente carenti¹. L'attivazione delle tredici CdC consentirà alla Regione Molise di rispettare lo standard di una CdC hub ogni 40.000 abitanti e complessivamente ci sarà una CdC hub o spoke ogni 23.000 abitanti circa.

Al fine di garantire la presenza medica e infermieristica prevista per le CdC hub e spoke dal DM 77/2022, la Regione, in sinergia con ASREM, utilizzerà il personale già presente nelle attuali Case della Salute, e, per le sedi hub, sarà assicurata la presenza del medico h24, anche attraverso l'utilizzo di parte del monte ore della continuità assistenziale a seguito di una rivalutazione e riorganizzazione del servizio.

La Regione, infine, intende completare progressivamente la dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) fino al raggiungimento dello standard di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti. Attualmente il numero degli IFoC già presenti è pari a 45 con un bacino di utenza medio di 1 ogni 6.500 abitanti circa. L'ulteriore personale necessario al funzionamento delle CdC sarà reperito, a seguito di specifici approfondimenti che si effettueranno in sinergia con ASREM, tramite un aggiornamento del Piano assunzionale sulla base degli ulteriori fondi previsti dall'art. 1, comma 274, della Legge 234/2021 per la realizzazione degli standard previsti dal DM 77/2022. Si riportano di seguito le stime del fabbisogno teorico per il personale calcolato sui parametri del DM 77 per la Regione Molise:

¹ Risultano attivi in regione 6 consultori, così come indicato dall'annuario statistico del SSN del Ministero della Salute, anno 2019

	Numero strutture	Personale per struttura (rif. DM77)	Fabbisogno per struttura	Fabbisogno complessivo
CdC hub	6			
Coord. Infermieristico		1	1	6
Infermieri		7-11	9	54
Assistenti sociali		1	1	6
OSS e personale tecnico			4	24
Amministrativi		5-8	3	18
Cdc spoke	6			
Coord. Infermieristico			1	6
Infermieri			7	42
Assistenti sociali			1	6
OSS e personale tecnico			3	18
Amministrativi			2	12
OdC	3			
Coord. Infermieristico		1	1	3
Infermieri		7-9	8	24
OSS		4-6	5	15
Personale funz. Riabilitative		1-2	1	3
Medici		4,5 h al giorno, 6 giorni su 7	1	3
COT	3			
Coord. Infermieristico		1	1	3
Infermieri		3-5	4	12
Amministrativi (pers. di supporto)		1-2	2	6
Totali				
Coord. Infermieristici				18
Infermieri				126
OSS e personale tecnico				57
Assistenti sociali				12
Personale funz. Riabilitative				3
Amministrativi				36
Medici				3
TOTALE				255

L'organizzazione richiede il coinvolgimento delle forme associative dei MMG e dei PLS, con particolare riferimento alla definizione e all'assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multiprofessionale, alla partecipazione attiva del MMG e PLS e alla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, insieme alle articolazioni organizzative delle strutture aziendali, aspetti ritenuti fondamentali per la sua effettiva realizzazione. Le forme associative dei MMG e dei PLS, ancora non presenti nella Regione Molise, costituiscono il primo anello della rete di assistenza territoriale e sono parte integrante delle CdC, sia quando operano in esse, sia quando integrate funzionalmente. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza in forma di medicina d'iniziativa e di presa in carico della comunità di riferimento con un maggior grado di prossimità.

2.8. Assistenza domiciliare integrata

La Regione nel 2023 ha preso in carico al domicilio circa il 9,93 % della popolazione sopra i 65 anni (7601 pazienti su 76528).

Attualmente, le prestazioni sono garantite dall' ASReM attraverso un contratto triennale di appalto di servizio stipulato nel giugno del 2021 e prevede una forte spinta tecnologica con l'utilizzo della telemedicina sia *"one to one"* che *"one to many"*. Queste nuove modalità erogative prevedono il coinvolgimento attivo dei MMG attraverso procedure informatizzate di attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare con l'utilizzo della piattaforma Software fornita dalla Società aggiudicataria che sarà integrata, in una logica di Rete, con tutti i sistemi informatici collegati alle attività ADI (LIS, RIS, FSE, ecc.). La nuova organizzazione faciliterà la presa in carico dei pazienti che necessitano di essere assistiti a domicilio diminuendo, altresì, il ricorso ad ospedalizzazioni inappropriate.

La Regione, al fine di potenziare le cure domiciliari in coerenza con la normativa regionale vigente, intende superare l'attuale modello basato sulla gara d'appalto per giungere al modello dell'autorizzazione e accreditamento sulla base di quanto previsto dal DCA n. 113/2021 di recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 151/CSR) sul documento recante *"Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO delle cure domiciliari"*.

La Regione, inoltre, per dare attuazione a quanto previsto dalla M6C1 del PNRR in ambito di potenziamento delle cure domiciliari ha preso in carico al domicilio, nel 2023 circa il 10 % della popolazione sopra i 65 anni, procedendo per l' anno 2024 ad incrementare il target raggiunto di 3643 unità e nell'anno 2025 di 3904 secondo i target previsti dal PNRR.

Con il DCA n. 27/2022 la Regione ha recepito le Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'Assistenza domiciliare.

Le componenti fondamentali del modello organizzativo domiciliare, a cui fa riferimento il DCA sono:

- il servizio di assistenza domiciliare, che garantisce la continuità dell'assistenza nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente;
- la pianificazione degli accessi domiciliari;
- il servizio di cure domiciliari integrato con prestazioni di telemedicina da remoto.

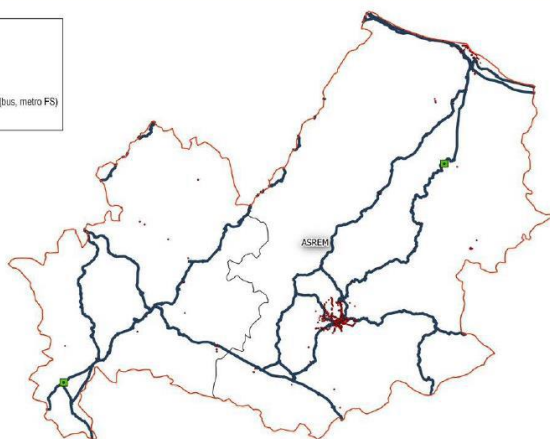
Con DCA 57/2024 avente ad oggetto "Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178", ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Rimodulazione DCA 27/2023" è stata approvata la rimodulazione del DCA n.27/2023, per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari.

2.9. Ospedali di Comunità

In Regione Molise sono attivi due Ospedali di Comunità (OdC) presso le strutture di Larino e Venafrò.

Ospedale di Comunità

Accessibilità



Le citate strutture saranno ristrutturate con i Fondi PNRR stanziati con il DM del 20 gennaio 2022 e previsti nel DCA n. 25/2022 e saranno rivolte a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio e assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche i ricoveri brevi.

Il DM 77/2022 prevede che sia presente un OdC dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. È possibile prevedere l'estensione progressiva di 0,4 posti letto per ogni 1.000 abitanti da attuarsi secondo la programmazione regionale.

Per quanto riguarda lo standard di personale per un OdC dotato di 20 posti letto, la Regione Molise prevede:

- 7-9 infermieri (di cui un coordinatore infermieristico);
- 4-6 operatori sociosanitari;
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e 1 medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

La gestione e l'attività di OdC saranno basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

Per quanto concerne i flussi informativi, invece, l'OdC dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale. In particolare, saranno considerati i seguenti indicatori per il monitoraggio:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 gg
- Degenza media OdC
- Degenza oltre le 6 settimane

- N. Pazienti provenienti dal domicilio
- N. Pazienti provenienti da ospedali

2.10. Centrali Operative Territoriali

Elemento cardine dell'organizzazione territoriale è la Centrale operativa territoriale (COT) quale luogo dove si incontrano virtualmente i responsabili dei percorsi/processi assistenziali e dove si raccolgono, classificano e smistano le richieste per indirizzarle verso l'appropriata soluzione.

La COT svolge funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale (i professionisti della salute che operano all'interno delle CdC, delle UCA, gli operatori dell'ADI, i MMG/PLS e i professionisti che operano nelle diverse tipologie di residenze/centri diurni e nelle strutture ospedaliere, i professionisti che operano nei servizi sociali e sociosanitari).

Centrale Operativa Territoriale

Mapa Copertura Territoriale e Bacini di Utenza



La COT costituisce pertanto uno strumento organizzativo innovativo e agisce in forte interconnessione con la UVM, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza (per il tramite del numero 116117). L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza. La COT rappresenta uno degli strumenti che consente di "tradurre" la funzione di committenza, svolta dall'ASReM e dai Distretti, in modalità operative finalizzate

alla continuità dell'assistenza nei setting assistenziali più appropriati, e alla integrazione orizzontale dei servizi.

La COT interverrà nella gestione dei processi di transizione, per tutti gli assistiti del suo territorio con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità, sia tra servizi in setting di offerta diversi sia nel passaggio da un livello clinico assistenziale all'altro anche all'interno dello stesso setting. Si concentra sulla gestione delle situazioni in cui fisiologicamente il flusso all'interno della rete dei servizi si svolge con difficoltà costante e/o in tempi non adeguati per via della complessità del bisogno non solo sanitario e dell'accessibilità al setting di destinazione (tra cui anche il domicilio).

Per tale motivo, la COT interviene su:

- i transiti occasionali, quali quelli in dimissione dalle strutture di ricovero (tipicamente flusso step down) nelle situazioni di «dimissione difficile» sia per via delle condizioni sociosanitarie del paziente che per questioni relative all'accesso al setting di destinazione
- i transiti tra setting di intensità diversa attivati dagli operatori del territorio (in primis dai MMG) per la gestione dell'accesso alle cure intermedie, anche per la popolazione affetta da malattie croniche in situazioni di fragilità o di complessità clinico assistenziale (tipicamente flusso step up).

Nei casi di maggiore frammentazione della filiera dei servizi, la COT può supportare il MMG nella gestione dei percorsi dei pazienti cronici stabili. La COT interviene direttamente sulla transizione all'interno della rete dei servizi per i casi a maggiore complessità assistenziale (per questioni spesso legate a fabbisogni socio-assistenziali) e collabora direttamente con la CdC e l'IFoC nella gestione della casistica cronica in condizione di stabilità (anche pluripatologica) a cui si rivolgono i loro servizi.

Il DM77/2022 prevede infatti lo sviluppo di una piattaforma che consenta il reclutamento del paziente e la gestione del suo PAI anche attraverso il monitoraggio per l'accesso alle prestazioni pianificate. Si tratta di una forma di cure di transizione, non direttamente in capo alla COT, che beneficia degli strumenti tecnologici, delle expertise dei professionisti che collaborano nei territori e dello scambio di informazioni sulla gestione della casistica.

La COT può essere attivata da tutti gli attori del sistema: personale distrettuale e

ospedaliero, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie (Ospedali di comunità), residenziali e semiresidenziali, servizi sociali.

La Centrale Operativa Territoriale rappresenta il nodo operativo per l'accesso alle cure intermedie ed agli OdC, alla riabilitazione estensiva e alla residenzialità (compresa quella psichiatrica) a fronte di una complessità clinico assistenziale e sociale del paziente. In questo caso si coordina con le UVM e con le PUA. La COT è coinvolta nella ricomposizione dell'offerta di servizi, facilitando il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, migliorando la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, mediante l'attivazione di tutte le risorse sanitarie e sociali presenti sul territorio di riferimento, anche con l'utilizzo dei sistemi di telemedicina.

La COT non costituisce, pertanto, un servizio di front office per gli utenti, non dovendo essere collocata in un luogo fisicamente identificato e visibile. Il servizio visibile e riconoscibile dagli utenti, collocato in precisi luoghi fisici e piattaforme virtuali, è costituito dalla rete delle Porte Uniche di Accesso (PUA) e dagli sportelli sociali dei Comuni in raccordo con il numero telefonico unico europeo 116117.

Essendo il lavoro delle COT molto rilevante e critico, soprattutto nella loro funzione di definizione delle priorità dei pazienti da collocare e da escludere dalle cure intermedie, esse devono operare in un ambiente protetto e poco esposto alla dialettica diretta degli utenti.

Nello specifico, la Regione intende attivare tre COT presso i presidi di Termoli, Bojano e Venafrò con le funzioni e gli standard organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dal DM 77/2022.

A tal fine, la Regione potenzierà la propria infrastruttura tecnologica ed informatica e si impegnerà nelle procedure necessarie a rendere operative e interconnesse le 3 previste COT entro il primo gennaio 2024. Rispetto al reperimento del personale che opererà nella COT (Personale programmato COT: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto), a seguito di specifici approfondimenti che si effettueranno in sinergia con ASREM, si valuterà la possibilità di aggiornare il Piano assunzionale sulla base degli ulteriori fondi previsti dall'art. 1, comma 274 della Legge 234/21 per garantire gli standard previsti dal DM 77/2022.

L'attivazione delle COT, in particolare, aiuterà ASREM a migliorare la qualità, completezza e tempestività dei dati relativi all'assistenza territoriale, nonché migliorerà la capacità di presa in carico degli assistiti consentendo sia l'effettiva

operatività dei PDTA approvati, sia di recuperare rilevanti risorse in termini di appropriatezza, in quanto più della metà degli accessi al pronto soccorso delle persone con scompenso cardiaco, BPCO e diabete avviene in codice verde con picchi dell'80% per la BPCO.

Il modello di presa in carico individuato dal DM 77/2022 non si completa con la sola realizzazione delle COT, in quanto la normativa prevede anche l'attivazione del numero europeo armonizzato (NEA) 116117. Tale servizio, che costituisce un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per l'accesso a tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale, è in corso di attivazione.

2.11. Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

Per garantire i servizi di continuità assistenziali, con l'introduzione del D.L. n. 14 del 9 marzo 2020 e a seguito dell'emergenza Covid-19 in Regione Molise sono state attivate progressivamente 6 Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA) con la specifica funzione di effettuare "la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero" in cui hanno operato 12 medici garantendo una copertura oraria di 12 ore al giorno per 7 giorni la settimana.

Di fatto si è creato un servizio innovativo, in genere multiprofessionale (con la presenza di medico e infermiere e spesso con il supporto di psicologi) che ha garantito a domicilio l'assistenza ai pazienti con infezione da SARS-CoV-2 ed ha contribuito ad un'estesa campagna di tamponamento per l'individuazione precoce dei casi e, successivamente, a realizzare una campagna vaccinale.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o di comunità. L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale. L'UCA fornisce supporto al MMG e al Distretto e interviene sia per favorire i passaggi di setting da ospedale per acuti a domicilio sia per gestire a domicilio problematiche puntuali di particolare complessità che necessitano di interventi clinici o diagnostici non differibili (ecografie, trasfusioni, terapie infusionali, ecc.) nelle more della effettiva operatività della presa in carico da parte dei servizi domiciliari. L'UCA viene attivata dalla COT su segnalazione del medico ospedaliero del reparto di

dimissione, o dal MMG/PLS o dall'IFoC.

L'UCA non sostituisce ma supporta i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità per un periodo definito.

Il DM 77/2022 sancisce l'importanza del servizio di continuità assistenziale e lo affianca a quelli erogati dagli altri professionisti, in "condizioni clinico assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico". Le condizioni previste dal DM 77 sono le seguenti:

- dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o Assistenza Domiciliare;
- supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- gestione di programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- gestione di programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

Lo standard DM 77/2022 prevede l'istituzione di 1 UCA, costituita da 1 Medico e 1 Infermiere, ogni 100.000 abitanti. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo. Il personale sanitario selezionato per le UCA deve possedere adeguate competenze nella gestione di pazienti complessi ed essere quindi in possesso di comprovata esperienza professionale. I medici di assistenza primaria sono incaricati se iscritti in graduatoria regionale o corsisti. Obiettivo del nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale è evitare il più possibile l'ospedalizzazione e orientare la presa in carico in favore delle cure domiciliari, adottando il principio della casa come il luogo privilegiato di cura.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e

di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

Tenuto conto che dello standard del DM 77/2022 la Regione Molise intende attivare 3 UCA allocandole funzionalmente presso le CdC Hub di Campobasso, Isernia e Termoli e al fine di garantire la presenza medica e infermieristica prevista per le CdC hub e spoke dal DM 77/2022, la Regione, in sinergia con ASREM, utilizzerà il personale già presente nelle attuali Case della Salute, e, per le sedi hub, sarà assicurata la presenza del medico h24, anche attraverso l'utilizzo di parte del monte ore della continuità assistenziale a seguito di una rivalutazione e riorganizzazione del servizio.

Gli obiettivi che si intendono perseguire in prima istanza a livello regionale per il funzionamento della continuità assistenziale sono di seguito definiti:

- valutazione della rete dei presidi alla luce dello sviluppo delle CdC e degli standard previsti;
- definizione di procedure inerenti all'attività delle UCA, ivi comprese le dotazioni strumentali e tecnologiche;
- definizione delle modalità di integrazione tra le UCA e gli altri servizi sanitari, ivi comprese le COT;
- attivazione delle UCA e di un sistema di monitoraggio delle attività attraverso reportistica;
- informatizzazione e collegamento con i sistemi aziendali per la gestione delle urgenze nei pazienti cronici e attivazione della trasmissione dei referti al FSE;
- formazione continua del personale.

Le UCA completano l'offerta sanitaria territoriale valorizzando e mettendo a regime l'esperienza delle USCA (durante il periodo pandemico) e riaffermando la necessità di potenziamento delle strutture di prossimità e dei servizi di continuità assistenziale.

2.12. CENTRI DI ASSISTENZA E URGENZA – CAU

Gli obiettivi di potenziamento e riorganizzazione della Regione Molise nell'ambito della Rete Territoriale prevedono l'attivazione e la progressiva implementazione dei Centri di Assistenza e Urgenza – CAU. Si tratta di un modello organizzativo relativo all'assistenza sanitaria in urgenza, volto al miglioramento dell'organizzazione degli accessi al Pronto Soccorso, al fine di consentire la precoce presa in carico del paziente e la corretta distribuzione presso il più appropriato punto di erogazione delle prestazioni sanitarie, riducendo la pressione nei PS nonché dei tempi di attesa.

I CAU afferiscono in particolare alle cure primarie ed alla rete assistenziale territoriale, e sebbene abbiano una connotazione sperimentale, costituiscono un modello di applicazione del DM 77/2022, negli ambiti relativi alla Continuità Assistenziale e delle Case/Ospedali di Comunità. Sono strutture organizzative territoriali da destinare alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale, che possano garantire, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse riferibile attualmente all'assistenza erogata nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso.

I CAU potranno essere collocati all'interno delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, nonché, dove opportuno e possibile, in prossimità delle strutture ospedaliere. Potranno essere sede di tali setting assistenziali anche le forme aggregative strutturate di medicina generale, adeguatamente organizzate e configurate. Costituiranno difatti un punto di riferimento dei servizi territoriali, nell'ottica della prossimità e della capillarità dell'assistenza, mantenendo modalità ed interfacce organizzative con le COT, le UCCP e le AFT dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali interni, con le UCA e con le strutture di ricovero. Saranno comunque configurati in maniera da avere un riferimento presso le strutture ospedaliere e distrettuali, funzionalmente alla casistica da trattare, con garanzia di accessibilità e tempestività di cure e continuità dei percorsi assistenziali. Disporranno di competenze clinico-assistenziali e strumentali in grado di fornire risposta ai problemi e ai bisogni di carattere acuto di modesta entità e alle situazioni di minore criticità e bassa complessità.

L'obiettivo è dare una risposta ai problemi di minore urgenza attraverso il potenziato del sistema di Cure Primarie, a cui destinare i casi urgenti ma non gravi (in codice bianco e verde), e consentire, in tal modo, una risposta più efficiente del Pronto Soccorso ai codici a maggiore gravità (in codice azzurro, arancione e rosso)

Nella configurazione di riferimento, è prevista la presenza organizzata dei medici di Assistenza primaria e di infermieri, adeguatamente formati per accogliere ed assistere pazienti con problemi urgenti a bassa complessità, 7 giorni su 7, h24, in

accesso diretto ovvero attraverso il servizio di emergenza territoriale. I cittadini potranno ricevere dai CAU risposte ad urgenze minori, che attualmente costituiscono oltre il 70% dei casi trattati nel Pronto soccorso e afferiscono a disturbi quali:

Mal di testa/cefalea/emicrania (con dolore lieve-moderato)

Disturbi della vista/dell'occhio

Disturbi dell'udito/dell'orecchio

Traumi lievi (Piede, Caviglia, Ginocchia, Gomito, Polso, Mano)

Piccole ferite

Ed erogare le seguenti prestazioni:

Visita medica

Certificazioni

Trattamento farmacologico al bisogno

Prescrizione di terapia per patologie di nuova insorgenza o terapie essenziali

Procedure chirurgiche minori (per esempio, suture, medicazioni)

Accedendo al CAU, il paziente verrà accolto dall'infermiere che procederà con l'inquadramento del bisogno sanitario, per poi essere sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici (esami di laboratorio, l'elettrocardiogramma, la radiografia...). Il medico del CAU valuterà, quindi, anche alla conclusione del percorso in urgenza presso lo stesso, la necessità di prescrivere ulteriori successive prestazioni specialistiche a completamento diagnostico, il cui esito dovrà essere comunque sottoposto al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera scelta, di riferimento del paziente, senza tornare al CAU.

2.13. Telemedicina, piattaforma unica regionale a supporto della rete territoriale

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 11 del 16 marzo 2022 sono state approvate le Linee di indirizzo operative per la gestione dei servizi di telemedicina della Regione Molise. Queste individuano standard qualitativi, tecnologici e organizzativi, uniformi a livello regionale e si rendono necessarie anche rispetto a quanto previsto dal PNRR che individua la telemedicina quale strumento per la domiciliarità delle cure, eleggendo la casa come luogo privilegiato di assistenza sfruttando la domotica, la digitalizzazione delle informazioni e il coordinamento degli interventi per consentire al paziente di scegliere il canale più adatto e più utile.

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 25 del 26 maggio 2022 è stato approvato il Programma operativo regionale e l'Action Plan del PNRR Missione 6 Salute. Nell'ambito del PNRR, infatti, la Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica. In particolare, la Component 1 *"Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale"* ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali, rafforzando l'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina. Tra l'altro, l'investimento 1.3.1 della Missione 6 Component 2 del PNRR è dedicato al finanziamento del potenziamento del FSE, e lega l'attività della Telemedicina direttamente al Fascicolo Sanitario Elettronico regionale.

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 27 del 17 giugno 2022 sono state recepite le Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, rientranti all'interno della milestone M6C1-4 del PNRR.

Il processo di trasformazione digitale si pone come tassello fondamentale per uniformare opportunità e standard su tutto il territorio regionale, fondando la strategia su due pilastri architettonici e di processo: il nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico e la piattaforma di telemedicina.

La Regione Molise ha dunque l'obiettivo di adottare e potenziare misure che permettano di irrobustire il sistema in ambito sanitario e socio – sanitario, riconducendole ad un'unica piattaforma regionale in grado di gestire le prestazioni di telemedicina in totale integrazione con la "galassia" regionale dei sistemi gestionali in una visione sistemica e integrata.

Anche all'interno dell'integrazione delle reti assistenziali la Regione si pone l'obiettivo di identificare percorsi strutturali che portino alla realizzazione di una

piattaforma unica regionale in grado di integrare tutti i dipartimentali ad oggi in uso, tenendo ben presente la centralità del cittadino-paziente, la centralità del dato, la governance complessiva del sistema, l'abilitazione delle competenze digitali (formazione per gli operatori sanitari), l'empowerment e la digital literacy di tutti gli utilizzatori del sistema (equipe mediche, amministrativi) e dei pazienti.

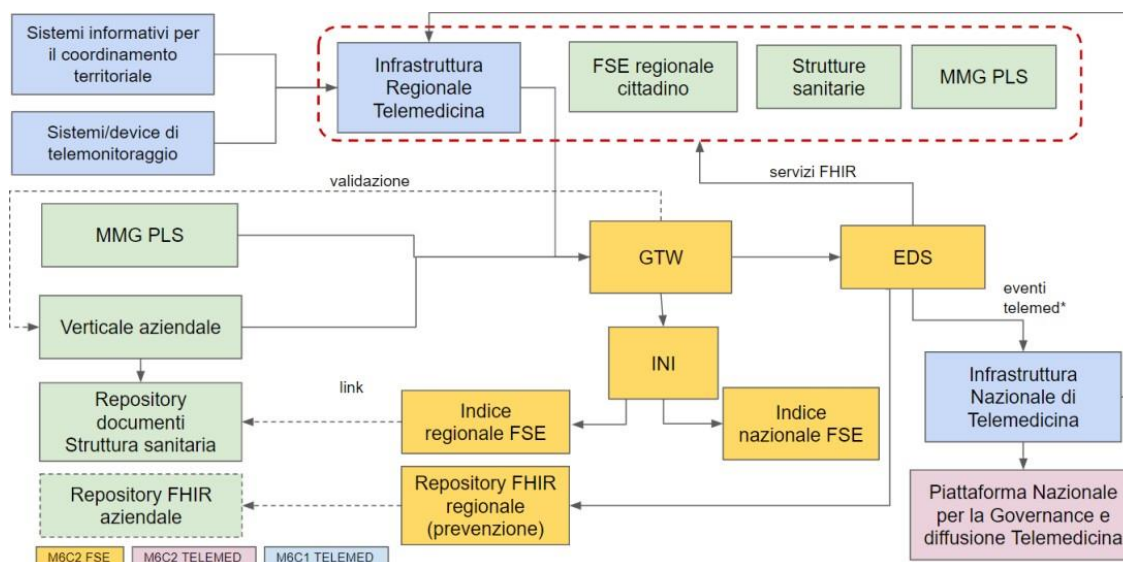


Figura 1 - Modello logico di interazione - AGENAS

Il modello organizzativo delineato per la piattaforma di telemedicina regionale, anche rispetto a quanto previsto dall'investimento dedicato del PNRR, prevede diversi livelli di governance, distribuiti per competenze e per ambiti di attività:

- governance strategica in capo alla Regione Molise
- governance tecnica in capo alla Molise Dati S.p.a.
- governance clinico-assistenziale in capo all'A.S.Re.M.

Le diverse prestazioni di Telemedicina hanno modelli organizzativi differenti che interessano sia le strutture ospedaliere che quelle territoriali. La priorità nell'attuazione di questi servizi è incentrata comunque sul modello organizzativo di "casa, come primo luogo di cura".

Di seguito vengono brevemente descritte le definizioni, le caratteristiche principali, i percorsi organizzativi, il ruolo del centro servizi e altre caratteristiche previste per le 7 principali prestazioni che la ASREM dovrà attivare, proponendo anche dei modelli organizzativi che prendono riferimento dai documenti Agenas a cui comunque si rimanda per ulteriori dettagli.

2.13.1. La Televisita

Definizione

- È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. Tuttavia, la televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza”.

Caratteristiche principali

- È usata esclusivamente per visite di controllo in pazienti con storia clinica già definita. Il core della televisita è un contatto sincrono tra il paziente e il medico
- Può essere preceduta da una parte asincrona dove il paziente può fornire eventuale documentazione clinica e/o rispondere a determinati questionari incentrati sulla propria patologia
- Lo scambio di documentazione clinica potrà comunque avvenire anche durante la videocall tra il medico e il paziente
- Qualora il paziente abbia reso il proprio FSE consultabile, questo potrà essere visionabile del medico che effettua la televisita.
- La televisita effettuata da uno specialista richiede sempre la prescrizione dematerializzata, la prenotazione
- su agende CUP e termina sempre con un referto che deve essere inviato al FSE
- La televisita effettuata dal MMG/PLS può essere considerata come un accesso domiciliare e pertanto non avrà bisogno di prescrizione/prenotazione/referto ma deve terminare con una relazione sulla scheda clinica del paziente e ne deve essere tenuta traccia nella programmazione del PAI domiciliare, nel caso in cui ve ne sia uno.

Percorsi organizzativi

- L'attivazione del servizio di televisita per i pazienti domiciliari è di norma di competenza della COT
- La televisita dovrà avere, seppur con modalità diverse, gli stessi passaggi operativi delle visite in presenza
- Le piattaforme devono prevedere la gestione di una fase asincrona per l'invio della documentazione sanitaria e la possibilità di somministrare eventuali questionari incentrati sulla patologia del paziente e utilizzabili anche al fine di rilevare la maturità tecnologica e il digital divide del paziente, e di una fase sincrona finalizzata allo scambio contestuale alla visita di ulteriore documentazione. Nella comunicazione sincrona e asincrona con l'utente devono essere utilizzati tutto gli strumenti di multicanalità, come ad esempio APP, funzioni di chatbot, chat, etc. La televisita, se prevede ulteriori follow up, deve terminare con nuova prescrizione e prenotazione di altra prestazione
- La televisita è lo strumento particolarmente indicato anche per il rinnovo dei piani terapeutici

Il ruolo del centro servizi

- Il centro Servizi deve avere a disposizione interfacce di sistemi di business intelligence per il governo e il monitoraggio dei processi; inoltre dovrà compiere attività di helpdesk per i pazienti e per i medici anche con interventi proattivi
- L'organizzazione della televisita potrà avvalersi, come avviene nelle prestazioni ambulatoriali in presenza, anche di personale infermieristico e/o amministrativo di supporto.

Caratteristica essenziali della piattaforma

- La piattaforma di gestione delle prestazioni di televisita deve avere caratteristiche di interoperabilità tali da garantire l'integrazione con i principali sistemi aziendali e regionali. Si rimanda per gli standard e flussi di integrazione alle caratteristiche minime delle piattaforme espresse nel documento Agenas
- I pazienti potranno accedere alla televisita attraverso la piattaforma di FSE regionale
- Tutta la documentazione scambiata, i questionari compilati e in generale dati

e informazioni devono essere storicizzati sulla piattaforma e messi a disposizione del FSE e delle piattaforme di gestione dei percorsi e della presa in carico nei diversi setting, oltre che delle piattaforme nazionali di telemedicina e data repository

2.13.2. Il Telemonitoraggio

Definizione

- Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità e riducendo la necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona. Il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici anche per mezzo di sensori e/o medical device che interagiscono con il paziente.
- Le tecnologie utilizzate al domicilio, personalizzate in base alle indicazioni fornite dal medico, devono essere connesse al sistema software che raccoglie i dati di eventuali medical device e i dati clinico anamnestici necessari al monitoraggio delle singole patologie. Il sistema di telemonitoraggio deve consentire di integrare tali dati, se necessario, con altri dati sanitari e di metterli a disposizione degli operatori in base a modalità organizzative e tecniche stabilite.

Caratteristiche principali

- Il servizio è particolarmente indicato, ma non prerogativa, per i pazienti in ADI, i quali potranno usufruire anche di altre prestazioni. Sui modelli organizzativi si fa riferimento alle linee guida dell'AGENAS sulla telemedicina nell'Assistenza domiciliare
- Vi è un coinvolgimento attivo del medico (MMG/PLS/specialista), dell'infermiere, del case manager e del Centro Servizi.
- I parametri da monitorare e la loro frequenza saranno stabiliti dal medico (MMG/PLS/specialista) in fase di accesso al servizio
- Ogni telemonitoraggio avrà una durata prevista e sarà reiterabile nel tempo
- Ogni servizio di telemonitoraggio si deve concludere sempre con una relazione clinica firmata digitalmente da inviare al FSE

Percorsi organizzativi

- Qualsiasi paziente con patologia cronica può essere arruolato in un servizio di telemonitoraggio che potrà essere attivato secondo modelli organizzativi e criteri di inclusione decisi dalla ASREM e applicati nel passaggio tra i diversi setting assistenziali. La possibilità di poter attivare i servizi di telemonitoraggio contribuisce a dare una risposta sanitaria a diverse patologie limitando il rischio di riacutizzazione e limitando i ricoveri inappropriati
- Il telemonitoraggio può essere richiesto dal MMG/PLS, dallo specialista, dall'Ospedale di Comunità o in fase di dimissione ospedaliera; la richiesta informatizzata di telemonitoraggio per l'ADI avverrà tramite i processi di gestione della dimissione complessa, delle segnalazioni alla PUA, della presa in carico e della valutazione multidisciplinare predisposti sulla piattaforma informatica aziendale.
- Un ruolo predominante lo ha in questo ambito l'infermiere di Famiglia e di Comunità
- La consegna dei dispositivi prescritti (sensori, e dispositivi medici), forniti dall'Azienda sanitaria, e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio dei dispositivi.
- La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma è affidata agli attori che, a seconda della complessità del caso, ne hanno valutato l'applicabilità e la personalizzazione, quindi alla équipe assistenziale, alla COT e, qualora direttamente alla rete dell'emergenza, in linea con il protocollo di gestione personalizzata degli allarmi inserito nel PAI.

Ruolo del Centro Servizi

- Il Centro Servizi / Centro Erogatore garantisce l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc. Si occupa inoltre di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti) per i pazienti e per il personale coinvolto

Caratteristiche essenziali della Piattaforma

- Qualsiasi piattaforma si usi per il telemonitoraggio dei parametri inviati questa deve essere interoperabile e conforme con la piattaforma regionale e con gli standard e i modelli di interoperabilità previsti dalla piattaforma di Data Repository nazionale
- La gestione clinica del paziente potrà essere effettuata attraverso la piattaforma di telemonitoraggio o con applicativi terzi, purché questi garantiscano la massima interoperabilità e compliance agli standard previsti dalle Linee Guida del FSE per il conferimento dei documenti e dei dati sanitari
- Qualunque sia la soluzione tecnologica usata si deve comunque sempre poter facilmente individuare la/le patologia/e del paziente, la terapia in atto, lo schema di interazione con la piattaforma e l'eventuale medico di riferimento che si può affiancare al MMG/PLS e il case manager
- Qualsiasi device elettromedicale si usi questo deve avere certificazione e deve utilizzare standard di comunicazione aperti, garantire la completa interoperabilità. Non possono essere in alcun modo previsti standard proprietari che limitino l'integrazione e lo scambio dei dati prodotti e ricevuti

2.13.3. Telecontrollo

Definizione

- Può essere definito come una sorta di telemonitoraggio "light" molto più flessibile e con tempi di controllo molto più diradati. "Il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura".

Percorsi organizzativi - Definiti dalla ASREM

- Il telecontrollo può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvede la necessità di monitorare da remoto ed in maniera periodica il paziente nel tempo.

- La gestione degli allarmi generati dalla piattaforma è affidata agli attori che, a seconda della complessità del caso, ne hanno valutato l'applicabilità e la personalizzazione, quindi alla équipe assistenziale, alla COT e qualora direttamente alla rete dell'emergenza in linea con il protocollo di gestione personalizzata degli allarmi inserito nel PAI.

Ruolo del Centro Servizi

- È limitato al controllo della tempistica a supporto del medico o del paziente.

Piattaforme da utilizzare

- Si possono usare le piattaforme della televisita e/o del teleconsulto purché garantiscano l'utilizzo di standard aperti e la massima interoperabilità secondo quanto previsto nelle linee guida

2.13.4. Teleconsulto

Definizione

- È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi devono essere condivisi per via telematica sottoforma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento di esso. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza.
- Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare⁷.
- Il teleconsulto deve avere come output una relazione multidisciplinare sottoscritta da tutti i componenti del tavolo o un referto specialistico se erogata da un singolo specialista.

Caratteristiche principali

- Può essere svolto sia in urgenza tra i DEA, che in elezione (tra reparti della

stessa o di diverse strutture sanitarie). Il teleconsulto può essere sincrono o asincrono ed ha sempre un richiedente ed un refertante ben identificato (Modello Hub/Spoke)

Percorsi organizzativi

- I teleconsulti possono essere effettuati dalla ASREM tra le diverse strutture sanitarie territoriali. La piattaforma garantisce il supporto per la comunicazione in sicurezza dei dati sanitari e la consultazione di eventuale diagnostica
- Il teleconsulto è utilizzabile ed anche particolarmente indicato nelle RSA, nelle strutture residenziali e le case di reclusione per le specialità di maggior interesse clinico

2.13.5. TeleAssistenza

Definizione

- È un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e il paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee APP per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. La multicanalità è uno strumento utile al fine di garantire la massima accessibilità ai servizi. Lo scopo della teleassistenza è quello di supportare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio.
- La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento al paziente

Piattaforma

- La teleAssistenza potrà avvalersi di piattaforme e modelli organizzativi simili a quelli del telemonitoraggio e della televisita a cui si rimanda
- I soggetti attivatori del servizio di teleassistenza sono: i professionisti sanitari (infermiere/fisioterapista/ecc.), la COT
- L'attivazione del servizio viene programmata con i professionisti sanitari coinvolti e gestita direttamente dagli stessi o anche dalla COT

2.13.6. Teleriabilitazione

Definizione

- Consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce d'età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. È un'attività sanitaria di pertinenza dei professionisti sanitari, può avere carattere multidisciplinare e, quando ciò costituisca un vantaggio per il paziente, può richiedere la collaborazione dei caregiver, familiari e non, e/o di insegnanti. Le prestazioni e i servizi di teleriabilitazione possono essere fruiti da qualsiasi luogo assistenziale e/o educativo in cui si trova il paziente (es. strutture sanitarie, residenze sanitarie o sociosanitarie, istituti penitenziari, case-famiglia, comunità residenziali, scuole, istituti di formazione, università, contesti comunitari o luoghi di lavoro basati sulla comunità, domicilio).
- Nelle attività di teleriabilitazione vanno comprese anche quelle volte alla valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi durante le normali attività di vita condotte all'interno dell'ambiente domestico o lavorativo.⁸ La programmazione delle attività può, ove necessario per una corretta presa in carico essere inserita nella definizione del Piano di Salute dell'assistito o essere prescritta con modalità alternative rispetto a quelle standard previste per questa disciplina. Deve comunque essere sempre tracciato il programma e il dispositivo eventuale attraverso il quale viene attuato

2.14. Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è una piattaforma che eroga servizi verso il cittadino ed i professionisti sanitari, gestisce dati e documenti prodotti da soggetti erogatori pubblici e privati e il consenso informato nel rispetto delle norme GDPR. L'obiettivo strategico della Regione Molise è quello di rendere il Fascicolo Sanitario un vero e proprio "portale clinico" finalizzato all'integrazione dei sistemi informatici verticali che, consentendo la registrazione di ogni azione compiuta e di ogni informazione clinica prodotta, ottimizzi la gestione ordinaria dell'assistito.

Il FSE dovrebbe evolvere da un semplice contenitore di documenti ad un contenitore di dati modificando il paradigma "FSE del cittadino" a "FSE per il cittadino" delineando così un nuovo scenario di piattaforma su cui innestare e sviluppare i servizi offerti dal SSN. Il progetto regionale di sviluppo del FSE mira,

pertanto, alla convergenza verso il fascicolo sanitario inteso nei suoi due aspetti di elemento di integrazione/standardizzazione e di repository di dati strutturati (indistintamente centralizzato o federato, a seconda delle architetture).

2.15. L'Area Prevenzione

2.15.1. Screening oncologici e adesione ai programmi organizzati

Nella regione Molise è attivo un programma unico di screening oncologico per le tre patologie per le quali vi sono evidenze scientifiche di efficacia in termini di riduzione della mortalità causa-specifica. Dal 2003 sono attivi i programmi per il carcinoma della mammella e della cervice uterina, dal 2007 è attivo anche lo screening per la neoplasia del colon-retto. Nel complesso gli indicatori mostrano che i programmi di screening regionali hanno raggiunto e mantenuto discreti livelli di qualità, in particolare per quanto attiene ai primi livelli. L'intento perseguito per il triennio di vigenza del PO è il consolidamento e/o il miglioramento degli standard di estensione e adesione fino ad ora raggiunti.

Obiettivi

- Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori di oggetto di screening).
- Aumentare la percentuale di persone che ricevono l'invito al programma di screening sulla popolazione bersaglio attraverso:
 - Formazione/aggiornamento per gli attori;
 - Messa a punto di una nuova campagna informativa (mass media, manifesti, brochures, etc.) con coinvolgimento di attori istituzionali (Regione, ASReM, Associazioni di volontariato, etc.);
- Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico.

Si intende riorientare la prevenzione individuale e spontanea verso i programmi di screening con conseguente riduzione dell'attività extra screening e incremento del tasso di adesione allo stesso (percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio).

Contestualmente, la Regione Molise intende adottare un protocollo operativo per ampliare gradualmente la popolazione target normalmente invitata allo screening mammografico all'età 45 - 74 anni.

Durante il periodo 01/01/2023 – 30/06/2023 sono stati eseguiti i seguenti screening:

- SCREENING ONCOLOGICO CERVICE UTERINA (HPVtest e PAPtest effettuati): 2928;
- SCREENING ONCOLOGICO MAMMELLA (Mammografie effettuate): 2661;
- SCREENING ONCOLOGICO COLON-RETTO (Test per ricerca sangue occulto fecale): 5299.

Fasi di articolazione:

- a) Riorientare la prevenzione individuale e spontanea verso il programma di screening attraverso la definizione e realizzazione di una nuova campagna informativa ed iniziative volte a sollecitare la collaborazione dei MMG;
- b) Adozione di atti regionali di ampliamento del target di popolazione.

2.15.2. Rafforzamento delle coperture vaccinali

In materia di prevenzione collettiva e sanità pubblica le vaccinazioni rappresentano uno degli strumenti più efficaci e sicuri per prevenire e contenere il diffondersi delle malattie infettive. Difatti, la pratica vaccinale comporta un duplice effetto a beneficio della collettività agendo sia direttamente sui soggetti vaccinati, sia indirettamente sull'intera popolazione.

Con riferimento ai dati registrati negli ultimi anni per le coperture vaccinali in età pediatrica, la regione Molise presenta un andamento in linea con i valori di riferimento.

Il livello di copertura sia per il ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib), che per la 1^a dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) presenta un trend tra il 2018 ed il 2019 (sperimentazione) in rialzo, per poi registrare un lieve calo nel corso del 2020 (provvisorio/informativo).

In particolare, con riferimento ai risultati 2019, si rileva come, al fine di assicurare una copertura del trivalente MPR non al di sotto del livello di sufficienza (92%), in linea con gli obiettivi sanciti con l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 1857/CSR del 13/11/2003 relativo al "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita", si sia agito nel raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale mediante la "chiamata attiva" nei confronti dei soggetti suscettibili.

Vaccinazioni in età pediatrica		Regione			Italia 2020 (provvisori)	Valori di riferimento	Fonte
		Sperimentazione 2018	Sperimentazione 2019	Provvisorio/informativo 2020			
Vaccinazioni in età pediatrica - coperture a 24 mesi (per 100 abitanti)	Polio(a)	95,7%	97,1%	96,7%	94,02%	Sufficienza: ≥92% Eccellenza: ≥95%	N SG (P01C)
	Difterite(a)	95,7%	97,1%	96,7%	93,92%		
	Tetano(a)	95,7%	97,1%	96,7%	94,04%		
	Pertosse(a)	95,7%	97,1%	96,7%	94,03%		
	Epatite B(a)	95,7%	97,3%	96,7%	94,01%		
	Hib (b)	95,7%	97,1%	96,7%	94,00%		
	Morbillo (c)	92,0%	93,4%	92,0%	91,79%		
	Parotite (c)	92,0%	93,4%	92,0%	91,55%		N SG (P02C)
	Rosolia (c)	92,0%	93,4%	92,0%	91,29%		

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi
(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età
(c) 1a dose entro 24 mesi

In merito alle vaccinazioni antinfluenzali-anziano, la Regione Molise nel 2021 ha raggiunto una copertura pari al 59,8%. Il valore, pur in crescita rispetto alle annualità precedenti, non raggiunge la sufficienza (75%).

2.16. Area Sanità pubblica Veterinaria e Sicurezza alimentare

L'erogazione delle prestazioni e dei servizi fissati nei LEA, relativamente alla Medicina Veterinaria ed alla Sicurezza Alimentare avvengono, in linea generale, in condizione di appropriatezza e sufficiente livello qualitativo e quantitativo.

Il monitoraggio delle prestazioni rese da parte del Servizio Veterinario ASReM sul territorio Regionale, avviene attraverso le informazioni ed i flussi generati dalle rispettive Unità Operative.

Nello specifico, una percentuale significativa dei Programmi/Attività riguardanti la "Salute animale e igiene urbana veterinaria" e "l'igiene degli alimenti" risultano regolarmente adempiuti, tra cui: Riproduzione animale, Controllo sul benessere degli animali da reddito, Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi, Piano Residui, Additivi.

Mentre tra gli inadempimenti gravi riscontrati nella griglia LEA si rileva l'attività di "farmacosorveglianza". Il mancato raggiungimento dell'obiettivo è giustificabile dalla inadeguatezza delle risorse strumentali e umane.

In merito all'Area della Sanità Animale, particolare attenzione va riservata ai Piani di Profilassi. L'acquisizione delle qualifiche per tubercolosi, brucellosi bovina e ovicaprina è messa in pericolo da movimentazioni in provenienza da allevamenti (UI) di Province non UI. Tale situazione può essere fronteggiata tramite controlli aggiuntivi mirati verso tali movimentazioni, che tuttavia necessitano di risorse professionali e tecnologiche adeguate.

Altro aspetto di grande impatto è quello relativo alla continua espansione in Molise del settore dell'allevamento avicolo intensivo per il quale sono indispensabili competenze professionali concernenti misure di biosicurezza, materia ormai ritenuta un pilastro portante della Sanità animale in generale. Si consideri per questo aspetto anche il settore suinicolo, per il quale la Regione ha approvato

recentemente un piano di eradicazione della malattia di Aujeszky e della Peste Suina Africana.

Per quanto riguarda la prevenzione e il contrasto al randagismo il DCA 100/2020 prevede l'adozione di misure che, allo stato attuale, in considerazione della carenza di personale, risultano di difficile esecuzione (Mappatura genetica delle popolazioni canine identificate e geolocalizzazione dei siti con elevato numero di cani che costituiscono fonte di branchi di cani sul territorio).

2.17. Assistenza sociosanitaria Residenziale e Semi-Residenziale

2.17.1. Assistenza sociosanitaria Residenziale e Semi-Residenziale alle Persone non Autosufficienti e Demenze

La riqualificazione territoriale passa attraverso il potenziamento dell'offerta sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti cui il Servizio sanitario nazionale garantirà, laddove non sia possibile la cura al domicilio, l'opportunità di essere ospitate in strutture residenziali extra ospedaliere che offrano loro tutta l'assistenza di cui hanno bisogno.

A seconda delle specifiche condizioni della persona, della severità dei sintomi, nonché della gravità e della modificabilità delle sue condizioni, rilevate attraverso la valutazione multidimensionale del paziente, le prestazioni potranno essere erogate in forma intensiva o estensiva, oppure mirare al semplice mantenimento dello stato di salute della persona e delle sue capacità funzionali. In ossequio ai diversi gradi di intensità assistenziale previsti dal nuovo DPCM sui LEA, le strutture residenziali garantiranno i livelli diversi di intensità assistenziale e, quindi, ospitare persone con problemi sanitari di diversa complessità: in alcuni casi, vengono ricoverate persone in condizioni molto critiche, che hanno bisogno di supporto alle funzioni vitali (respiratore, nutrizione artificiale, ecc.) o che si trovano in stato di coma o di responsività limitata e le strutture garantiscono la presenza di specialisti adeguati, di infermieri h24, ecc.; in altri casi, può trattarsi di persone in condizioni di salute discrete, cui è sufficiente la visita periodica del MMG, la somministrazione di farmaci, l'assistenza di operatori socio-sanitari e la vigilanza notturna. Vi sono, poi, situazioni intermedie e situazioni che evolvono da una minore a una maggiore gravità o viceversa che migliorano nel corso del tempo.

La compartecipazione alla spesa sociale segue i criteri imposti dal citato Decreto che nei casi più gravi pone i costi a completo carico del SSR, mentre per le strutture residenziali di medio/bassa intensità sanitaria, destinate a persone in condizioni non gravi, il Servizio sanitario regionale si farà carico solo del costo delle prestazioni sanitarie erogate e che i costi delle prestazioni non sanitarie e delle

prestazioni di natura alberghiera (vitto, pulizia, svago, ecc.) siano per il 50% a carico dell’assistito o, in caso di disagio economico, del Comune di residenza.

Nell’ambito della ‘non autosufficienza’ la Regione Molise ha provveduto all’adeguamento della normativa regionale a quanto specificatamente previsto dal DPCM LEA 12 gennaio 2017 in ordine alla compartecipazione al costo delle tariffe, alla classificazione delle strutture e delle prestazioni rientranti nel singolo setting assistenziale.

Nelle tabelle di seguito riportata si indica la situazione attuale di posti letto contrattualizzati per l’assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti:

Tabella: Dotazione di PL in strutture residenziali per l’assistenza anziani

	PL CONTRAT./ATTIVATI
R1	13
R2	104
R3	183
Alzheimer	7
TOTALE	307

Fonte: Dati A.S.Re.M.

Si riporta di seguito il fabbisogno territoriale relativo alle unità residenziali per gli anziani non autosufficienti e per l’Alzheimer, al fine di potenziare l’attività delle stesse:

Tabella: Fabbisogno Regionale di PL in strutture residenziali per l’assistenza anziani

	Fabbisogno di posti letto assistenza anziani non autosufficienti				
	R1	R2	R3	Alzheimer	TOTALE
TOTALE FABBISOGNO AGGIUNTIVO	47	86	98	33	264
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE RESIDENZIALE	60	190	281	40	571

Gli obiettivi di potenziamento e riorganizzazione della Regione Molise nell’ambito della Rete Territoriale prevedono l’attivazione e la progressiva implementazione di soluzioni e modelli organizzativi in grado di recuperare efficienza ed appropriatezza, tra cui i “Ricoveri di sollievo per anziani disabili”. Tale soluzione si inserisce nel più generale processo di riorganizzazione dei servizi assistenziali sanitari e sociosanitari, tenendo conto delle evoluzioni e delle tendenze sociali,

demografiche ed epidemiologiche, ed in considerazione delle evidenze scientifiche collegate al ruolo dei caregiver e delle famiglie.

La Regione Molise nella consapevolezza delle problematiche legate all'assistenza degli anziani disabili e delle persone non autosufficienti, e delle ricadute sulle famiglie, soprattutto nei casi in cui non si dispone delle condizioni, delle risorse e delle competenze necessari per garantire un'assistenza adeguata, intende istituzionalizzare i "Ricoveri di sollievo".

Si tratta di un ricovero temporaneo, disposto anche al fine di garantire un supporto ai caregiver ovvero alle famiglie che si prendono cura delle persone non autosufficienti. È una soluzione limitata nel tempo, che può essere programmata o a cui si può ricorrere per fornire un supporto a situazioni critiche o di emergenza, nelle quali l' "ordinaria" sistemazioni non è in grado di assicurare un riscontro efficace. Costituisce la risposta ad un'esigenza di supporto limitato nel tempo oppure alla necessità dovute ad un improvviso bisogno di assistenza, per motivi di salute o contingenti.

Il ricovero di sollievo afferisce a situazione di bisogno socio-sanitario e di emergenza, come nel caso degli anziani dimessi dall'ospedale che hanno la necessità di trascorrere un periodo di riabilitazione e convalescenza e non hanno ancora la possibilità di essere assistiti a domicilio. Rappresenta sempre e comunque un trattamento sanitario e assistenziale, senza ricorrere al ricovero definitivo, legato alle necessità del paziente ma che tiene conto anche di quelle dei suoi familiari.

Il ricovero di sollievo temporaneo garantisce l'assistenza di base, quella medica, infermieristica e farmaceutica, erogate in coordinamento con i caregiver o i familiari, secondo la specificità e la condizione soggettiva della persona e per un tempo massimo di 30 giorni. La remunerazione delle prestazioni e le relative tariffe saranno regolamentate con successivo specifico provvedimento, con il quale verrà altresì determinata la relativa spesa nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza ovvero su altre fonti di finanziamento. Sarà comunque prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito o della famiglia, fatti salvi i casi a totale carico dell'assistenza pubblica.

2.17.2. Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale a persone con disabilità

Il potenziamento della rete regionale territoriale impone che Il Servizio sanitario regionale garantisca alle persone con gravi disabilità che abbiano bisogno di trattamenti riabilitativi intensivi (almeno 3 h./die) o estensivi (almeno 1 h./die), la

possibilità di essere ricoverate in strutture residenziali extra ospedaliere che offrano loro l'assistenza di cui hanno bisogno. L'assistenza è rivolta a persone dimesse da un ricovero ospedaliero per acuti o di riabilitazione, che debbano prolungare i trattamenti per recuperare ulteriormente le loro abilità ma che non abbiano più bisogno di assistenza e sorveglianza nelle ore notturne per la stabilizzazione delle condizioni cliniche generali.

Il ricovero avviene previa richiesta del MMG o del medico ospedaliero, e previa una valutazione complessiva delle condizioni fisiche, psichiche e sociali da parte della UVM (unità di valutazione multidimensionale), autorizza il ricovero in una struttura residenziale che possa garantire l'esecuzione di un Programma riabilitativo individualizzato, con obiettivi prefissati e di durata definita. Le strutture residenziali possono garantire livelli diversi di intensità riabilitativa e, quindi, ospitare persone con problemi di diverso livello di gravità.

In alcuni casi, vengono ricoverate persone con lesioni midollari, cerebrolesioni o paralisi cerebrali infantili, gravi traumatismi o ictus severi, e le strutture garantiscono trattamenti intensivi, eseguiti da professionisti diversi (terapisti motori, terapeuti cognitivi e del linguaggio, terapeuti occupazionali, ecc.) e la presenza di specialisti adeguati (neurologi, fisiatristi, neuropsichiatri infantili, ecc.); in altri casi, può trattarsi di persone con bisogni riabilitativi semplici, cui è sufficiente 1 ora di trattamento/die per recuperare la mobilità, ad esempio dopo interventi di protesizzazione dell'anca, del ginocchio, della spalla, ecc.

Quando si tratta di gravi disabilità, congenite o comunque stabilizzate, i trattamenti sono principalmente rivolti al mantenimento delle capacità e abilità residue, allo sviluppo o al recupero delle relazioni affettive e alla socializzazione, assumendo un prevalente significato di riabilitazione sociale. In ossequio a quanto stabilito dal Decreto sui LEA, nei casi più gravi gli oneri sono a completo carico del SSR.

I trattamenti di medio/bassa intensità sanitaria, destinate a persone in condizioni non gravi, il Servizio sanitario regionale si farà carico solo ed esclusivamente del costo delle prestazioni sanitarie erogate. I costi delle prestazioni non sanitarie e delle prestazioni di natura alberghiera (vitto, pulizia, svago, ecc.) saranno a carico dell'assistito o, in caso di disagio economico, del Comune di residenza. con applicazione di un criterio forfetario e la retta a carico della Asl varia dal 70 al 40%. Di seguito si riporta la situazione attuale dei posti letto per assistenza a disabili fisici:

Tabella: Dotazione di PL in strutture residenziali per l'assistenza ai disabili fisici

Dotazione attuale di posti letto	
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE ASSISTENZA DISABILI FISICI RESIDENZIALE	182
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE ASSISTENZA DISABILI FISICI SEMIRESIDENZIALE	48
TOTALE ASSISTENZA DISABILI FISICI	230

Fonte: Dati A.S.Re.M.

Tabella: Fabbisogno di PL in strutture residenziali e semiresidenziali per l'assistenza ai disabili fisici

Fabbisogno di posti letto	
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE ASSISTENZA DISABILI FISICI RESIDENZIALE	190
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE ASSISTENZA DISABILI FISICI SEMIRESIDENZIALE	50
TOTALE ASSISTENZA DISABILI FISICI	240

2.17.3. Criteri e regole per eventuali nuovi accreditamenti

Per lo sviluppo della dotazione della propria rete di assistenza territoriale secondo i fabbisogni sopra esposti, in caso di eventuale attivazione di nuovi accreditamenti si agirà in conformità ai dettami previsti nella Legge Concorrenza 2021 (legge 118/2022) ed al successivo Decreto del Ministro della Salute “Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie” (DM Salute 19.12.2022), relativamente alle regole per il rilascio di nuovi accreditamenti per le strutture private e per le verifiche per la selezione dei soggetti privati in relazione alla stipula di accordi con il Ssn.

Il rilascio dell’accreditamento istituzionale in favore delle nuove strutture che ne facciano richiesta, o l’avvio di nuove attività in strutture preesistenti, verrà subordinato alla valutazione regionale in funzione:

del rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, in relazione alla tipologia e ai volumi dei servizi da erogare;

del possesso dei requisiti di accreditamento, stabiliti dalla regione in coerenza con le indicazioni dell’Intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome del 20 dicembre 2012 sul documento recante “Disciplinare per la revisione della normativa dell’accreditamento” (Rep. Atti n. 259/CSR);

dei risultati dell’attività eventualmente già svolta da parte della struttura richiedente;

dell'impegno al perseguimento degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni, tenendo conto della normativa sulla gestione del rischio clinico e degli elementi riferiti alla sicurezza riportati nell'Allegato A del citato decreto; degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate, per le strutture che abbiano già svolto attività sanitaria e sociosanitaria, secondo quanto riportato nell'Allegato A”.

2.18. Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Per quel che concerne la salute mentale esiste sia un ampio corpus normativo nazionale e regionale che individua nella rete dei servizi territoriali il fulcro dell'assistenza alle persone, sia direttive internazionali vincolanti con le quali viene esplicitato che la salute mentale delle nostre popolazioni è un diritto umano fondamentale, un bene comune, individuale e collettivo. Sulla base delle normative esistenti è il Dipartimento di Salute Mentale con la rete dei servizi territoriali, ospedalieri, semiresidenziali e residenziali titolari di una funzione socio-sanitaria di primaria importanza per il bacino di utenza di competenza.

2.18.1. Rete territoriale dei servizi

La rete territoriale dei servizi di salute mentale è stata storicamente e compiutamente organizzata a partire dalla Legge Regionale per la Tutela della Salute Mentale n. 30/2002 e successivi atti regolamentari (Gazzetta Ufficiale, 3a Serie Speciale n. 16 del 17-4-2004) nonché mediante l'attuazione di atti di programmazione adottati a livello di Conferenza Stato-Regioni e recepiti dalla Regione Molise con Deliberazioni di Giunta coerenti con gli atti normativi. In particolare:

- l'Accordo Stato-Regioni del 24.01.2013 recepito dalla Regione Molise con Delibera di Giunta n. 83 del 24.02.2014 per quanto riguarda il recepimento del “Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale” che sancisce le Azioni Programmatiche per la Tutela della Salute Mentale in età adulta, in adolescenza e di coordinamento e integrazione con altre aree di servizi sociosanitari;
- l'Accordo Stato-Regioni del 17.10.2013 recepito dalla Regione Molise con Delibera di Giunta n.109 del 18.03.2014, il cui obiettivo prioritario è quello

della “Differenziazione dell’offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa”, al fine di promuovere “una residenzialità funzionale a percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo) sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni”.

Stante l’organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche disegnato dal DCA n. 68/2015, recante le relative “Linee Guida”, confermato, tra l’altro, dal Programma Operativo straordinario 2015-2018, l’obiettivo della Regione Molise è, in primis, quello di adeguamento della offerta proposta con i provvedimenti sopra evidenziati ai nuovi Lea e ai relativi Setting assistenziali previsti in materia di salute mentale (art. 26 e art. 33 DPCM 12 gennaio 2017).

Si ripropone, qui di seguito, l’attuale organizzazione delle Reti di Salute Mentale:

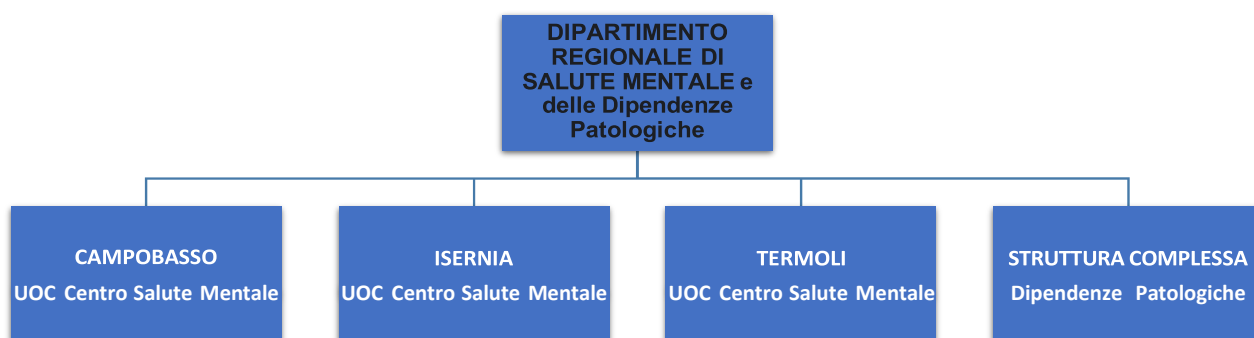


Figura 1: organigramma Reti di Salute Mentale

2.18.2. Dipartimento di salute mentale e delle Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda Sanitaria.

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- i Centri di Salute Mentale (CSM), servizi territoriali;
- i Centri Diurni (CD), servizi semiresidenziali;
- i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH), ospedalieri;
- Strutture Psichiatriche Residenziali (SR) distinte in Intensive, Estensive e residenze socioterapeutico-riabilitative.

2.18.3. Centro di Salute Mentale (CSM)

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico, fulcro dell'assistenza territoriale e sede dell'equipe multiprofessionale costituita come previsto dalle normative nazionali e regionali da Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica e Operatori Socio-Sanitari con un organico come stabilito dal Piano Funzionale Assistenziale dell'Azienda Sanitaria.

Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Il CSM assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni Day hospital strutture residenziali, ricoveri;
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica;
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counselling, durante l'orario di apertura;
- consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le
- strutture residenziali per anziani e per disabili;
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica;
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate;
- intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare;
- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

È previsto che il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 5 giorni alla settimana comunque in accordo con le risorse professionali disponibili in organico.

2.18.4. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) svolge una funzione ospedaliera, allocato rispettivamente presso gli ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli, che attraverso una Unità Operativa Semplice, in collegamento con i CCSSMM di competenza, attua trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero. Esplica, inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri.

Gli SPDC se pur allocati presso i Presidi Ospedalieri sono parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale.

2.18.5. Day Hospital psichiatrico (DH)

Il Day Hospital psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. È collocato all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. Ha la funzione di:

- permettere accertamenti diagnostici vari e complessi
- effettuare trattamenti farmacologici
- ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a un programma concordato tra gli operatori del CSM. Sono mantenuti i 2 posti di DH regionali.

2.18.6. Strutture Residenziali Psichiatriche

Si definisce struttura residenziale psichiatrica (SRP) una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture che si caratterizzano tutte per la presenza di una equipe di operatori composta da medici psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici nella riabilitazione psichiatrica, operatori sociosanitari (OSS), hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La SRP di tipo estensivo ed estensivo e quelle ad alta e media intensità socio-terapeutico-riabilitative, non

vanno intese come soluzione abitativa. Le strutture residenziali psichiatriche sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non hanno più di 20 posti. Sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale. Le SRP possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

Con riguardo specifico al fabbisogno di strutture Residenziali psichiatriche sul territorio regionale, si riporta la situazione attuale dei posti letto residenziali e semiresidenziali per l'assistenza psichiatrica ed il fabbisogno regionale:

Tabella: Dotazione attuale di PL in strutture residenziali e semiresidenziali per assistenza psichiatrica

Assistenza Psichiatrica	Totale PL
Dotazione di posti letto residenziali	138
Dotazione di posti letto semiresidenziali	39
TOTALE DOTAZIONE ATTUALE ASSISTENZA PSICHIATRICA	177

Fonte: Dati A.S.Re.M.

Tabella: Fabbisogno Regionale di PL in strutture residenziali per l'assistenza psichiatrica

Assistenza Psichiatrica	TOTALE
SITUAZIONE ATTUALE (N. 138 PL Resid. + n. 39 PL Semiresid.)	177
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE RESIDENZIALE (SRP1-SRP2-SRP3)	181

2.18.7. Centro Diurno

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio, con apertura di almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana. È dotato di una propria équipe e dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Il CD può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la

continuità della presa in carico. I Centri Diurni sono collocati a Campobasso, Isernia e Termoli con una capienza di 20 utenti ciascuno come da DCA 68/2015. Ferma restando la diversa articolazione dei trattamenti distinti in intensivi, estensivi e socioriabilitativi, con apposito provvedimento si provvederà ad una rivisitazione della definizione delle tipologie assistenziali e delle relative prestazioni rese dalle strutture residenziali, imposta ai fini della coerenza con quanto previsto in materia dal DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, secondo quanto di seguito specificato:

- a) **trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo)**, rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti ad alta intensità riabilitativa, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e sociosanitario sulle 24 ore.

Il finanziamento per i trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere a) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

- b) **trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo**, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sociosanitario sulle 24 ore. Il finanziamento per i trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

- c) **trattamenti socioriabilitativi**, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socioriabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco

della giornata. Il finanziamento per i trattamenti residenziali socioriabilitativi di cui al comma 2, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 40%.

2.18.8. Autismo

L'autismo rientra in quelli che vengono definiti "disturbi pervasivi dello sviluppo", un insieme di disturbi complessi comprendenti, tra gli altri, la sindrome di Asperger, il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato (complessivamente definiti come disturbi dello spettro autistico), che possono manifestarsi con gradi variabili di gravità. Si tratta di disturbi che dipendono da un alterato sviluppo del cervello. Chi ne è affetto presenta problemi di interazioni sociali, problemi di comunicazione (verbale e non) e comportamenti ripetitivi. Possono essere inoltre presenti disabilità intellettiva, alterazioni della coordinazione motoria, disturbi gastro- intestinali. Anche nell'intento di realizzare gli obiettivi, le finalità e gli interventi previsti dall' 'Intesa Stato Regioni 2018 recante "Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi dello spettro acustico", recepita con DCA n. 13/2019, la Regione Molise si ripropone un potenziamento della Rete dei Servizi per la diagnosi, la cura e la presa in carico globale della persona. Ciò anche attraverso la promozione e lo sviluppo di un sistema integrato dei servizi sanitari, sociali e educativi progetti formativi per l'aggiornamento delle figure professionali afferenti all'ambito sanitario, sociale e educativo sia nell'età evolutiva che adulta. Sul territorio regionale non ci sono Centri Specialistici per soggetti autistici accreditati con il SSR. Si rende necessario, pertanto, implementazione sul territorio regionale di strategie ed interventi per migliorare la capacità del SSR nell'erogare e monitorare i servizi, migliorare la qualità dell'assistenza delle persone e con appropriatezza delle prestazioni erogate. Al fine di garantire risposta ai bisogni espressi sul territorio, ci si riserva di valutare il rilascio in favore della citata Struttura dell'accreditamento istituzionale con il SSR.

Relativamente al disturbo autistico sono previsti servizi semi-residenziali con 20 posti letto e residenziali con 50 posti letto.

Fabbisogno di posti letto residenziali autismo	
Autismo (fino a 18 anni) - S16	30
Autismo (oltre i 18 anni) - S11	20
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE AUTISMO	50

Fabbisogno di posti letto semiresidenziali autismo	
Autismo (fino a 18 anni) - S16	10
Autismo (oltre i 18 anni) - S11	10
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE ASSISTENZA AUTISMO	20

2.18.9. Disturbi alimentari

Nel campo dei disturbi dell'alimentazione, il Ministero della Salute in data 29 settembre 2017 ha pubblicato le "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione". La problematica dei Disturbi Alimentari (DA) è un problema di sanità pubblica di crescente importanza dal momento che, sia per l'anoressia che per la bulimia, negli ultimi decenni, c'è stato un notevole abbassamento dell'età dell'esordio. L'esordio precoce si associa spesso ad un rischio elevato di danni permanenti, secondari alla malnutrizione, soprattutto perché i tessuti non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il Sistema Nervoso Centrale. Si rende quindi indispensabile essere preparati ad attuare interventi precoci, adottando strumenti di valutazione nutrizionale adeguati all'età e tecniche terapeutiche che siano efficaci per pazienti in età adolescenziale. Risulta poi fondamentale mantenere la continuità terapeutica e programmare attività con equipe multidisciplinari. L'obiettivo di Regione Molise è quello di recepire a livello regionale le linee guida nazionali Ministero della Salute e di attuare specifici percorsi a livello territoriale. Uno dei problemi più rilevanti è il continuo abbassamento dell'età di insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare che giungono all'osservazione dei servizi di Salute Mentale senza che gli stessi abbiano potuto operare una presa in carico congiunta tra la Neuropsichiatria Infantile e il Dipartimento di Salute Mentale. Di conseguenza il primo obiettivo è l'elaborazione di un PDTA tra il Distretto Sanitario, la Neuropsichiatria Infantile e il Dipartimento di Salute Mentale adulti per favorire la presa in carico congiunta già in minore età, nonché la continuità terapeutica. Inoltre, si rende necessaria, la presa in carico dei grandi obesi.

Relativamente ai disturbi alimentari sono previsti servizi residenziali con 20 posti letto.

Fabbisogno di posti letto residenziali disturbi alimentari	
TOTALE FABBISOGNO DISTURBI ALIMENTARI	20

2.18.10. Psicogeriatría.

Considerato l'alto índice di invecchiamento della popolazione e le problematiche psichiatriche che sono presenti in una fascia di popolazione anziana che se pur stabilizzate e non fruibili di percorsi riabilitativi destano attenzione e sempre più si associano a deficit cognitivi di decadimento dell'età senile, come suggerito dal Documento della Conferenza Stato-regione recepito con Delibera Regionale n. 109 del 18.03.2014 è possibile sperimentare percorsi per questa problematica.

2.18.11. Disabilità intellettive

Un settore che non ha mai ricevuto sufficiente attenzione è quello delle problematiche delle disabilità intellettive, primarie o secondarie ad altre patologie e la copresenza di disturbi psichiatrici con le cosiddette psicosi di innesto. Anche per questa problematica come suggerito dal Documento della Conferenza Stato-regione recepito con Delibera Regionale n. 109 del 18.03.2014 è possibile sperimentare percorsi specifici. il primo obiettivo è l'elaborazione di un PDTA tra il Distretto Sanitario e il Dipartimento di Salute Mentale adulti per favorire la presa in carico congiunta.

Tabella: Proposta Regionale di PL in strutture semiresidenziali per disabilità intellettive

Fabbisogno di posti letto semiresidenziali disabilità intellettive	
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE DISABILITÀ INTELLETTIVE	20

2.18.12. Riepilogo fabbisogno

A fini riepilogativi si riporta di seguito il fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali per i disabili psichici (disturbi spettro autistico, disturbi alimentari, disabilità intellettive).

Tabella: Proposta Regionale di PL in strutture residenziali per l'assistenza ai disabili psichici

Fabbisogno di posti letto residenziali disabili psichici	
Autismo (fino a 18 anni) - S16	30
Autismo (oltre i 18 anni) - S11	20
Disturbi alimentari	20
TOTALE FABBISOGNO DISABILI PSICHICI	70

Tabella: Proposta Regionale di PL in strutture semiresidenziali per l'assistenza ai disabili psichici

Fabbisogno di posti letto semiresidenziali disabili psichici
--

Autismo (fino a 18 anni) - S16	10
Autismo (oltre i 18 anni) - S11	10
Disabilità intellettive	20
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE DISABILI PSICHICI	40

2.18.13. Dipendenze Patologiche

All'interno dell'Area della Salute Mentale, ai sensi della Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del D.P.R. 309/90, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, che disciplina il cambio di denominazione, sono presenti i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.). Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della aumentata complessità del fenomeno non più legato esclusivamente all'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche ad altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, sex addiction ecc.). Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che deve essere in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. In tale contesto, occorre definire una strategia tesa a implementare e potenziare il servizio pubblico, adottando una modalità di intervento che privilegia la valutazione multidimensionale del bisogno, i percorsi terapeutici integrati, il raccordo con le ulteriori realtà del territorio, nel rispetto di una logica di rete, con strutturazione di protocolli di presa in carico globale. Il settore prevenzione e cura della Dipendenza garantisce la programmazione, la gestione, la verifica e la valutazione degli interventi e delle azioni rivolte alle dipendenze patologiche nell'ambito della tutela della salute, della prevenzione, della socio-riabilitazione e della riduzione dei danni e dei rischi per le dipendenze patologiche. Costituisce nell'Azienda l'organo di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato di servizi pubblici e del privato sociale ed è organizzata in centri di costo e di responsabilità. L'Area prevede una articolazione organizzativa aziendale e periferica di servizi centrali, a Campobasso, e territoriali, a Termoli ed Isernia, e di tipologie (strutture ambulatoriali territoriali, strutture intermedie diurne e residenziali, unità mobili, strutture accreditate degli Enti Ausiliari) il cui insieme configura un sistema di servizi e di azioni diversificate e adeguate alle diverse realtà e caratteristiche degli utenti di riferimento (consumatori di droghe e sostanze psicoattive illegali e legali, detenuti, immigrati SIP, senza dimora, alcolisti, consumatori problematici di cocaina e di alcol, poli consumatori, consumatori ricreativi, dipendenze senza sostanze (Ludopatie, internet addiction, etc). I SER.D. principali sono previsti nelle corrispondenti sedi distrettuali di

Campobasso, Isernia e Termoli, ma in base alle esigenze del bisogno di salute della popolazione e nel rispetto della diversità geomorfologica del territorio, sarà possibile attivare sedi dislocate presso i Comuni ex sede di Distretto sanitario (Venafro, Agnone, Larino, Bojano, Riccia). Il Ser.D è una struttura socio-sanitaria incentrata sui bisogni dell'utente ed è costituito da un'equipe multidisciplinare che, al fine di assicurare la copertura del fabbisogno multidimensionale che prende in carico in maniera sempre più estensiva anche dipendenza comportamentali, dovrà avere a disposizione un numero congruo di operatori proporzionali agli abitanti del Distretto di riferimento e agli utenti in carico. È intenzione della Regione Molise assicurare l'attività di prevenzione delle Dipendenza attraverso l'azione progettuale e mirata dei Ser.D, anche utilizzando risorse nazionali specifiche extra dotazione ordinaria.

In continuità con quanto già previsto dal precedente Programma Operativo, si prevedono le seguenti azioni:

- Potenziamento della assistenza domiciliare sulla base di una programmazione del Budget di Salute;
- Promozione dell'inserimento socio lavorativo sulla base di una programmazione del Budget di Salute;
- Potenziamento della rete assistenziale per la cura dei seguenti disturbi:

a. Doppia Diagnosi di competenza del Serd e del CSM

Per un programma sociosanitario moderno di prevenzione, cura e riabilitazione delle condizioni di dipendenza in sinergia con i Serd e per rispondere in modo appropriato, efficace ed efficiente alle problematiche della cosiddetta doppia-diagnosi è ormai divenuta indispensabile il potenziamento della rete sociosanitaria attraverso servizi residenziali e semiresidenziali. Le dipendenze e soprattutto le doppie diagnosi sono oggi sono un problema di sanità pubblica tanto vasto quanto sottovalutato. La spesa extraregionale per rispondere a questo problema è in costante e progressiva crescita. Pertanto, vi è urgenza di sostenere progetti sperimentali da monitorare per la creazione in un futuro di requisiti organizzativi e professionali per un Servizio che abbia funzione Residenziale e Semi-residenziale come fu effettuato con grande successo presso questa regione con le prime storiche "case-famiglia di psichiatria". Di conseguenza il primo obiettivo è l'elaborazione di un PDTA tra il Distretto Sanitario, il Serd, la Neuropsichiatria Infantile e il Dipartimento di Salute Mentale adulti per favorire la presa in carico congiunta.

2.19. Salute Penitenziaria - L'organizzazione dell'assistenza sanitaria alle persone detenute

2.19.1. Promozione della continuità assistenziale

Assistenza sanitaria alle persone detenute o internate (ex art. 58 dei LEA)

In richiamo al DPCM del 1.04.08 ed in ossequio alle disposizioni dell'Accordo "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali", approvato dalla CU in data 22/01/15 e recepito dalla Regione Molise con decreto del Presidente della Regione Molise - Commissario Ad Acta – n.22 del 31.03.2015, si è inteso realizzare gli obiettivi che seguono:

- Rimodulare, nell'ambito dei Livelli di Assistenza, il complesso delle attività erogate, articolandolo in un ventaglio più ampio di risposte disponibili con una maggiore flessibilità progettuale, al fine di renderlo più adeguato ai variegati bisogni che attualmente connotano la popolazione detenuta;
- Ottenere un più efficiente utilizzo di risorse sanitarie;
- Attivare la Telemedicina;
- Assicurare la continuità assistenziale necessaria ai detenuti che presentino patologie in acuzie e post-acuzie.

2.19.2. Organizzazione del servizio aziendale sanità penitenziaria – ASReM

Livello centrale

L'Unità a valenza Dipartimentale della Tutela della Salute in Carcere (SDTSC), verrà inserita all'interno della Direzione Sanitaria Aziendale e garantisce l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura previste nei LEA all'interno degli istituti penitenziari presenti sul territorio aziendale (Casa Circondariale e Reclusione di Campobasso, Casa Circondariale e Reclusione di Larino, Casa Circondariale di Isernia), in conformità ai principi definiti dalle linee di indirizzo regionali e nazionali per gli interventi del S.S.N. a tutela della salute dei detenuti e degli internati, sulla base del principio della piena parità di trattamento con i cittadini liberi.

Ha i seguenti compiti:

- coordina e gestisce le attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e ricovero in ambiente ospedaliero di degenza protetta, da attuare nei confronti della

popolazione detenuta;

- assicura, le prestazioni sanitarie all'interno degli istituti di pena, tenendo in considerazione le peculiarità della popolazione detenuta;
- assicura attività di prevenzione con azioni finalizzate al miglioramento della qualità della vita in carcere (prevenzione ambientale) ed interventi mirati a ridurre il rischio di patologie correlate al regime detentivo, nella tutela della salute dell'individuo e della comunità penitenziaria;
- assicura attività di cura attraverso percorsi terapeutici che garantiscono la continuità assistenziale, la tempestività, l'appropriatezza e la qualità degli interventi;
- eroga prestazioni per: diagnostica, assistenza infermieristica, servizio farmaceutico, medicina generale, medicina d'urgenza, medicina specialistica (con attivazione di diverse branche specialistiche nelle varie strutture, in ragione dei bisogni rilevati presso la popolazione ristretta);
- interagisce con il Dipartimento di Salute Mentale e con i Servizi per le Tossicodipendenze aziendali per i problemi inerenti la salute mentale e per la prevenzione e cura del settore tossicologico;
- collabora con i reparti ospedalieri per la cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti;
- gestisce il personale sanitario operante nelle strutture penitenziarie ricadenti nell'ambito di competenza aziendale;
- cura le relazioni con gli enti sovraordinati (Regione) e con le competenti articolazioni dell'Amministrazione Penitenziaria (Provveditorato Regionale, Direzioni degli istituti penitenziari presenti sul territorio aziendale).

Articolazione intramuraria della SITSC è il Presidio Sanitario Penitenziario (PSP) interno alle tre Case Circondariali, che assicura praticamente le prestazioni sanitarie a favore dei detenuti.

L'organico della SITSC è costituito da:

- n. 1 Dirigente Medico Responsabile SSD;
- n. 1 Coordinatore infermieristico, che gestisce il personale infermieristico;
- personale del PSP.

In ciascun presidio sanitario penitenziario è presente:

- responsabile di PSP;

- servizio di medicina generale;
- servizio di medicina specialistica;
- servizio infermieristico.

È inoltre presente all'interno degli Istituti penitenziari un Servizio per le Dipendenze, con personale medico e psicologo dedicato. L'assistente sociale viene garantito dal SERD competente per territorio.

In particolare, il Medico Responsabile del PSP è responsabile per ciò che riguarda le attività sanitarie intramurarie, assicura le prestazioni medico-legali previste dall'ordinamento penitenziario a favore della popolazione detenuta ed eroga le prestazioni medico-legali a favore della polizia penitenziaria. È sottoposto gerarchicamente, come anche tutti i medici penitenziari, al Responsabile della SSD Tutela della Salute in Carcere.

Il servizio di medicina generale assicura:

- le prestazioni di base;
- le urgenze cliniche;
- il servizio accoglienza nuovi giunti;
- certificazioni mediche in uso nell'ambito penitenziario
- le prestazioni medico-legali a favore della Polizia Penitenziaria e della popolazione detenuta in caso di assenza del responsabile e non procrastinabili.

Il servizio di medicina specialistica assicura le prestazioni specialistiche all'interno della struttura penitenziaria. Il servizio, per alcune specialità (psichiatria, malattie infettive, cardiologia, odontoiatria), viene garantito secondo un calendario prefissato di accesso in istituto per un numero di ore prestabilito; altre specialità sono assicurate a chiamata.

Il servizio infermieristico assicura le prestazioni inerenti il proprio profilo professionale. È coordinato da una posizione organizzativa assegnata alla SITSC. In ogni PSP è prevista la figura dell'infermiere referente.

Il Distretto Sanitario competente per territorio assicura tutte le attività logistiche necessarie per le funzioni del PSP (approvvigionamento farmaci, ritiro prelievi ematici, fornitura di materiale d'uso, ecc.).

2.19.3. Il processo di informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito

penitenziario

Cartella HTH sanità penitenziaria/ diario clinico e documentazione sanitaria, Area CUP

L'ASReM intende avviare l'informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario, attraverso l'adozione della Cartella Informatizzata (HTH) per la gestione del Diario Clinico e della Documentazione Sanitaria di tutti i distretti presenti negli Istituti di pena del Molise, favorendo in tal modo l'eliminazione del cartaceo, il controllo della gestione e l'analisi dei costi. L'area CUP, già presente all'interno del carcere di Campobasso è un centro Unico di Prenotazioni per l'accesso elettronico alla Sanità, da dove è possibile la prenotazione di esami ematochimici e strumentali e visite specialistiche, valide per tutto il territorio regionale. La completa informatizzazione consentirà inoltre la telemedicina.

Formazione

È essenziale per poter attuare e governare il modello della Sanità Penitenziaria. Pertanto, si rende opportuno la iniziale previsione di un progetto di formazione sul campo per favorire l'integrazione operativa e lo sviluppo delle necessarie relazioni tra i diversi responsabili della rete regionale della sanità penitenziaria, nonché per definire quanto prima - delle procedure e dei protocolli regionali condivisi. Necessari corsi BLS per il personale di Polizia Penitenziaria, che nelle carceri di Larino e Isernia è l'unica presenza intramuraria che durante le ore notturne può per prima intervenire nelle emergenze/urgenze.

Monitoraggio

Lo stato di realizzazione e il funzionamento della rete regionale, così come indicato nel presente documento avverrà attraverso il monitoraggio da parte dell'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria (istituito con DGR Molise n.1326/2008 e s.m.i.), con il quale verrà verificato lo stato dell'offerta sanitaria negli Istituti Penitenziari del Molise e l'auspicata armonizzazione dell'erogazione omogenea dei LEA sul territorio regionale.

Indicatori di offerta e di qualità

La Sanità Penitenziaria deve necessariamente essere intesa come l'insieme delle azioni integrate di ogni struttura organizzativa della rete di offerta del sistema sanitario a livello regionale e territoriale / locale per la prevenzione, diagnosi, cura

e riabilitazione delle persone in stato di detenzione. Tale assistenza sanitaria si caratterizza per una forte specificità e complessità. La maggior parte dei detenuti proviene dagli strati sociali in cui incidono più pesantemente in modo negativo i determinanti della salute (quali quelli sociali, lavoro, reddito, istruzione, ecc.), con ripercussioni negative sullo stato di salute rispetto alla popolazione generale. Accedono ai servizi sanitari più tardivamente, spesso non fanno le terapie secondo le indicazioni e si sottraggono ai controlli periodici con frequenti ospedalizzazioni e complicanze. Sono molto frequenti stati invalidanti e una mortalità più precoce rispetto al resto della popolazione. Anche gli studi internazionali evidenziano che già al momento dell'ingresso in carcere la popolazione detenuta si caratterizza per una prevalenza nettamente superiore di disturbi psichici, di dipendenza da sostanze psicotrope, di malattie infettive e di alcune patologie croniche. Inoltre, la carcerazione di per sé può rappresentare un momento di esposizione ad altri rischi specifici (spazi confinati, sovraffollamento, rischi infettivi, sedentarietà, auto ed etero aggressività, depressione e ansia) essendo in grado non solo di scompensare preesistenti equilibri, ma anche di distruggere una qualsiasi personalità. Il fenomeno suicidario è una testimonianza. Si ritiene necessaria l'elaborazione di uno strumento condiviso riproducibile di primo accesso per lo screening della patologia psichiatria, nonché l'elaborazione di un percorso idoneo ad assicurare la condivisione di trattamento tra la Sanità Penitenziaria Intramuraria e il Dipartimento di Salute Mentale per detenuti. Il percorso dovrà garantire una presa in carico differenziata a seconda della classificazione patologica del paziente secondo i criteri definiti dal Piano di Azione Nazionale Salute Mentale.

2.20. Cure Palliative

Si definisce "fase terminale" la situazione di una persona affetta non solo da malattia neoplastica in fase avanzata e progressiva ma anche quella di paziente affetto da patologia cronico-degenerativa e quindi con prognosi infausta a breve e medio termine per la presenza di alterazioni irreversibili.

Per le caratteristiche della malattia che lo affligge, il malato terminale non richiede più complessi accertamenti diagnostici ma l'esclusiva applicazione di **cure palliative** intendendo con questo termine **"l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali, rivolti sia alla persona malata che al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e globale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici"** (legge n.38 del 15.03.2010). Quando è raggiunto lo stato di inguaribilità, diventa infatti importante integrare le cure palliative e di supporto con una crescente attenzione alla dimensione psicologica e di tutela familiare. Si passa così

dall’attenzione alla cura della malattia del paziente, al concetto del “prendersi cura” della persona. L’assistenza ai pazienti con malattia in fase avanzata e progressiva costituisce quindi un enorme problema di sanità pubblica e, più in generale della società, con profonde implicazioni cliniche, psicologiche e sociali.

La rete delle cure palliative in Molise ha l’obiettivo di attivare una Rete regionale finalizzata a:

- garantire il diritto di ogni persona che affronta la fase terminale della vita a ricevere cure palliative appropriate ed uniformi, in qualsiasi setting assistenziale e nell'intero territorio regionale;
- promuovere l’attivazione della Rete di cure palliative, in grado di garantire tutti i livelli assistenziali necessari all’assistenza dei malati alla fine della vita;
- garantire una continuità assistenziale che possa migliorare la qualità di vita dei malati e fornire adeguato supporto psicologico e spirituale e sociale ai familiari;
- garantire la disponibilità di cure a domicilio di elevata qualità che permettano, a chi lo desidera, di essere assistito a casa fino alla morte, con una riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri impropri.

In particolare, l’ASReM garantisce l’offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale attraverso l’Unità Operativa di Cure Palliative e Terapia del dolore a valenza dipartimentale cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità assistenziale tra ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, in particolare nell’ Hospice regionale.

L’UOSVD è strutturata nel modo seguente:

il personale lavora in equipe multidisciplinare tra Hospice, domicilio e gli altri setting assistenziali previsti, in maniera uniforme, su tutto il territorio regionale. L’equipe è composta da:

Profili Professionali	Numero operatori	Setting	Tipologia di contratto	Ore settimanali per unità
Medico Coordinatore Rete Terapia del dolore e Cure Palliative	1	Hospice e Domicilio + reperibilità	a tempo indeterminato	(38h)

Profili Professionali	Numero operatori	Setting	Tipologia di contratto	Ore settimanali per unità
e Responsabile Hospice				
Medici necessari per attività assistenziale in Hospice	3	Hospice + reperibilità	a tempo indeterminato	(38h)
Medici necessari per attività assistenziale a domicilio	4	Domicilio + reperibilità	a tempo indeterminato	(38h)
Psicologo/psicoterapeuta	1	Hospice e Domicilio	a tempo indeterminato	(38h)
Assistente Sociale	2	Hospice e Domicilio	a tempo indeterminato	(36h)
Infermieri	14	Hospice	a tempo indeterminato	(36h)
Infermieri	12	Domicilio + reperibilità	a tempo indeterminato	(36h)
OSS	8	Hospice	a tempo indeterminato	(36h)
OSS	12	Domicilio	a tempo indeterminato	(36h)
Fisioterapista	2	Hospice e Domicilio	a tempo indeterminato	(36h)
Assistente Spirituale	1	Hospice e Domicilio		(36h)

L'UOSVD di Cure Palliative ha funzioni di:

- attivazione e coordinamento della rete di cure palliative, specificatamente dedicata, che rappresenta una organizzazione funzionale composta da: medici di famiglia, medici palliativisti, infermieri, psicologi, medici di continuità assistenziale, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, operatori sociosanitari, assistenti spirituali, terapisti occupazionali ecc;
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- garanzia di una coerenza prescrittiva verso i farmaci a maggiore efficacia antalgica con particolare attenzione all'uso di oppioidi in ogni condizione di dolore.

2.20.1. La rete di cure palliative

La nuova definizione di rete delle cure palliative è presente nel documento d'Intesa presso la Conferenza per i Rapporti tra Stato e Regioni del 25 luglio 2012. Essa identifica la rete locale di cure palliative come una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali (ospedale, Hospice, domicilio e altre strutture residenziali) in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa i seguenti requisiti:

- Strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete locale di Cure Palliative. Nell'azienda sanitaria, strutture specifiche garantiscono l'assistenza di Cure Palliative in Hospice, a domicilio e ove necessario in ospedale, al fine di garantire la reale operatività della rete.
- Cure palliative per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. La rete locale di cure palliative definisce o concorre a definire i piani di intervento per poter garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura. I piani devono coinvolgere in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio, compreso il settore sociale degli Enti Locali.

- Operatività di equipe multi-professionali dedicate. Nella rete di cure palliative operano equipe multi- professionali con personale dedicato. Di tale equipe è parte integrante il MMG. La strutturazione di base dell'equipe multi-professionale è costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza. Con l'equipe collaborano, in rapporto ai bisogni del malato e della famiglia, psicologi, assistenti sociali e altre figure professionali ritenute necessarie. Le equipe multi-professionali adottano quale strumento di condivisione professionale periodica la riunione d'equipe.
- Unitarietà del percorso di cure domiciliari. L'unitarietà del percorso di cure domiciliari è garantita dalla Unità di Cure Palliative Sovradistrettuale, che garantisce interventi di base e interventi di equipe specialistiche, tra loro interagenti, in funzione della complessità, che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita.
- Continuità delle cure. È garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero e nei vari setting di cura (casa, Hospice, ospedale, strutture residenziali). Tale integrazione, in un programma di cure individuali, è condizione essenziale per bisogni dei malati e dei loro familiari.
- Formazione continua degli operatori.
- Programmi di supporto psicologico dell'equipe (prevenzione e trattamento del burnout per gli operatori che lavorano nella rete).
- Misurazione della qualità di vita attraverso strumenti validati.
- Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato. Adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al malato, attraverso la valutazione multi- professionale dei bisogni e l'utilizzo di procedure sul trattamento dei sintomi tratte da linee guida basate sull'evidenza. È garantita una rilevazione costante e documentata del grado di informazione del malato e della famiglia rispetto alla patologia in atto. È garantita l'esistenza e l'applicazione di protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia e per l'applicazione di linee guida per il controllo dei sintomi.
- Supporto sociale e spirituale a malati e familiari.
- Programmi di supporto al lutto.
- Dilemmi etici. La rete locale di cure palliative stabilisce le procedure per la

discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si dovessero presentare, anche per quanto riguarda le procedure di segnalazione ad un comitato etico di riferimento.

- Programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative e sulle modalità di accesso alla rete.
- Programmi di valutazione della qualità delle cure mediante strumenti validati di valutazione della qualità percepita dal malato e dalla famiglia durante il periodo di assistenza palliativa.

2.20.2. Definizione dei destinatari del servizio

I soggetti aventi diritto sono **“malati affetti da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita”** (legge n.38 del 15.03.2010). La presa in carico del paziente con patologia neoplastica terminale o con insufficienza d'organo refrattaria nella Rete di Cure Palliative avviene quando la prognosi sull'aspettativa di vita del paziente, effettuata dal medico (sia esso ambulatoriale, ospedaliero, di RSA o il MMG), risulta inferiore ad un anno. La presa in carico dei pazienti avviene attraverso la stesura dell'orientamento assistenziale (piano terapeutico) tramite l'unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD). La segnalazione viene gestita dal Direttore, responsabile della Unità Operativa di Cure Palliative a valenza dipartimentale che provvede a contattare l'UVMD, il MMG e la famiglia per verificare i bisogni assistenziali e la documentazione ricevuta. L'Unità multidisciplinare di Cure Palliative effettuerà una valutazione globale, individuando in quale livello di base o specialistico, il paziente può trovare riposta più adeguata ai suoi bisogni clinico-assistenziali. L'UCPD si integra nel modello organizzativo ADI e garantisce sia il livello base che quello specialistico. Successivamente il responsabile della Unità di Cure Palliative può ritenere necessario contattare il paziente e/o i famigliari per programmare un colloquio per ulteriori valutazioni.

2.20.3. Criteri di arruolamento

Criteri generali di eleggibilità (CGE) che devono essere contemporaneamente presenti, sono la presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (criterio diagnostico); l'assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici - chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici (criterio terapeutico); la sopravvivenza stimata non superiore a 1 anno (criterio prognostico); la riduzione

delle performance con indice di Karnofsky = o <50 (criterio funzionale).

Criteri specifici di eleggibilità (CSE) in regime di assistenza domiciliare in cure palliative: i criteri generali di eleggibilità; famiglia o rete di sostegno informale presente e garante della presenza vicino al paziente; idoneità logistico-strutturale del domicilio; intensità assistenziale necessaria erogabile a domicilio; espresso desiderio del paziente a restare al proprio domicilio

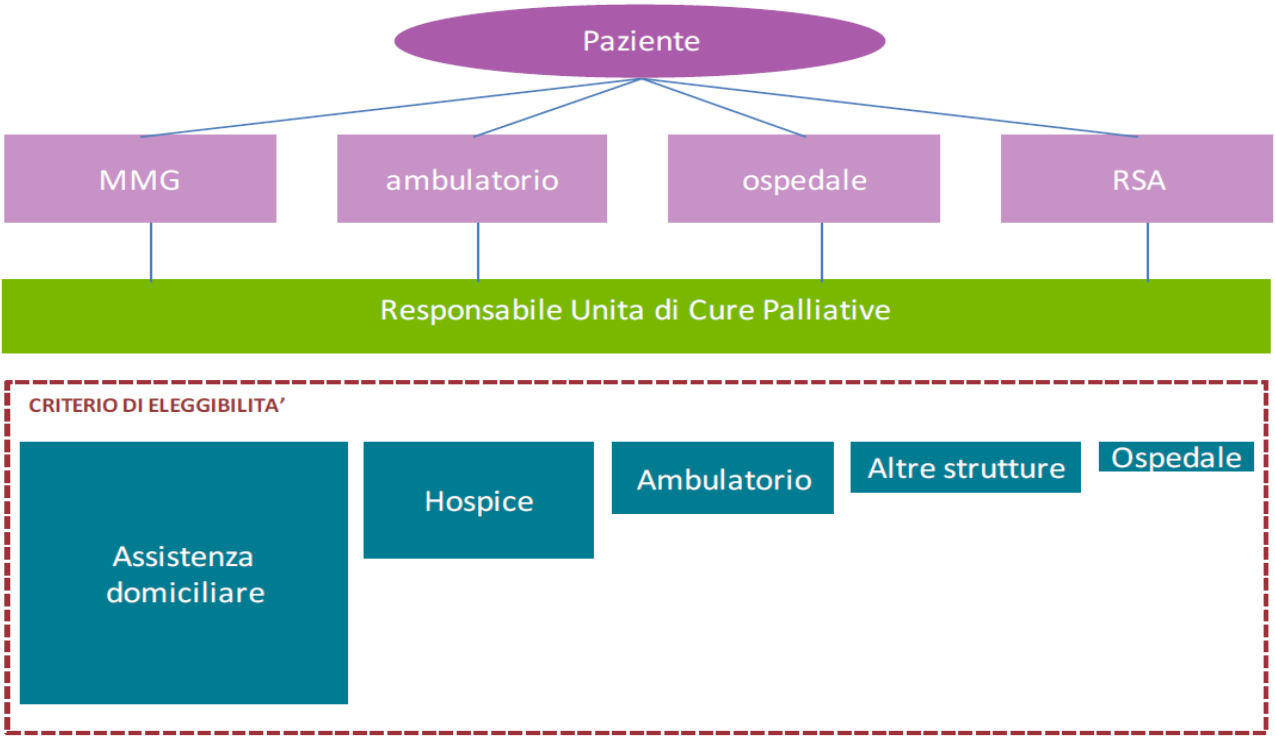


Figura 2: flusso per arruolamento

La stima effettuata dalla Regione Molise nelle linee guida citate valuta in n. 1300 i pazienti neoplastici che ogni anno decedono sul territorio della ASReM; essi sono tutti potenziali fruitori dei servizi della Rete Cure Palliative che in ogni caso deve raggiungere il 65% degli stessi cioè n. 845 per raggiungere gli standard minimi secondo il D.M. del Ministero della salute n.47/2007. Agli 845 pazienti neoplastici vanno a sommarsi quelli che giungono al termine della vita per insufficienze di organo refrattarie a terapia attive e che si stima siano non inferiori al 50% dei neoplastici; quindi, si può stimare siano ulteriori n. 420 pazienti potenziali fruitori dei servizi della Rete Cure Palliative.

2.20.4. Setting assistenziali

Le varie modalità assistenziali all'interno della rete devono essere strategicamente

distribuite a livello regionale al fine di garantire l'uniformità delle cure su tutto il territorio e la continuità assistenziale al paziente in tutte le fasi della malattia.

Nella rete vengono identificati i diversi setting assistenziali del servizio di cure:

- ASSISTENZA OSPEDALIERA
- ASSISTENZA RESIDENZIALE IN HOSPICE
- ASSISTENZA IN ALTRE STRUTTURE
- ASSISTENZA DOMICILIARE

Assistenza ospedaliera

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, l'approccio palliativo è garantito per tutti i malati durante l'intero percorso di cura, in funzione dei bisogni e in integrazione con le specifiche fasi terapeutiche delle malattie croniche evolutive. Le cure palliative in ospedale, nell'ambito della rete, comprendono: consulenza palliativa tramite richiesta rivolta all'unità di cure palliative facente capo all'Hospice, assicurata da un'equipe multiprofessionale con specifica competenza ed esperienza. Fornisce un supporto specialistico ai malati nei diversi regimi di assistenza ospedaliera, al fine di un ottimale controllo dei sintomi, all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, all'individuazione del percorso e del setting di cura più appropriato e di una corretta comunicazione con il malato e la famiglia, contribuendo ad assicurare continuità assistenziale durante tutto il percorso del malato;

Assistenza residenziale in Hospice

Si rimanda a quanto detto nel paragrafo dedicato alla assistenza sociosanitaria alle persone nella fase terminale della vita.

Assistenza in strutture residenziali

Le strutture residenziali per anziani o disabili garantiscono le Cure Palliative ai propri ospiti avvalendosi del supporto della Unità di Cure Palliative Sovradistrettuale.

Prestazioni in regime di ricovero diurno

Garantiscono l'erogazione di prestazioni terapeutiche di particolare complessità, non eseguibili nelle altre strutture della rete.

Attività ambulatoriale

Garantisce prestazioni per pazienti autosufficienti che necessitano di valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi, ivi compreso il dolore, e per il supporto alla famiglia.

Assistenza domiciliare

Le linee guida del sistema delle cure domiciliari definisce 3 livelli assistenziali domiciliari, in base all'entità degli interventi integrati, espressa nel CIA (*coefficiente di intensità assistenziale: rapporto tra le giornate di effettiva assistenza e le giornate complessive di cure*), $CIA = GEA \text{ (giornate di effettiva assistenza)} / GDC \text{ (giornate complessive di cura)}$ ovvero:

- 1- CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate);
- 2A- CD Integrate di Primo Livello;
- 2B- CD Integrate di Secondo Livello;
- 3A- CD Integrate di Terzo Livello;
- 3B- Cure Palliative ai malati terminali.

Le linee guida prevedono dunque un livello assistenziale per le cure palliative domiciliari per gli stati di terminalità (oncologica e non), con il supporto di specifiche équipe. Le cure palliative domiciliari sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, sociale, tutelare, nonché di sostegno spirituale a favore di persone affette da patologia cronica ed evolutiva, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Vengono erogate dall' Unità di Cure Palliative Sovra distrettuali che garantiscono:

interventi di base, coordinati dal MMG (MMG). Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale;

interventi di equipe specialistiche multi-professionali dedicate. Queste cure sono rivolte a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati. Richiedono un livello elevato di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di

assistenza individuale. Le figure professionali coinvolte sono: infermiere, medico e/o specialista, professionisti della riabilitazione, psicologo, operatore socio-sanitario. La copertura assistenziale è assicurata sette giorni su sette, dieci ore al giorno dal lunedì al venerdì, sei ore al giorno il sabato e festivi, pronta disponibilità medica di 24 ore. Le cure palliative domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico da parte di un'equipe professionale e la definizione di un "piano di cure personalizzato".

Inserimento nelle cure domiciliari

Il medico Palliativista, di concerto con il MMG e l'UVMD stabiliscono l'appropriatezza delle cure domiciliari, in base ai criteri di eleggibilità predefinite. Individuata la eleggibilità alla modalità di Cure Palliative domiciliari, il paziente deve essere inserito nel sistema delle Cure Domiciliari, secondo la procedura già in essere attivata dal MMG. Il paziente sarà visitato a domicilio entro 48 ore. *La prima visita domiciliare* viene effettuata dalla equipe multi-professionale di Cure Palliative (medico, infermiere, psicologo, assistente sociale ed eventuali altre figure ritenute necessarie dal responsabile dell'Unità di CP) che prenderà in carico il paziente sempre insieme al MMG. In questa occasione vengono rivalutate le condizioni di eleggibilità ed avviene in modo formale la presa in carico che è conseguente a tutti gli effetti alla valutazione clinica del paziente.

L'equipe multiprofessionale al termine della visita fissa il cronoprogramma assistenziale e la data del successivo controllo a seguito del quale si procederà alla conferma o alla revisione del Piano Assistenziale. La dimissione dal percorso di cure palliative domiciliari può avvenire secondo volontà esplicita del paziente, per il decesso al domicilio o per la decisione condivisa tra equipe dell'Unità di CP, paziente e familiari di trasferire il paziente ad altre modalità assistenziale della rete. Il trasferimento di un paziente dal domicilio o dall'ospedale all'Hospice e viceversa è valutato dal Responsabile dell'Unità di CP, con la presenza del medico di cure palliative competente per territorio e del MMG. La programmazione della assistenza settimanale secondo intensità assistenziale prevede la personalizzazione per ogni singolo paziente del processo di cura in base ai bisogni specifici ed alla gravità della situazione clinica. La valutazione definisce se il paziente debba ritenersi a bassa, media o alta intensità indicativamente secondo una griglia di valutazione predefinita. Sulla base del livello di gravità del paziente dedotto indicativamente dalla somma di punteggi calcolati sulla base della tabella predefinita si definisce il numero degli accessi domiciliari da riportare nel PAI.

Somma score	Intensità assistenziale	Numero di accessi settimanali
0-1	Bassa	2
2-3	Media	3-4
>=4	Alta	>4

Tabella 10: griglia del numero di accessi settimanali

I **farmaci** prescritti dal Medico Cure Palliative (MCP) nella relazione clinica vengono richiesti dallo stesso specialista sul ricettario SSN. Tutti i farmaci prescrivibili ed esitabili vengono prelevati, presso la farmacia esterna, dagli operatori delle cure domiciliari e consegnati a casa del paziente oppure prelevati dal care-giver; allo stesso modo si procede per i prodotti necessari alla nutrizione artificiale prelevati con le stesse modalità adottate dall'ADI. La necessità di utilizzo di specifici **ausili o presidi** viene valutata dal medico dell'Unità di CP in relazione ai bisogni ed alle necessità cliniche del paziente. L'autorizzazione alla fornitura dei presidi verrà concessa dal Distretto di residenza del paziente previa richiesta presentata al PUA dal care-giver secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento.

Inserimento in Hospice

L'accoglimento in Hospice è vincolato alla valutazione che comprende la quantificazione di diversi parametri ai quali verrà assegnato un punteggio in base al quale verrà stabilita la priorità d'ingresso nell'Hospice. Il medico palliativista che ha valutato e inserito nella Rete delle cure palliative il paziente eleggibile deve anche valutare il setting assistenziale più adeguato per il paziente. In particolare, il medico indirizza il paziente verso l'assistenza in Hospice sulla base della corrispondenza delle condizioni di eleggibilità sia generali che specifici e oggettivi sopra esposti. Nel caso di completa occupazione dei posti letto in Hospice, sulla scorta dei parametri riportati sulla Scheda di Ammissione in Hospice, sarà redatta una lista di attesa a cura del Responsabile della Unità di Cure Palliative, lista che sarà aggiornata quotidianamente. Il paziente da ricoverare in Hospice sarà trasferito dalla sede di provenienza all'Hospice con spese a carico dell'Azienda Sanitaria di competenza, se trasferito da Ospedale Pubblico della stessa azienda, o a cura dell'utente se trasferito dalle Cure Palliative Domiciliari, Cure Primarie, RSA o altra provenienza.

La prima visita in Hospice viene effettuata dalla equipe multidisciplinare che prenderà in carico il paziente. In questa occasione vengono rivalutate le condizioni di eleggibilità già valutate al momento della ammissione alla Rete Cure Palliative e successivamente all'Hospice. Avviene così in modo formale la presa in carico che è conseguente a tutti gli effetti alla valutazione clinica del paziente. All'inquadramento clinico va associata sempre un'analisi della personalità del paziente sotto il profilo sociale, culturale, psicologico esistenziale. Ogni paziente assistito in Hospice avrà una cartella clinico-assistenziale che lo accompagnerà durante la degenza.

Inserimento in ospedale (in regime ordinario o DH)

Il principale criterio per la eleggibilità a cure palliative ospedaliere è la presenza di un episodio acuto che necessita di interventi e indagini strumentali altrimenti non effettuabili. L'erogazione delle cure palliative a livello ospedaliero può avvenire in regime di ricovero ordinario e di D.H. Tale livello di assistenza si rende necessario per controllare episodi acuti suscettibili di guarigione, sintomi e funzioni compromesse di maggiore gravità (ad es. trattamenti radianti a scopo antalgico, trattamenti chirurgici palliativi, etc.) Il paziente inserito nella Rete Cure Palliative anche durante il ricovero in una U.O. ospedaliera potrà giovare della consulenza di Cure Palliative, previa richiesta da parte del Dirigente Medico della U.O. ospedaliera su modulistica interna della U.O. richiedente. La richiesta va inviata via all'Unità di Cure Palliative Sovradistrettuale. A tale proposito si ribadisce il ruolo chiave rivestito dall'integrazione territorio-ospedale, che si concretizza in azioni sinergiche messe in atto dalle professionalità coinvolte attraverso lo strumento della dimissione protetta, che realizza la presa in carico del paziente da parte della rete territoriale (domiciliare e residenziale) mantenendo i necessari raccordi con l'ospedale, al fine di garantire la continuità dell'assistenza. Viceversa, il passaggio al ricovero ospedaliero si concretizza a partire dal domicilio o dalla struttura sanitaria per pazienti terminali previo raccordo con lo specialista ospedaliero da parte del medico di famiglia e/o da parte del responsabile delle cure palliative.

Inserimento in regime ambulatoriale

Il principale criterio per la eleggibilità a cure palliative in regime ambulatoriale è il grado di autonomia che permette l'accesso sistematico ai servizi ambulatoriali (criterio funzionale). I pazienti ricevono prestazioni erogabili ambulatorialmente in Hospice o in day-Hospice come: prima visita medica di cure palliative, visite di

controllo programmate di cure palliative, rilevazione test, scale di valutazione del dolore, della autonomia, compilazione di un diario contenente la pianificazione dei bisogni attuali e prevedibili, prescrizione terapeutica; analoghe prestazioni sono erogabili dal personale infermieristico per quanto di competenza. Il paziente che accede a questa modalità assistenziale è a tutti gli effetti inserito nella Rete di Cure Palliative. Nella sede dove l'utente riceve le prestazioni sarà conservata la Scheda di prima valutazione nella Rete Cure Palliative. L'ambulatorio ed il day-Hospice sono ubicati presso l'Hospice e sono dotati di requisiti strutturali, di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla attività svolta. Le richieste di consulenza di cure palliative possono essere richieste dal MMG su ricettario SSN, prenotata direttamente presso l'Hospice, anche tramite telefono e successivamente con accesso diretto all'Ambulatorio di Cure Palliative.

Valutazione di processo

I benefici dei percorsi per le cure palliative includono:

- il miglioramento della qualità della vita dei pazienti terminali, oncologici e non, attraverso un'azione diretta medica, infermieristica, di supporto psicologico e riabilitativo;
- il miglioramento della qualità della vita dei pazienti terminali, oncologici e non, attraverso un'azione indiretta tramite la formazione dei familiari "caregiver".
- La copertura più capillare del territorio con la possibilità di assistenza al domicilio di casi che, per motivi logistici, possono sfuggire alla rete di assistenza.

Gli indicatori e gli standard da conseguire sono in primo luogo, quelli minimi fissati dal Ministero della salute con DM n. 43/2007, di seguito riportati e descritti:

- Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in Hospice / numero di deceduti per malattia oncologica ($\geq 65\%$);
- Numero posti letto in Hospice: ≥ 1 ogni 56 deceduti a causa di tumore (1,8%);
- Numero di Hospice in possesso dei requisiti di cui al D.P.C.M. 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di Hospice: = 100%;
- Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati

deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 Cod. 140-208): ≥ 55 giorni x (valore standard n. 01 - 20%);

- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l'inizio della presa in carico domiciliare da parte della Rete è inferiore o uguale ai 3 giorni / numero dei malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa ($\geq 80\%$);
- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice da parte della Rete è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa ($\geq 40\%$);
- Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica ($\leq 20\%$);
- Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica ($\leq 25\%$).

Altri indicatori che oltre ai suddetti minimi richiesti dal Ministero della Salute sono i seguenti:

- Elaborazione ed attuazione di specifici protocolli formalizzati per tutte le fasi del trattamento incurie palliative, dai presupposti etici, al trattamento dei sintomi clinici fino alla elaborazione dellutto da parte dei familiari
- Programmi formalizzati per la formazione del personale, dei care giver domiciliari
- Programmi finalizzati alla comunicazione ed alla informazione in Cure palliative.
- La fruibilità del servizio in termini di accessibilità alla rete di cure palliative;
- La buona integrazione della rete intesa come funzionalità della rete stessa.

La soddisfazione dei pazienti e dei familiari nell'ambito di valutazione della qualità percepita (il dato sarà acquisito mediante la somministrazione ai pazienti ed ai familiari di appositi questionari).

Assistenza a persone in fase terminale della vita

Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione delle cure palliative domiciliari e l'assistenza sociosanitaria residenziale nell'ambito delle Reti di cure palliative. La popolazione target delle cure palliative è rappresentata dai pazienti la cui malattia di base è una malattia neoplastica o una malattia a carattere cronico-degenerativo, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, per la quale non esistano terapie o, se esistano, sono risultate inefficaci o inadeguate ai fini della stabilizzazione del quadro clinico o di un prolungamento della vita del malato. Lo scopo delle cure palliative è quello di sostenere e migliorare il più possibile la qualità di vita della persona e di fornire supporto alla sua famiglia, fornendo al paziente un'assistenza globale, con attenzione alle necessità mediche di base, medico-specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, ma anche agli aspetti emotivi psicologici e spirituali. Nella Regione Molise risulta essere ben coordinata ed integrata la rete territoriale della terminalità e della terapia del dolore. In particolare, l'ASREM. garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale attraverso l'Unità Operativa di Cure Palliative e Terapia del dolore a valenza dipartimentale cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità assistenziale tra ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, in particolare nell' Hospice regionale. In merito alla descrizione della UOSVD si rinvia al paragrafo relativo alle cure palliative. Nell'ambito della rete territoriale per l'offerta di cure palliative, assumono particolare rilievo gli Hospice sono strutture residenziali di cure continue ad alta complessità assistenziale che si prendono cura dei pazienti in fase terminale quando, per una molteplicità di condizioni cliniche o sociali, il domicilio diventa inadeguato. Gli Hospice sono qualificanti articolazioni della rete dei servizi territoriali.

La principale finalità degli Hospice è la presa in carico del paziente per l'instaurarsi di una situazione critica dal punto di vista:

- sanitario (situazioni di aggravamento, scompenso del dolore e/o della patologia di base);
- sociale (abitazione inadeguata, assenza di rete di sostegno, esigenza di offrire sollievo e aiuto alla famiglia);
- familiare (la famiglia non riesce più a farsi carico della criticità del proprio congiunto e dei complessi problemi che questa situazione comporta).

Quindi l'Hospice costituisce un'alternativa al domicilio quando questo non è, temporaneamente o definitivamente, idoneo ad accogliere la persona malata nella fase terminale della sua vita, permettendo di proseguire così le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore, 7 giorni su 7.

Con riferimento alle cure palliative rese in ambito residenziale ed Hospice, attualmente risulta presente in Regione un Hospice per adulti di natura pubblica con una dotazione di 16 posti letto.

Tabella: Dotazione di PL in strutture residenziali per l'assistenza ai malati terminali

Dotazione di posti letto residenziali - Assistenza Malati Terminali		POSTI LETTO CONTRATTUALIZZATI
Struttura	Distretto	
CASA DELLA SALUTE HOSPICE - 'Madre Teresa' LARINO	Termoli	16
TOTALE POSTI LETTO		16

Fonte: Dati A.S.Re.M.

Tenuto conto che lo standard strutturale di 8pl/100.000 abitanti previsto dal DM 77/2022, determina un fabbisogno regionale di circa 24pl Hospice, si prevede l'attivazione di ulteriori 8 posti letto in Hospice per adulti.

Tabella: Proposta Regionale di PL in strutture residenziali per l'assistenza ai malati terminali

Fabbisogno di posti letto assistenza malati terminali	
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE ASSISTENZA MALATI TERMINALI	24

3. L'integrazione tra setting assistenziali

Il PNRR riconosce l'importanza del coordinamento della presa in carico della persona e del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Esso definisce, inoltre, come base dello sviluppo della rete di assistenza territoriale, le piattaforme di telemedicina quale strumento tecnologico.

Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie, Rep. Atti n. 231/CSR caratterizzato, come elemento fondamentale, dalla non contestuale presenza nello stesso luogo fisico degli attori coinvolti nel processo, fino alla virtualizzazione del luogo fisico stesso.

La rete dei servizi deve essere pensata per funzionare anche come rete virtuale nella quale il processo di relazione e conoscenza con l'utenza e tra i nodi della rete è la componente di base e primaria.

In particolare, l'intervento riguarderà l'implementazione di una piattaforma per la gestione dei passaggi di setting, delle segnalazioni e della presa in carico tra le strutture della rete ospedaliera e territoriale.

3.1. Il territorio e l'integrazione dei servizi socio-sanitari

Il Servizio sanitario nazionale garantisce percorsi assistenziali integrati alle persone con bisogni complessi (minori, donne, coppie e famiglie, persone non autosufficienti con patologie croniche, disabili, minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, persone con disturbi mentali, persone con dipendenza patologica), ovvero a quelle persone che necessitano di prestazioni sia sanitarie sia sociali, per migliorare o mantenere il proprio stato di salute. Il percorso assistenziale integrato prevede la presa in carico del paziente da parte di una équipe multidisciplinare composta di vari professionisti:

- il MMG o PLS che assume la responsabilità dell'attività clinica della presa in carico garantendo la continuità del percorso assistenziale del paziente;
- la rete degli operatori della Azienda Sanitaria o della Struttura sociosanitaria coinvolta nella assistenza al paziente (medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, altre figure sanitarie e sociosanitarie professionali);
- gli operatori del Comune (assistente sociale, operatore socio-assistenziale, assistente familiare).
- Il percorso assistenziale integrato implica il coinvolgimento e la collaborazione di tutti gli operatori sanitari (MMG, PLS, ecc.) e sociali si articola nelle seguenti fasi:
- l'accesso unitario ai servizi sanitari (ASReM) e sociali (Comuni), con sportelli o servizi dedicati detti PUA, punto unitario di accesso, ai quali rivolgersi per presentare la propria richiesta di assistenza e avere le specifiche informazioni sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali;
- la valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale della persona, sotto il profilo clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici) è effettuata dalla unità di valutazione multidimensionale, con l'applicazione di strumenti e scale standardizzate e uniformi;

- la presa in carico attraverso la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) nel quale sono indicati i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona, gli obiettivi di cura e il trattamento sanitario più indicato, tenendo in considerazione anche il supporto alla famiglia;
- l'esecuzione dei trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali al domicilio, in strutture residenziali o in strutture semiresidenziali, con diversi livelli di intensità di cura e di assistenza, sulla base dello stadio della patologia e degli specifici bisogni del paziente.

Nel quadro sopra descritto, l'integrazione tra gli interventi sanitari e gli interventi sociali deve essere garantita per tutte le tipologie di pazienti e in tutte le forme di assistenza sociosanitaria. La valutazione multidimensionale viene effettuata dal competente team aziendale all'uopo costituito con strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e uniformi sul territorio regionale. Essa mira a valutare le condizioni del paziente, la severità dei sintomi e individua le necessità sanitarie e assistenziali del paziente. Stabilisce, dunque, un piano di cura e assistenza personalizzato, indirizzando, in tal modo, gli operatori a organizzare l'intervento sociosanitario in uno specifico regime assistenziale di cura (a domicilio, in residenza o in centro diurno) e garantendo l'appropriatezza del trattamento e delle prestazioni riservate al paziente. Il percorso assistenziale include prestazioni di natura sanitaria, erogate da operatori sanitari e sociosanitari per la cura e la riabilitazione di condizioni patologiche, e prestazioni di natura socio assistenziale per aiutare nella vita quotidiana la persona con problemi di disabilità, di disagio economico o di emarginazione che condizionano lo stato di salute. Tra queste ultime, l'aiuto nella igiene personale e dell'ambiente, nella gestione della casa, nella preparazione dei pasti, ecc.

Contribuiscono alla realizzazione dei percorsi assistenziali integrati i cd. PDTA che consentono agli operatori di agire sull'appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali, riorganizzando e standardizzando i processi di cura e monitorandone l'impatto non solo clinico ma anche organizzativo ed economico. I PDTA, conosciuti anche come percorsi critici, percorsi assistenziali, percorsi di assistenza integrata, piani di gestione dei casi, percorsi clinici o mappe di assistenza, sono utilizzati per pianificare e seguire in modo sistematico un programma di assistenza centrato sul paziente. Per quanto realizzato in merito, si rinvia al capitolo 2.1 del presente documento.

3.2. Sistema di Governance del territorio, strumenti di analisi degli assistiti, monitoraggio della spesa e del budget.

La frammentazione dei servizi e delle attività erogate sul territorio e la complessità generata dai diversi setting assistenziali presenti e dall'instabilità dal punto di vista clinico dei pazienti fragili, richiede un sistema di governance adeguato in grado di gestire l'analisi in tempo reale della popolazione. Obiettivo della Regione Molise è la realizzazione di un sistema informatico di gestione della rete socio sanitaria altamente interoperabile, al fine di poter contribuire alla realizzazione di un vero e proprio sistema di Population Health Management attraverso la clusterizzazione della popolazione e il monitoraggio dell'efficienza del sistema di presa in carico degli assistiti attraverso i diversi dispositivi (CdC, OdC ecc.).

Sono previsti anche strumenti operativi di monitoraggio in relazione sia alla spesa che agli outcome clinici. Tale infrastruttura, tramite diverse tecniche di analisi e rappresentazione dei dati consentirà la definizione e produzione di indicatori di aderenza ed esito, oltre che la rendicontazione analitica delle prestazioni erogate attraverso risorse interne e/o strutture esterne convenzionate per supportare, da un lato, l'analisi qualitativa e quantitativa dell'aderenza ai Piani di Salute e, dall'altro, l'analisi analitica dei costi effettivamente sostenuti. Tali sistemi consentono un efficientamento delle attività di backoffice e una maggiore trasparenza delle attività di rendicontazione delle risorse, distribuite tra i diversi attori del sistema socio-sanitario.

La piattaforma regionale dovrà, nell'ambito del progetto e nell'ottica della piena gestione del modello organizzativo previsto dal DM 77/2022, facilitare la cooperazione tra MMG ed il personale sanitario dell'ASL oltre che lo scambio continuo di informazioni con le strutture residenziali sanitarie e socio sanitarie private accreditate.

4. Valutazione economica

Attraverso la riorganizzazione della rete territoriale, la Regione intende potenziare le modalità di presa in carico e gestione dei pazienti sul territorio e garantire gli standard organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dal DM n. 77/2022, sfruttando, soprattutto le nuove possibilità derivanti dall'utilizzo delle risorse finanziate dalla Missione 6 Component 1 (M6C1) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalla Legge di Bilancio n. 234/2021 in materia di personale.

Gli interventi strutturali necessari per realizzare/riconvertire le tredici CdC, i due ospedali di comunità e le centrali operative programmate con il DCA 25/2022, saranno finanziati interamente con i fondi previsti dal DM Salute del 20 gennaio 2022 e pertanto non comporteranno ulteriore aggravio di costi.

Anche dal punto di vista delle dotazioni di personale si procederà ad una ricognizione del personale attualmente presente nelle strutture del territorio e ad un eventuale ricollocamento del personale dipendente dell'ASReM.

Con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali, come rappresentato nei precedenti paragrafi del documento, sarà potenziata la dotazione dei posti letto presso le strutture del territorio con un impatto economico stimato in circa 15,0 €/mln.

Si rappresenta di seguito il dettaglio.

ASSISTENZA ANZIANI		Quota a carico dell'SSR*	PL attuali	PL programmati	Fabbisogno aggiuntivo	Stima costi emergenti
		A	B	C	D=C-B	E=D*A*365gg
RESIDENZIALE	R1	180,00 €	13	60	47	3.087.900,00 €
	R2	96,00 €	104	190	86	3.013.440,00 €
	R3	28,00 €	183	281	98	1.001.560,00 €
	ALZHEIMER	140,00 €	7	40	33	1.686.300,00 €
ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI						
HOSPICE	R1	142,00 €	16	24	8	414.640,00 €
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI						
RESIDENZIALE	RD1	180,00 €	6	10	4	262.800,00 €
	RD2	140,00 €	97	101	4	204.400,00 €
	RD3	84,00 €	79	79	0	- €
SEMIRESDENZIALE	RD4	68,00 €	48	50	2	49.640,00 €
ASSISTENZA PSICHIATRICA						
RESIDENZIALE	SRP1-SRP2-SRP3*	133,00 €	177	181	4	194.180,00 €
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI						
RESIDENZIALE	Autismo età evolutiva	160,00 €		30	30	1.752.000,00 €
	Autismo età adulta	169,00 €		20	20	1.233.700,00 €
	Disturbi alimentari	160,00 €		20	20	1.168.000,00 €
SEMIRESDENZIALE		71,00 €		40	40	1.036.600,00 €
Totale			730	1126	396	15.105.160,00

*Tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili definite con DCA n. 57/2020, per gli altri setting assistenziali sono state utilizzate delle tariffe medie

La contrattualizzazione dei posti letto aggiuntivi, in capo all'ASReM, avverrà compatibilmente con le disponibilità finanziarie per gli anni 2024 e 2025. Le disponibilità finanziarie terranno conto altresì della quota di recupero della mobilità passiva e dei livelli di appropriatezza dell'assistenza erogata.