



Direzione Generale per la Salute

Documento di riorganizzazione delle Reti Territoriali

Riferimenti Normativi

- Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992, *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992 n.421"*;
- Legge n. 328 del 8 novembre 2000, *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*;
- Decreto Legge n. 95 del 2012 convertito dalla Legge 135/2012 (c.d. *"Spending Review"*) e ss.mm.ii.;
- Decreto Legge del 13 settembre 2012, n. 158 coordinato con la Legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 (Gazzetta Ufficiale 10 novembre 2012, n. 263);
- Accordo Stato-Regioni del 25.03.2013, *"Strutture residenziali per psichiatrici"*;
- Intesa, 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 di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);;
- Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2015, *"Definizione degli standard qualitativi strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*;
- Accordo Stato - Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, recante: *"Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del servizio sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del Servizio sanitario regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n.190"* (Repertorio Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016);
- Documento del Ministero della salute, Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze, 5/07/2017, *"Linee di indirizzo nazionali per Monitoraggio sui percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali per le demenze"*;
- Deliberazione della Giunta regionale Regione Molise, n. 1722 del 16.10.2006, *"Linee guida sull'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali"*;
- Deliberazione della Giunta regionale Regione Molise n. 59 del 10 febbraio 2015, *"Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13: "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali" e ss.mm.ii.;*
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n 21 del 31.03.2015, *"Linee guida per lo sviluppo della rete delle cure palliative nella Regione Molise"*;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise n. 45 dell'8.07.2015, che istituisce la *"Approvazione della rete della terapia del dolore nella regione Molise"*;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n 46 dell'8.07.2015, *"Linee guida per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche nella regione Molise. Approvazione della rete della Terapia del Dolore nella Regione Molise"*;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 52 del 12.09.2016: *"Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti."*;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n. 28 del 19.05.2016, - PDTA paziente con Scompenso cardiaco;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n. 26 del 19.05.2016, *"Attivazione dello Ospedale di Territoriale di Comunità di Larino a seguito della riconversione del Presidio Ospedaliero di Vietri di Larino"*;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n. 27 del 19.05.2016, *"Attivazione dello Ospedale di Territoriale di Comunità di Venafro a seguito della riconversione del Presidio Ospedaliero "SS. Rosario" di Venafro"*;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n.34 del 27.05.2016, - PDTA Frattura prossimale femore nell'anziano: il percorso preoperatorio;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n. 35 del 27.05.2016, PDTA Ulcere da decubito;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n. 46 del 28.07.2016, *"Riordino e nuova articolazione dei Distretti sanitari dell' Azienda Sanitaria Regionale del Molise - A.S.Re.M "*;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n. 64 del 25.11.2016 - *"Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Adempimento 11. Riequilibrio Ospedale-Territorio; Intervento 11.3. Riorganizzazione della Rete Territoriale. Piano Regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Provvedimenti."*
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n 70 del 09.12.2016, Revisione delle tariffe, rette e delle compartecipazioni per le prestazioni di assistenza territoriale;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n. 75 del 30.12.2016 - PDTA paziente con Diabete;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n. 76 del 30.12.2016 - PDTA paziente con BPCO;
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n. 12 del 24.02.2017 - PDTA paziente con gestione della Terapia con Anticoagulanti Orali;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 16 del 28.02.2017 - Approvazione Atto Aziendale A.S.Re.M.;

- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise n. 18 del 28.02.2017, *“Regolamento per la gestione delle case della Salute”*;
- Decreto del Commissario ad Acta n.28 del 27.04. 2017- DCA n. 64 del 25/11/2016 *“Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Adempimento 11. Riequilibrio Ospedale-Territorio; Intervento 11.3. Riorganizzazione della Rete Territoriale. Piano Regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Provvedimenti” - Modifiche ed integrazioni.*
- Decreto del Commissario ad Acta, Regione Molise, n. 43 del 6.07.2017, - *Definizione Ambiti Territoriali di afferenza dei Distretti Sanitari*;
- Determinazione del Direttore Generale per la Salute, Regione Molise, n. 287 del 30.12.2017, *“Unità di degenza a gestione infermieristica- Linee di indirizzo regionali “*;
- Provvedimento del Direttore Generale A.S.Re.M., n. 727 / 2013 *“Regolamento ADI dell’A.S.Re.M.”*;
- Provvedimento Direttore Generale ASReM, n. 752 del 20.10.2015 *“Nuovo regolamento ausili”*;
- *“Ridefinizione organizzativa e funzionale del sistema delle Cure Domiciliari e della Rete delle Cure Palliative dell’A.S.Re.M.”*, Applicazione dell’azione 11.3.6 *“Revisione A.S.Re.M. della capacità funzionale e strutturale dell’Assistenza Domiciliare Integrata, del programma di riequilibrio della rete territoriale previsto del POS Regione Molise 2015-2018”*.

Indice

1.	Premessa	5
2.	Integrazione Ospedale- Territorio e Continuità assistenziale : modelli di riferimento	7
3.	Il contesto della Regione Molise	8
4.	Riordino dell'assistenza distrettuale mediante la razionalizzazione dei Distretti e degli ambiti distrettuali	12
5.	Le Strutture di prossimità: Potenziamento delle Cure Primarie e attivazione delle Case della Salute	18
6.	Attivazione degli Ospedali Territoriali di Comunità a seguito della riconversione dei Presidi Ospedalieri di Larino e Venafro	21
7.	UDI - Unità di Degenza a gestione Infermieristica	25
8.	L'Assistenza Domiciliare Integrata	27
9.	L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e le disabilità <ul style="list-style-type: none">• -Area della non autosufficienza• -Area della disabilità	30
10.	Hospice , terapia del Dolore , Rete delle Cure Palliative	36
11.	Gli strumenti della rete territoriale <ul style="list-style-type: none">• La PUA (Porta Unica di Accesso)• L'UVM (unità di Valutazione multidimensionale)• Il PAI (programma Assistenziale Individuale)• I PDTA per i pazienti cronici	37
12.	Coordinamento Regionale delle Reti Territoriali	41
13.	Il sistema di monitoraggio delle Reti territoriali	42
14.	La formazione professionale degli operatori delle reti territoriali	44

1. Premessa.

La riorganizzazione del Sistema Sanitario attuato nella Regione Molise trova il suo razionale nell'implementazione di nuovi modelli organizzativi assistenziali funzionali ad un'offerta sanitaria quanto più vicina alle esigenze della popolazione.

L'evoluzione della normativa in materia, pur partendo dai principi cardine fissati con l'istituzione del SSN di cui alla L. 833 del 1978 ed all'evoluzione dello stesso secondo il D.Lgs n. 502/92 e s.m.i, trova un riferimento peculiare, tra gli altri, nel Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2015 *'Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera'* in cui viene chiaramente asserita la necessità di un rapporto di continuità assistenziale tra la rete ospedaliera ed il territorio, condizione indispensabile alla presa in carico complessiva del paziente.

Il POS 2015-2018 della Regione Molise, approvato dalla Conferenza Stato Regioni con *Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016)*, recepito con DCA n. 52/2016, definisce la nuova programmazione del Servizio Sanitario Regionale con l'intento del riequilibrio economico, ma con l'obiettivo di garantire e migliorare l'erogazione dei essenziali di assistenza, in accordo con i principi e le indicazioni del DM 70/2015.

In particolare la programmazione regionale tende ad una logica di continuità assistenziale puntando sul potenziamento delle strutture territoriali, carenti rispetto al fabbisogno, e sulla interazione delle stesse con le strutture ospedaliere.

La gestione dei posti letto, infatti, deve avvenire con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza.

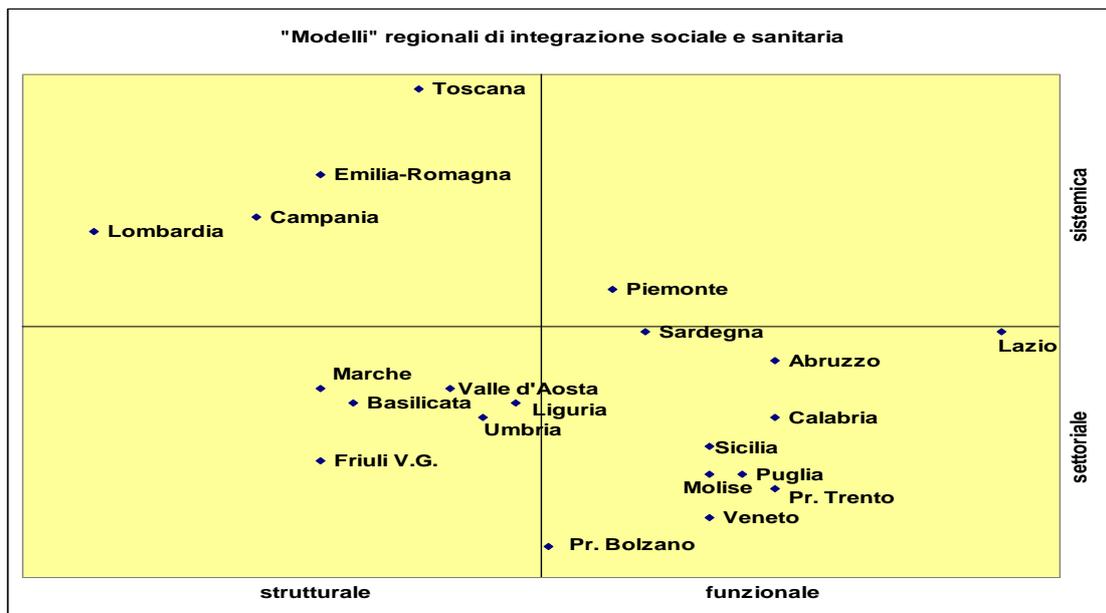
L'ospedale, quindi, integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDTA – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali - per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cronico-degenerative) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta.

	Ospedale	Territorio
<i>Focus</i>	Acuzie	Cronicità
Centratura	Patologia	Persona
Metodo	Riduzionista	Sistemico
Obiettivi	Sanità	Salute
Tempi	Ristretti	Lunghi
Reclutamento	PS e accessi programmati	Servizi territoriali
Porta di accesso	118, PS e reparti	PUA e Servizi
Presa in carico	Equipé clinica, Care Manager	MMG, Care Manager, Case Giver
Evidenze	EBM	EBM
Valutazione	Equipé clinica	Nuclei Valutazione Multidisciplinari
Decisioni	Linee Guida, PCA, PDTA	Personalizzate, PAI
Approccio	Multi disciplinare e multi professionale	Multi disciplinare e multi professionale
Tempo soglia	Dimissioni ospedaliere	Percorso di vita
Follow up	Post ricovero	Nella assistenza ordinaria
Continuità Cure	Personale di comparto	Operatori reti primarie e sociali
Direzione	Dipartimenti	Distretti Sanitari e Servizi Sociali
Integrazione	Inter dipartimentale	Tra servizi sanitari e sociali

Il POS 2015 -2018 della Regione Molise, nello sviluppare il progetto di integrazione tra i servizi sanitari da erogare sul territorio in base al fabbisogno della popolazione residente, ha tenuto conto anche delle diverse culture professionali e tecniche che nel tempo si sono sviluppate in ambito sociosanitario nella Regione.

Reti che fino ad oggi hanno sviluppato le loro attività spesso in parallelo senza condividere strumenti, informazioni e parole. Grande attenzione, pertanto, verrà data ad attività di integrazione sul “*saper fare*” da condividere.

Da una ricerca svolta dalla SIQUAS, Società Italiana per la Qualità nell’Assistenza Sanitaria, congiuntamente con CARD, Confederazione Nazionale della Associazioni Regionali dei Dirigenti dei Distretti, che ha coinvolto tutti i Distretti italiani per verificare, relativamente alla modellistica e alla morfologia organizzativa e gestionale, il loro posizionamento incrociando le dimensioni di approccio “*strutturale*” o “*funzionale*” con quelle di approccio “*settoriale*” o “*sistemico*”, il posizionamento del Molise indica una mancata interrelazione funzionale tra le strutture.



[Fonte: ricerca sui Distretti realizzata da SIQUAS e CARD, 2011, in “*Requisiti di qualità nell’integrazione tra sanità e sociale*”, Franco Angeli editore 2013]

In coerenza con le indicazioni nazionali (Legge 189/2012, Patto per la Salute, Piano Nazionale della Cronicità etc..) , la Regione Molise intende riorganizzare il proprio modello di *governance* del territorio, al fine di migliorare l’organizzazione del sistema di assistenza (centralità del paziente, tempestività di intervento ed efficienza, attività coordinata degli interventi, elaborazione di percorsi basati su evidenze scientifiche), la partecipazione del paziente al processo di cura e delle famiglie (informazione), nonché migliorare le modalità di integrazione con i servizi sociali e del terzo settore (c.d. connessione con la comunità di riferimento). Obiettivo della programmazione regionale è, dunque, lo sviluppo di una rete di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, necessari a garantire benessere e qualità della vita ai cittadini, nonché introdurre percorsi virtuosi nell’utilizzo dei servizi dell’area dell’acuzie e della post- acuzie riducendo così l’inappropriato protrarsi della permanenza nei reparti ospedalieri, o in strutture di lungodegenza, di persone in fase di post acuzie che presentano situazioni di disabilità complessa e/o patologie croniche degenerative gravemente invalidanti, attraverso il ricorso a *setting* assistenziali appropriati.

2 Integrazione Ospedale- Territorio e Continuità assistenziale : modelli di riferimento.

I modelli organizzativi di assistenza ai pazienti cronici adottati a livello internazionale sono mirati a ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza attraverso il coordinamento e la continuità dell'assistenza all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte.

La continuità dell'assistenza, dalla prospettiva dell'erogatore, deve essere vista, come fornitura di servizi tempestiva, coordinata e integrata, sostenuta da un valido sistema di monitoraggio e di valutazione.

La continuità assistenziale fonda la propria strutturazione sui seguenti elementi cardine:

- *Continuità relazionale*: relazione continua del paziente con diversi professionisti sanitari e socio-sanitari che forniscono assistenza in modo organico, coerente e attento allo sviluppo del percorso di trattamento in senso prospettico:
- *Continuità informativa* : permette la comunicazione tra i soggetti istituzionali/professionali che afferiscono ai differenti *setting* assistenziali nel percorso di cura del paziente. Riguarda informazioni non solo sulla condizione clinica, ma anche sulle preferenze, le caratteristiche personali e di contesto, utili ad assicurare la rispondenza al bisogno di salute:
- *Continuità gestionale (Management continuity)*: si realizza attraverso un'azione complementare e temporalmente coordinata e integrata dei servizi/professionisti coinvolti nel sistema di offerta assistenziale. T I modelli di sviluppo della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

La continuità assistenziale è quindi un processo nel quale, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso ospedale, strutture territoriali o domicilio.

Il modello di assistenza a cui si fa riferimento nella presa in carico del paziente è il **Chronic Care Model (CCM)**, modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato dal professor Wagner e dai suoi colleghi del *McColl Institute for Healthcare Innovation*, in California, basato su un approccio integrato al fine di superare la frammentazione tra gli interventi effettuati da operatori diversi, in tempi e spazi diversi, ma che coinvolgono lo stesso assistito per lo stesso problema, nel quale il paziente diventa parte attiva nel processo assistenziale.

Il modello definisce, pertanto, un approccio "proattivo" tra il personale sanitario e i pazienti stessi, dei familiari e dei *care givers*, con questi ultime figure che diventano parte integrante del processo assistenziale, con l'obiettivo di passare da un modello di "Medicina d'attesa", dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una "Sanità d'iniziativa".

Il *Chronic Care Model* individua, dunque, in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio sistemico alle malattie croniche, creando una cultura, un'organizzazione e dei meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità. Il modello prevede una puntuale definizione delle prestazioni, delle attività e dei servizi resi all'interno di percorsi assistenziali (PDTA), condivisi da tutte le figure professionali coinvolte.

L'organizzazione in rete degli erogatori di assistenza è, pertanto, finalizzato alla gestione del paziente nella sua complessità tra l'acuzie e la cronicità, con un'offerta assistenziale integrata che lo coinvolga in prima persona nel processo decisionale.

Questo al fine di realizzare non solo un più adeguato approccio ai bisogni del cittadino, ma di fornire al paziente fragile anche un servizio di civiltà nel proprio ambiente sociale senza costringerlo a percorsi molto gravosi per lui, per i suoi cari e per la comunità.

3 Il contesto della Regione Molise

Il POS 2015-2018 ha programmato la riorganizzazione della rete ospedaliera e , contemporaneamente, delle rete dei servizi territoriali.

Solo agendo su entrambe le dimensioni del SSR, ovvero quella ospedaliera e quella territoriale, è possibile, infatti, riqualificare l'offerta dei servizi in rapporto alla evoluzione dei bisogni della popolazione secondo criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza.

Il territorio

La Regione Molise, penultima in Italia per estensione, seconda solo alla Valle D'Aosta, ha un territorio che si estende su un'area complessiva di 4.460,60 km². E' suddiviso in due PROVINCE:

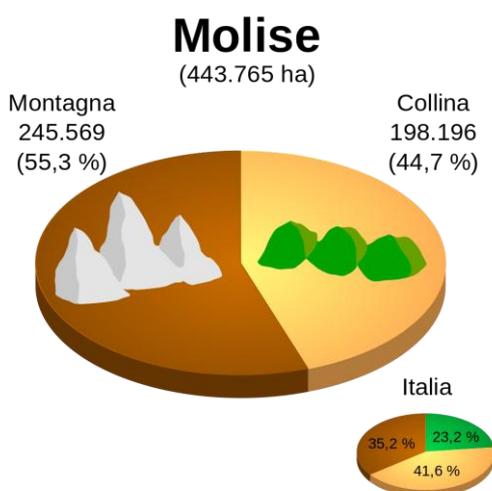
La Provincia di CAMPOBASSO, di dimensioni maggiori (superficie di 2.925,41 km²) si estende dalla zona costiera all'area centrale: comprende, oltre al capoluogo di Regione i centri di dimensioni maggiori (Termoli, Boiano) e i paesi dell'entroterra costiero tra i più popolosi della regione.

La Provincia di Isernia, di minori dimensioni (superficie con 1.535,24 Km²) comprende la zona montana dell'alto Molise .

Complessivamente nella Regione sono presenti 136 comuni, di cui 84 in provincia di Campobasso, 52 in provincia di Isernia.

La superficie del Molise è caratterizzata prevalentemente da aree montuose e collinari, che complessivamente rappresentano la quasi totalità del territorio; le sole zone pianeggianti sono limitate all'entroterra della fascia costiera (Piana di Larino) e alla zona a sud dell'area matesina (Piana di Boiano).

La popolazione del Molise, secondo i dati Istat 2016 è di 312.027 abitanti distribuita tra le sue due province e rappresenta lo 0,051% di tutta la popolazione residente in Italia. La densità abitativa della regione è bassa, 70 abitanti per chilometro quadrato, a fronte della media nazionale di 197 abitanti per kmq.



La densità abitativa raggiunge valori più elevati, seppure sempre decisamente al di sotto della media nazionale, nella provincia di Campobasso (circa 77ab/Kmq), tocca valori ulteriormente inferiori nella provincia di Isernia (poco al di sopra di 56 ab/Kmq). Un terzo della popolazione risiede nei tre principali centri: Campobasso, Termoli, Isernia mentre oltre il 60% dei Molisani vive in comuni con meno di 5000 abitanti.

Dimensione	Numero
oltre 50.000 abitanti	nessuno
fra 50.000 e 25.000 abitanti	2
fra 25.000 e 10.000 abitanti	2
fra 10.000 e 5.000 abitanti	7
fra 5.000 e 3.000 abitanti	9
fra 3.000 e 1.000 abitanti	48
fra 1.000 e 500 abitanti	44
sotto i 500 abitanti	24

Dei 136 comuni molisani, infatti, 123 sono situati in zone montuose, per cui circa la metà della popolazione molisana risiede in zone di montagna. Ne consegue un isolamento dei centri abitati minori ed una forte difficoltà al raggiungimento dei centri maggiori per la fruizione dei servizi.

La distribuzione dei servizi territoriali deve, quindi, essere funzionale ad una popolazione che vive in piccoli centri, distribuiti su un territorio impervio e con infrastrutture non adeguate dove i tempi di percorrenza tra i centri maggiori, sede di ospedali non sono brevi.

		Arrivo											
Partenza	Località	PO Campobasso		PO Isernia		Casa della Salute Venafro		Casa della Salute Larino		PO Agnone		PO Termoli	
		PO Campobasso	-	-	52 Km	46 min	68 Km	66 min	63 Km	52 min	60 Km	55 min	64 Km
	PO Isernia	52 Km	46 min	-	-	21 Km	26 min	105 Km	86 min	49 Km	48 min	102 Km	60 min
	Casa della Salute Venafro	68 Km	66 min	21 Km	26 min	-	-	123 Km	106 min	69 Km	68 min	122 Km	109 min
	Casa della Salute Larino	63 Km	52 min	105 Km	86 min	123 Km	106 min	-	-	88 Km	79 min	26 Km	23 min
	PO Agnone	60 Km	55 min	49 Km	48 min	69 Km	68 min	88 Km	78 min	-	-	87 Km	75 min
	PO Termoli	64 Km	61 min	102 Km	60 min	122 Km	109 min	26 Km	23 min	87 Km	75 min	-	-
	Valore minimo	52 Km	46 min	21 Km	26 min	21 Km	26 min	26 Km	23 min	49 Km	48 min	26 Km	23 min
	Valore massimo	68 Km	66 min	105 Km	86 min	123 Km	109 min	123 Km	106 min	88 Km	79 min	122 Km	109 min
	Range	16 Km	20 min	84 Km	60 min	102 Km	83 min	97 Km	83 min	39 Km	31 min	96 Km	86 min

Situazione demografica

Le caratteristiche demografiche della popolazione regionale impongono particolare attenzione alla rete dell'offerta territoriale.

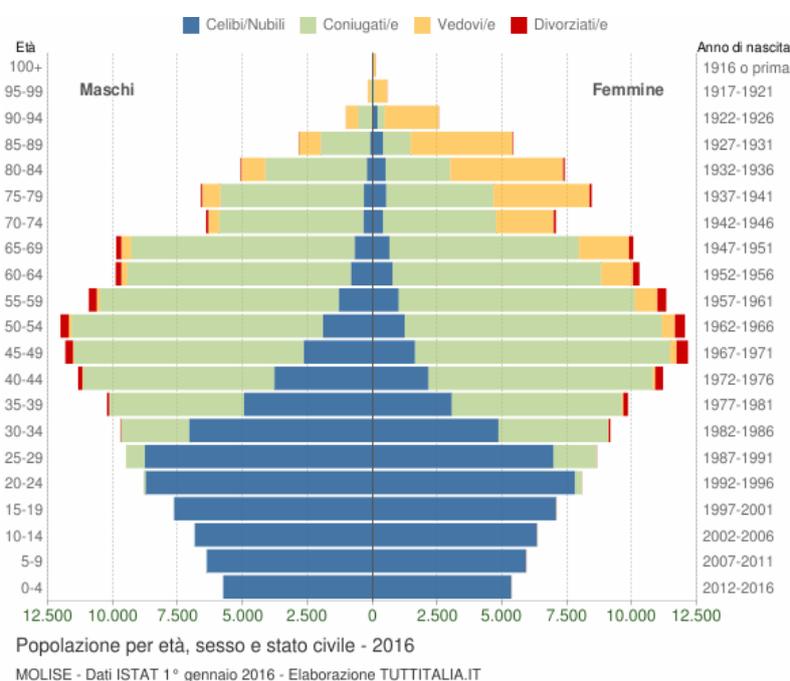
Nella Regione si è assistito progressivamente negli anni alla riduzione della popolazione residente con un crescente processo di invecchiamento.

La popolazione residente in Molise è caratterizzata da un elevato tasso di anzianità (23,4% rispetto alla media nazionale del 21,7%), e da un basso tasso di natalità (per il 2016 Istat segnala un tasso di natalità pari al 7%, al terz'ultimo posto in Italia, seguito solo da Sardegna e Liguria). Il Molise, di conseguenza, presenta un tasso di crescita demografica inferiore alle altre regioni e rispetto alla media nazionale (-4,4% rispetto alla media nazionale di 0,2%). Il maggior numero di "supervecchi", cioè di persone con più di settantacinque anni, sono presenti nell'area dell'Alto Molise con un tasso di circa il 16% contro una media delle altre aree di circa il 10%.

Decremento della popolazione del Molise 2001-2016

Anno	Data rilevamento	Popolazione	Variazione
		residente	assoluta
2001	31-dic	320.467	-
2002	31-dic	321.047	580
2003	31-dic	321.697	650
2004	31-dic	321.953	256
2005	31-dic	320.907	-1.046
2006	31-dic	320.074	-833

2007	31-dic	320.838	764
2008	31-dic	320.795	-43
2009	31-dic	320.229	-566
2010	31-dic	319.780	-449
2011	31-dic	313.145	-6.635
2012	31-dic	313.341	196
2013	31-dic	314.725	1.384
2014	31-dic	313.348	-1.377
2015	31-dic	312.027	-1.321
2016	31-dic	310.449	-1.578



L'età della popolazione e la sua distribuzione sul territorio rendono ragione dell'alto indice di dipendenza dalle strutture socio sanitarie, come si evince dalla tabella seguente in cui si rileva che per ogni 100 individui in attività lavorativa in Molise ce ne sono di media oltre 50 non attivi.

TAV 15 - Distribuzione dell'Indice di dipendenza strutturale della ASReM in relazione alla densità di popolazione				
Distretti Sanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale
Campobasso	54,0	45,3	57,2	55,1
Termoli		49,7	57,1	54,5
Isernia		49,3	56,3	53,6
Totale ASReM	54,0	49,0	56,9	54,5
			Italia	55,1

INDICE DI DIPENDENZA: : Carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e oltre 65 anni) su quella attiva (15-64 anni).

Pertanto, nell'ottica di un sistema sanitario efficiente in concomitanza alla riduzione dei posti letto ospedalieri, come disposto dagli standard del D.M. 70/2015, il Programma Operativo Straordinario 2015-18 e gli atti di programmazione attuativi successivi alla sua approvazione, hanno focalizzato l'attenzione sulla definizione di una rete territoriale che assicuri una medicina di prossimità funzionale alla distribuzione della popolazione nella Regione.

Il Sistema Sanitario Regionale del Molise prima della riorganizzazione

Solo dal 2005 nel Molise è presente un'azienda unica regionale, l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – ASREM (istituita con Legge Regionale n. 9 del 1 aprile 2005) che gestisce sia l'offerta territoriale che ospedaliera.

In precedenza, dall'attuazione della D.Lgs. n. 502 del 1992, cioè la cosiddetta aziendalizzazione della Sanità, il Molise era suddiviso dapprima in 7 aziende sanitarie (Campobasso, Boiano, Riccia, Termoli, Larino, Isernia, Agnone), ad ognuna delle quali corrispondeva un distretto socio sanitario; erano quindi presenti 7 distretti distribuiti sul territorio regionale con parcellizzazione delle strutture e dell'offerta sanitaria. Inoltre, in rapporto al fabbisogno risultavano assolutamente carenti i posti letto residenziali per la non autosufficienza, la riabilitazione e la disabilità.

All'ASReM fanno capo, dunque, tutti gli ospedali pubblici regionali, nessuno dei quali ha la struttura giuridica di Azienda autonoma.

Prima della riorganizzazione del sistema sanitario attualmente in atto, nella regione erano attivi 5 Ospedali pubblici situati nei centri più grandi: Campobasso, Termoli, Isernia, Larino, Venafro. A questi vanno aggiunti le Strutture Ospedaliere private accreditate: IRCS Neuromed, Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II", Villa Esther, Villa Maria e Gea Medica.

Con l'attuazione del Programma Operativo Straordinario si è provveduto alla trasformazione di due degli ospedali pubblici attivi (Larino e Venafro) in strutture territoriali.

La dotazione complessiva di posti letto, in ragione della riorganizzazione disposta dal POS, è passata da 1.269 agli attuali 996, passando da 4,03 posti letto per 1000 abitanti a 3,7 previsti dagli standard nazionali cui 3,29 (per 1.000 abitanti) 0,74 posti letto (per 1.000 abitanti) per post acuti.

Posti letto SSR Molise - Dotazione futura		
	RO	DH
Acuzie	712	83
PL per 1.000 ab.	2,53	
Post Acuzie	183	2
PL per 1.000 ab.	0,59	
Totale complessivo	895	85
Totale SSR	980	
PL per 1.000 ab.	3,11	

DELTA		
	RO	DH
Acuzie	-178	-63
PL per 1.000 ab.	-0,77	
Post Acuzie	-37	-11
PL per 1.000 ab.	-0,15	
Totale complessivo	-215	-74
Totale SSR	-289	
PL per 1.000 ab.	-0,92	

4 .Riordino dell'assistenza distrettuale mediante la razionalizzazione dei Distretti e degli ambiti distrettuali

In Italia, la normativa vigente attribuisce al Distretto la titolarità dell'assistenza primaria e dell'integrazione sociosanitaria attraverso funzioni di produzione, governo, committenza ed integrazione, variamente assunte (assegnate) nei diversi territori del Paese a seconda degli indirizzi Regionali e, spesso, anche Aziendali.

La Legge 8 novembre 2012 n. 189 riforma le attività di assistenza primaria puntando sostanzialmente su un ruolo innovativo delle figure professionali dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti Ambulatoriali interni nonché alle altre professionalità sanitarie, e introduce le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) ed UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), nuove forme organizzative che nel Patto per la salute per gli anni 2014-2016 sono tra loro funzionalmente collegate.

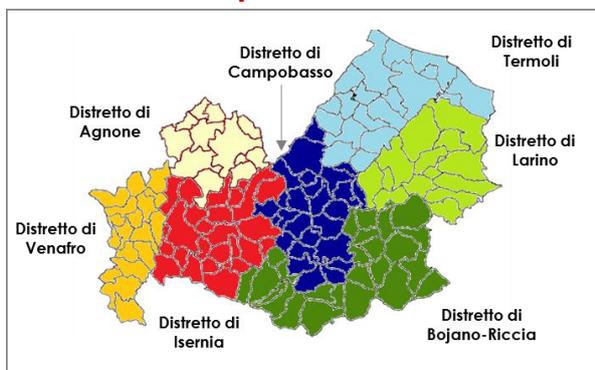
Il Patto per la salute vigente prevede che: *“Sono definiti tramite Accordi Stato-Regioni i nuovi standard organizzativi del Distretto in grado di orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale, e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle UCCP e AFT e dagli altri servizi territoriali, consentendo di assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo così a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA”*.

La razionalizzazione prevista per l'assistenza sanitaria territoriale della Regione Molise dal POS 2015-2018 ha individuato un ambito distrettuale adeguato alla soglia minima degli 80.000 residenti, ai sensi dell'art. 8 della legge 328/2000 e in coerenza con le indicazioni regionali in materia.

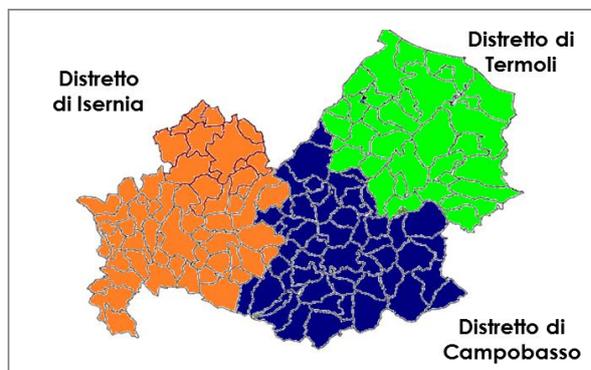
Le strutture ed i servizi distrettuali operano garantendo il raccordo funzionale delle diverse attività con modalità integrate in collegamento funzionale ed in collaborazione con i Servizi per la tutela della Salute mentale e riabilitazione infantile e dell'Età evolutiva.

Per garantire una razionalizzazione delle risorse, una migliore efficienza dei processi e, soprattutto, per migliorare il governo del territorio, si è proceduto alla definizione di 3 macro Distretti socio sanitari corrispondenti alle tre macroaree in cui è suddivisa geograficamente la regione.

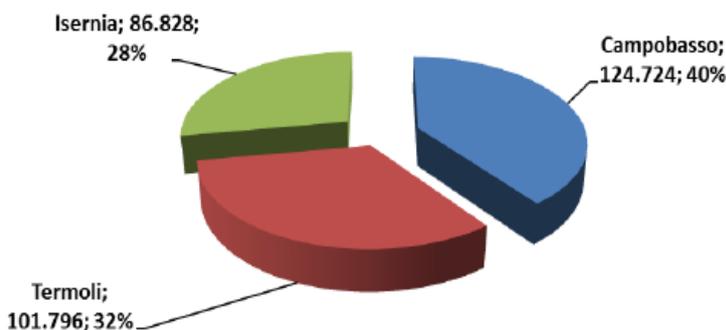
Situazione pre POS



Situazione attuale



TAV 5 - Popolazione Distretti Sanitari



Distretto Socio-sanitario n. 1 di Campobasso

Comuni

Campobasso (*)
Baranello

Pietracatella
Pietracupa

Bojano
Busso
Campochiaro
Campodipietra
Campolieto
Casalciprano
Castelbottaccio
Castellino del Biferno
Castropignano
Cercemaggiore
Cercepiccola
Colle d'Anchise
Duronia
Ferrazzano
Fossalto
Gambatesa
Gildone
Guardiaregia
Jelsi
Limosano
Lucito
Macchia Valfortore
Matrice
Mirabello Sannitico
Molise
Monacilioni
Montagano
Oratino
Petrella Tifernina

Riccia
Ripalimosani
Roccapivara
Salcito
San Biase
San Giovanni in Galdo
San Giuliano del Sannio
San Massimo
San Polo Matese
Sant'Angelo Limosano
Sant'Elia a Pianisi
Sepino
Spinete
Torella del Sannio
Toro
Trivento
Tufara
Vinchiaturro

Distretto Socio-sanitario n. 2 di Termoli

Comuni

Termoli (*)
Acquaviva Collecroce
Bonefro
Campomarino
Casacalenda
Castelmauro
Civitacampomarano
Colletorto
Guardialfiera
Guglionesi
Larino
Lupara
Mafalda
Montecilfone
Montefalcone nel Sannio
Montelongo
Montemitro

Montenero di Bisaccia
Montorio nei Frentani
Morrone del Sannio
Palata
Petacciato
Portocannone
Provvidenti
Ripabottoni
Rotello
San Felice del Molise
San Giacomo degli Schiavoni
San Giuliano di Puglia
San Martino in Pensilis
Santa Croce di Magliano
Tavenna
Ururi

Distretto Socio-sanitario n. 3 di Isernia

Comuni		
Isernia (*)	Macchia d'Isernia	Sessano del Molise
Acquaviva d'Isernia	Macchiagodena	Sesto Campano
Agnone	Miranda	Vastogirardi
Bagnoli del Trigno	Montaquila	Venafro
Belmonte del Sannio	Montenero Val Cocchiara	
Cantalupo nel Sannio	Monteroduni	
Capracotta	Pesche	
Carovilli	Pescolanciano	
Carpinone	Pescopennataro	
Castel del Giudice	Pettoranello del Molise	
Castel San Vincenzo	Pietrabbondante	
Castelpetroso	Pizzone	
Castelpizzuto	Poggio Sannita	
Castelverrino	Pozzilli	
Cerro al Volturno	Rionero Sannitico	
Chiauci	Roccamandolfi	
Civitanova del Sannio	Roccasicura	
Colli a Volturno	Rocchetta a Volturno	
Conca Casale	San Pietro Avellana	
Filignano	Santa Maria del Molise	
Forli del Sannio	Sant'Agapito	
Fornelli	Sant'Angelo del Pesco	
Frosolone	Sant'Elena Sannita	
Longano	Scapoli	

Il Distretto rappresenta l'articolazione territoriale in cui si realizza l'integrazione complessa delle attività sanitarie e sociali ed il coordinamento e raccordo tra l'Ospedale e il Territorio e rappresenta la sede della programmazione dell'assistenza domiciliare.

Pertanto, il Distretto si configura quale articolazione territoriale, organizzativa e funzionale per il governo del territorio, esercitando, quale sede delle relazioni tra attività aziendali ed enti locali, la funzione di programmazione necessaria per individuare le diverse aree di bisogno definendo le priorità di obiettivi ed interventi.

L'Atto Aziendale ASReM, adottato con il DCA n. 16/2017, recependo la programmazione regionale, articola l'assistenza sanitaria territoriale in *"Distretti Socio-Sanitari, i quali sono macrostrutture dotate di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda[...] organizzato in centri di costo e di responsabilità"*.

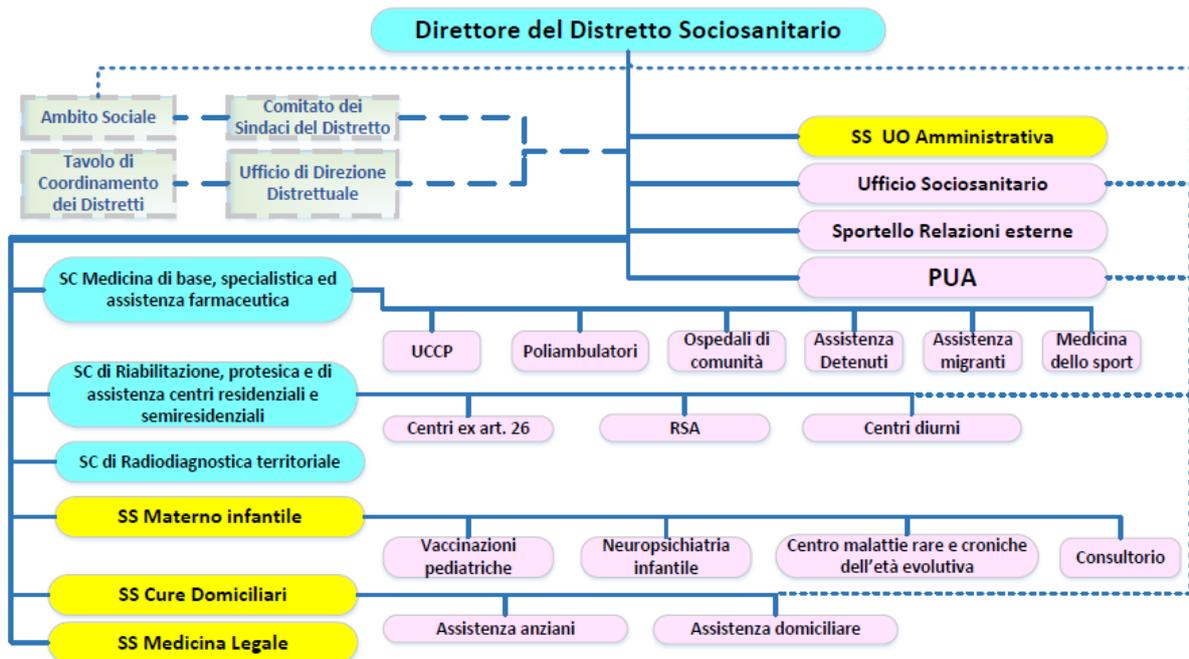
La Regione Molise ha scelto, inoltre, di attribuire al distretto anche le competenze vaccinali nell'ottica del *chronic care model* che prevede, nell'ambito della complessiva presa in carico del paziente, anche la prevenzione.

Il Distretto, inoltre, gestisce:

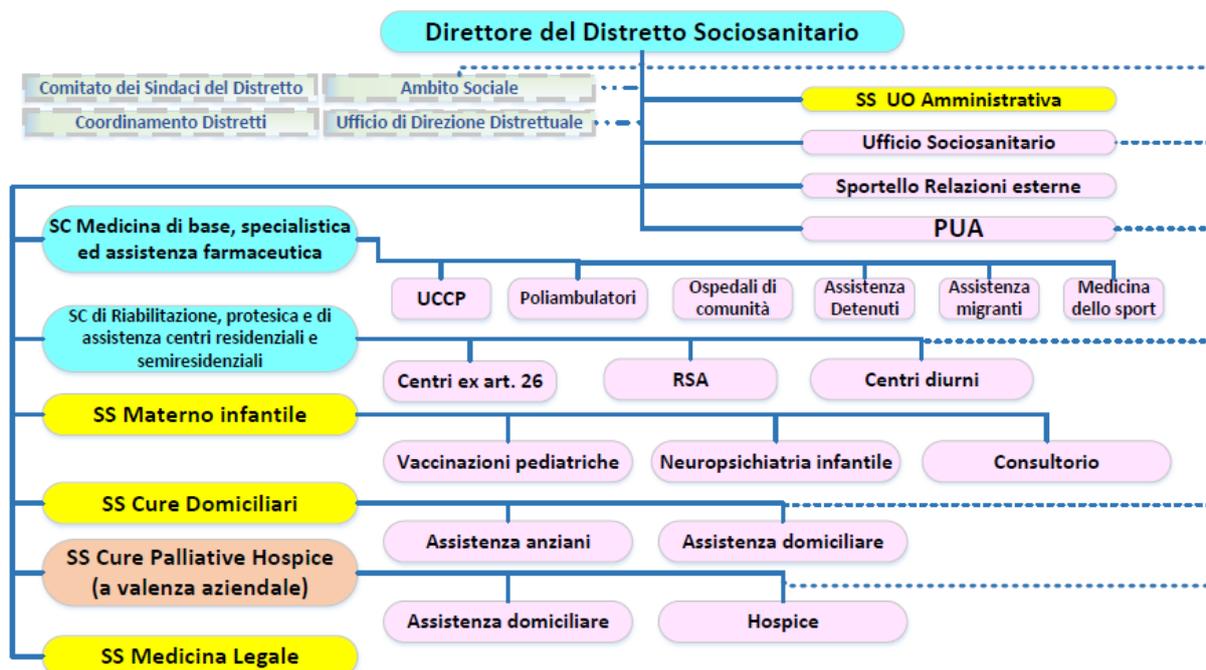
- l'assistenza sanitaria di base, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali e presidi ospedalieri;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché l'erogazione delle attività socio - assistenziali in accordo di programma con i Piani di Zona degli ambiti sociali locali garantendone l'integrazione con le attività di assistenza sanitaria; attività finalizzate alla promozione alla salute;
- Assistenza primaria specialistica (che comprende la Specialistica Ambulatoriale, la Specialistica in Accredimento esterno in regime ambulatoriale e residenziale, l'assistenza integrativa, l'assistenza riabilitativa, l'assistenza protesica);
- l'attività di medicina dello sport;

- l'attività o i servizi consultori per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, nonché l'attività ed i servizi di salute mentale nell'età evolutiva;
- l'attività o i servizi rivolti a disabili e anziani;
- l'attività medico legale;
- l'attività di sanità penitenziaria (distretti di Campobasso, Isernia, Termoli);
- l'attività, integrata con il Dipartimento Unico di Prevenzione, di sorveglianza sindromica ed assistenza sanitaria agli stranieri migranti (STP-ENI) (distretti di Campobasso, Isernia, Termoli);
- l'Integrazione socio-sanitaria.

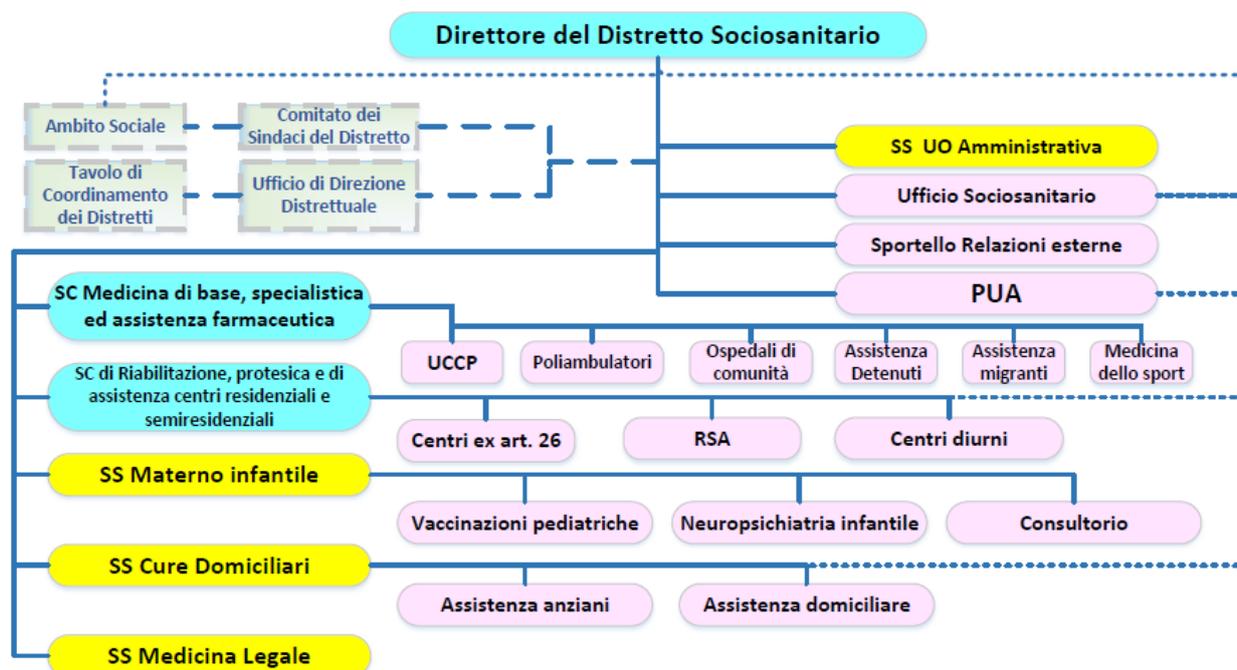
Distretto Sociosanitario n. 1 di Campobasso



Distretto Sociosanitario n. 2 di Termoli



Distretto Sociosanitario n. 3 di Isernia



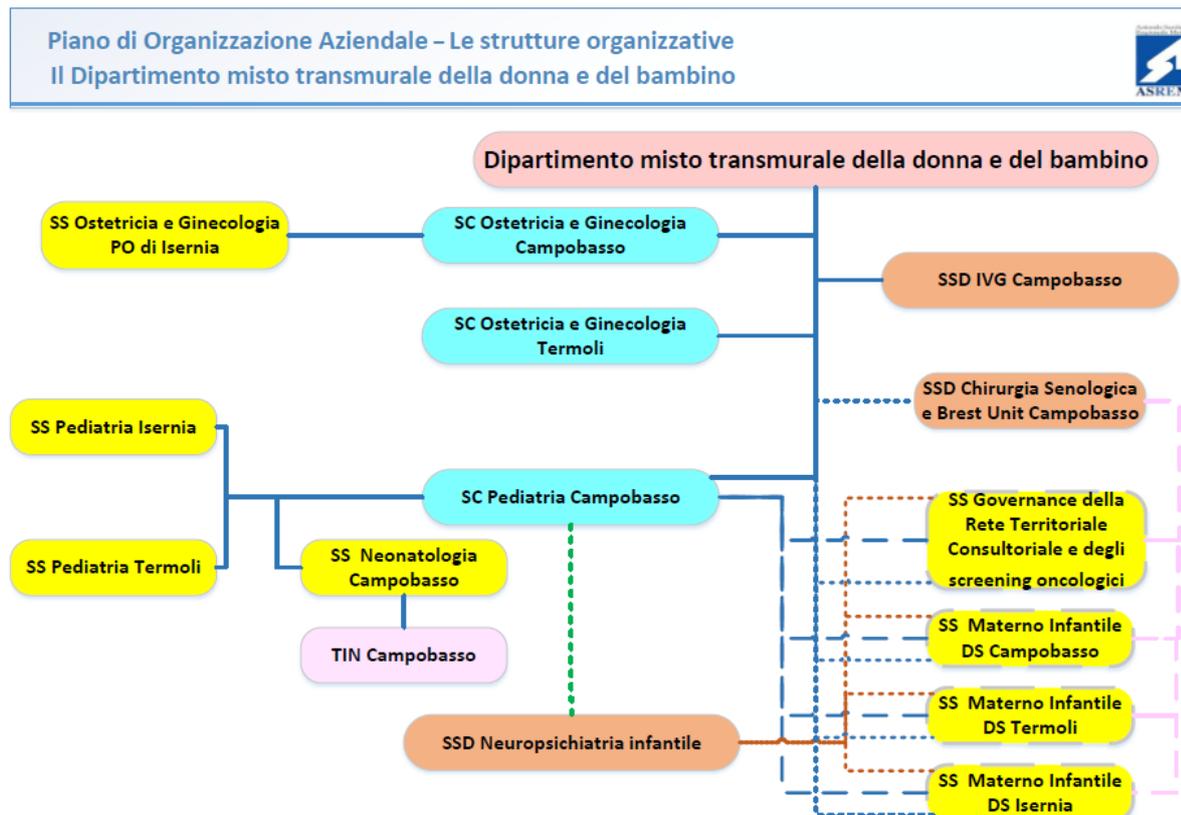
Ai Distretti sono direttamente correlati gli ambiti territoriali definiti con DCA n. 43/2017 per regolamentare la scelta da parte dell'assistito del medico di medicina generale nell'ambito del Comune di residenza entro ciascun Distretto Sanitario, al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, dell'accesso all'area e dello sviluppo delle forme associative ed AFT/UCCP.

Rete della Neuropsichiatria infantile

Un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiede la presenza di équipes multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi ed un adeguato *range* di strutture (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero), entrambe indispensabili per garantire i LEA.

Al fine di migliorare la risposta ai bisogni degli utenti affetti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, si rende necessario una migliore e più funzionale organizzazione dell'integrazione tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta. Con particolare riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 – 21 anni), occorre garantire la creazione di équipes integrate dedicate alla prevenzione e a percorsi di presa in carico basati operativamente sull'elemento essenziale della continuità ed integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento.

L'assetto organizzativo della rete della N.P.I. prevede una struttura centralizzata collegata funzionalmente alle aree di Neuropsichiatria Infantile presenti nei distretti Socio Sanitari di Campobasso, Isernia e Termoli nell'ambito del Dipartimento aziendale misto trasmurale della donna e del bambino. La multidisciplinarietà è assicurata dal raccordo funzionale con le Riabilitazioni funzionali territoriali. Tali strutture sono in stretta integrazione e raccordo funzionale con la Riabilitazione territoriale e con figure professionali dedicate come logopedisti psicologi, psichiatri, al fine dell'integrazione scolastica e di presa in carico globale specifici della disciplina.



5. Le Strutture di prossimità: Potenziamento delle Cure Primarie e attivazione delle Case della Salute

Il Decreto del Commissario ad Acta, n. 18 del 28.02.2017, "Regolamento per la gestione delle case della Salute" definisce il modello molisano delle case della salute quale " struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie; deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie" (D.M. 10 luglio 2007).

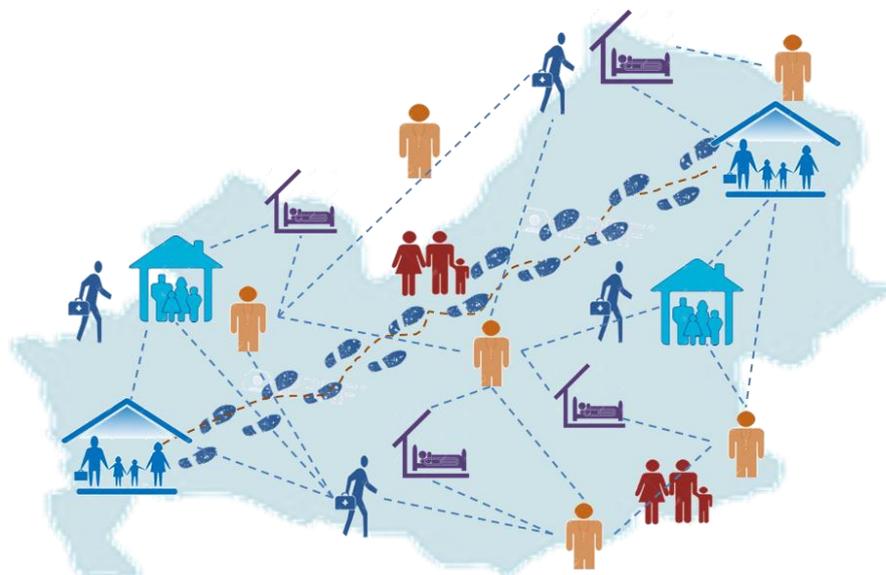
La casa della salute rappresenta "la sede della presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche in una logica di medicina di iniziativa, in collegamento con altre articolazioni territoriali per garantire il più alto grado di qualità dei percorsi di cura e di integrazione socio-sanitaria, oltre al necessario collegamento con l'ospedale."

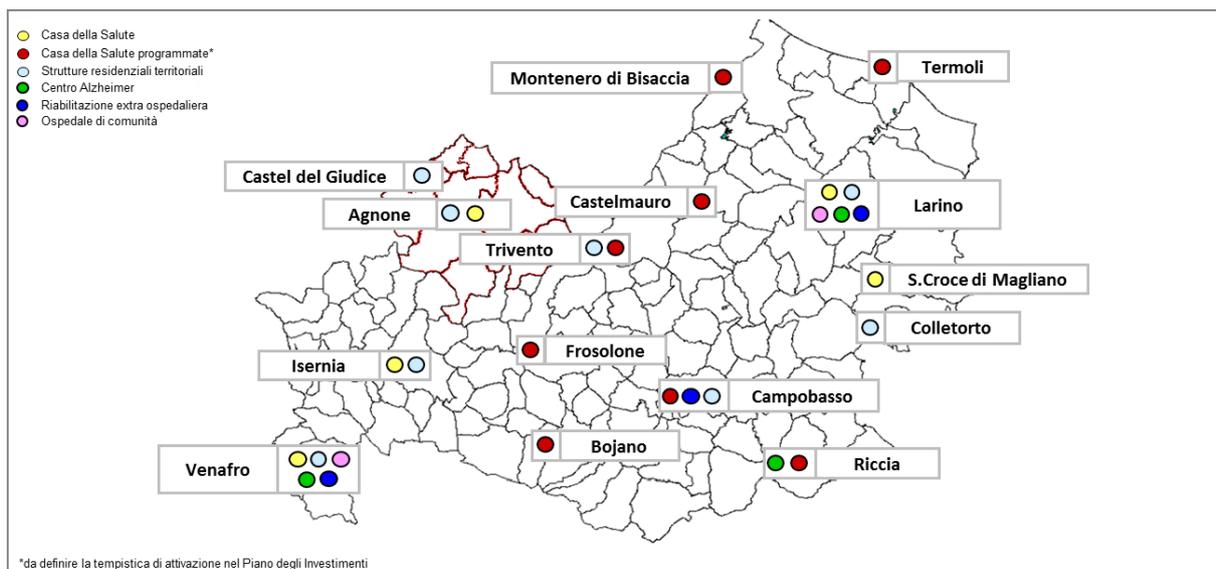
La Regione Molise, coerentemente con il potenziamento e la riorganizzazione della rete assistenziale regionale, ne ha previsto l'istituzione (nel rispetto del Patto per la Salute 2014-2016) prevedendo l'attivazione di 13 Case della Salute derivanti dall'ammodernamento dei poliambulatori già presenti sul territorio e dalla riconversione degli ospedali periferici.

L'obiettivo da perseguire è rappresentato dal miglioramento dei processi e da una decisa riduzione dell'accesso inappropriato agli ospedali.

Le Case della Salute prevedono al loro interno poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per un numero di ore proporzionale al modello funzionale a al grado di intensità assistenziale, che operano in coordinamento e in collegamento telematico anche con le strutture ospedaliere. Tali strutture confluiscono nel Distretto di competenza ed assicurano:

- Erogazione dei servizi di base (medicina generale, assistenza infermieristica, attività consultoriale di primo livello, attività specialistica e/o telemedicina, assistenza sociale, attività amministrativa);
- Garanzia di continuità dell'assistenza mediante la condivisione dei dati clinici dell'assistito;





Modello organizzativo delle Case della salute della Regione Molise, secondo quanto stabilito dal DCA 18/2016, è di tipo modulare e prevede:

- Funzioni di base- attività indispensabili che connotano la struttura;
- Modelli funzionali aggiuntivi – ad eventuale completamento dell’offerta di servizi.

Le case della Salute, pertanto, sono suddivise in tipologia di base e tipologia complessa.

La tipologia di base è caratterizzata da area dell’accoglienza (CUP, volontariato e mutualità), area ambulatoriale e dell’assistenza primaria e della diagnostica.

La tipologia complessa può essere integrata da: degenza e assistenza infermieristica, chirurgia ambulatoriale complessa nonché da altri servizi ritenuti essenziali per l’area.

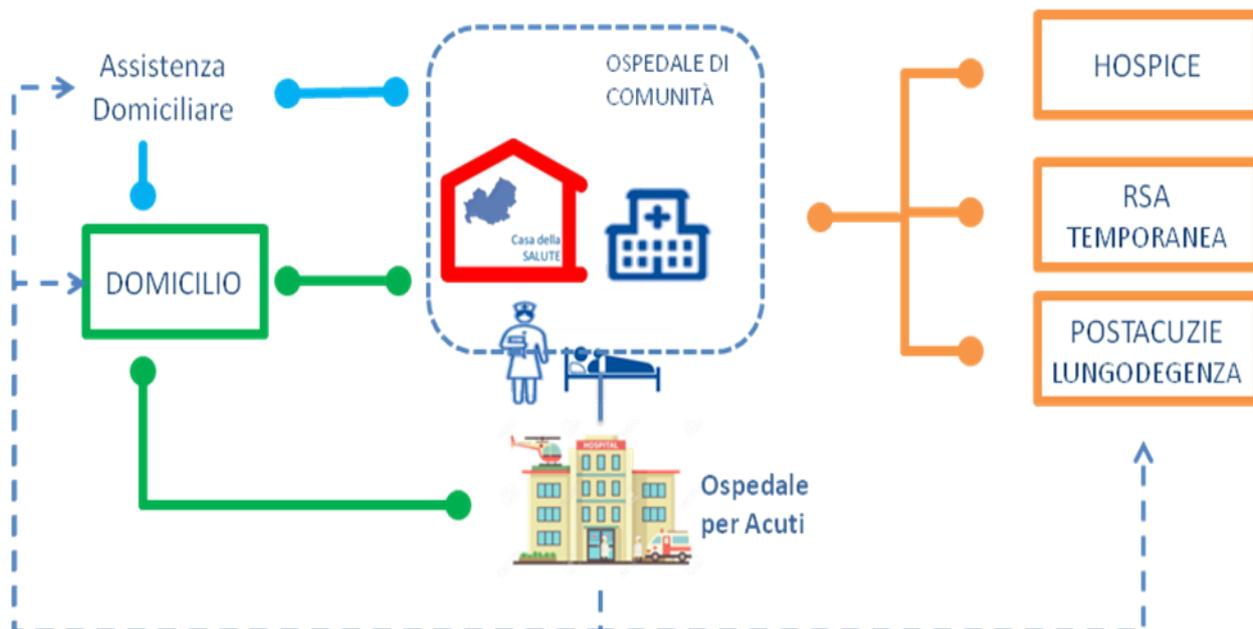
L’accesso alle case della salute può avvenire direttamente dal medico di medicina generale o dai servizi territoriali infermieristici, dalla PUA, dagli ambulatori specialistici.

L’accesso può, altresì, essere previsto secondo i PDTA per la gestione dei malati cronici in caso di casi di media complessità che non necessitano di ricovero ospedaliero.

In ordine agli orari di accesso gli stessi sono definiti in base alla complessità dei servizi offerti e alla presenza dei posti letto residenziali

Distretto	Case della Salute	Località
Campobasso	<i>Alta Complessità Assistenziale</i>	-
	<i>Media Complessità Assistenziale</i>	Riccia, Trivento
	<i>Bassa Complessità Assistenziale</i>	Campobasso, Bojano
Isernia	<i>Alta Complessità Assistenziale</i>	Venafro
	<i>Media Complessità Assistenziale</i>	-
	<i>Bassa Complessità Assistenziale</i>	Agnone, Isernia, Frosolone
Termoli	<i>Alta Complessità Assistenziale</i>	Larino
	<i>Media Complessità Assistenziale</i>	Montenero di Bisaccia
	<i>Bassa Complessità Assistenziale</i>	Castelmauro, Santa Croce di Magliano.

Con la presenza della PUA e delle attività amministrative di supporto la casa della salute rappresenta il fulcro del sistema sanitario territoriale, dell'integrazione tra ospedali e territorio e della presa in carico del paziente:



Il modello molisano prevede che presso le case della salute di media ed Alta intensità siano attivi posti letto residenziali dedicati a alla non autosufficienza, alla riabilitazione, alla disabilità.

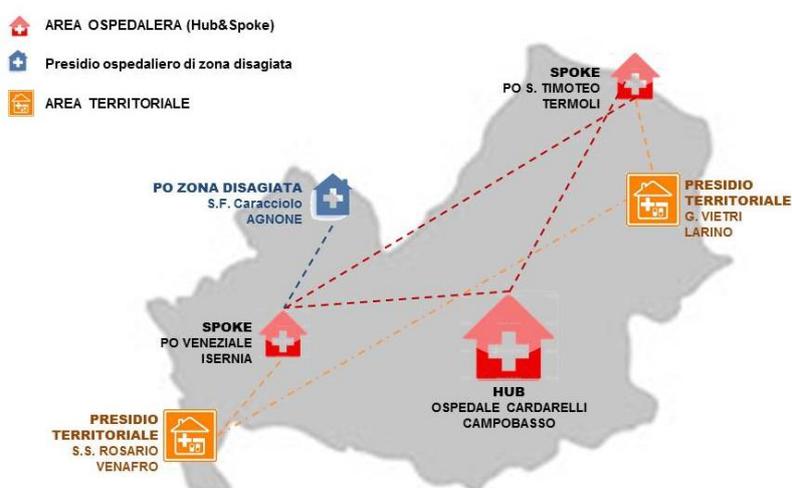
Per quanto attiene alle strutture a media intensità la distribuzione dei posti letto è la seguente:

Tabella riepilogativa dell'assetto dei posti letto per struttura			
Struttura	RSA	RS per riabilitazione residenziale (Alzheimer)	Totale per struttura
Casa della Salute - Trivento	40		40
Casa della Salute - Riccia		10	10
Totale	40	10	50

Presso gli ospedali riconvertiti di Larino e Venafro sono presenti le strutture ad alta complessità.

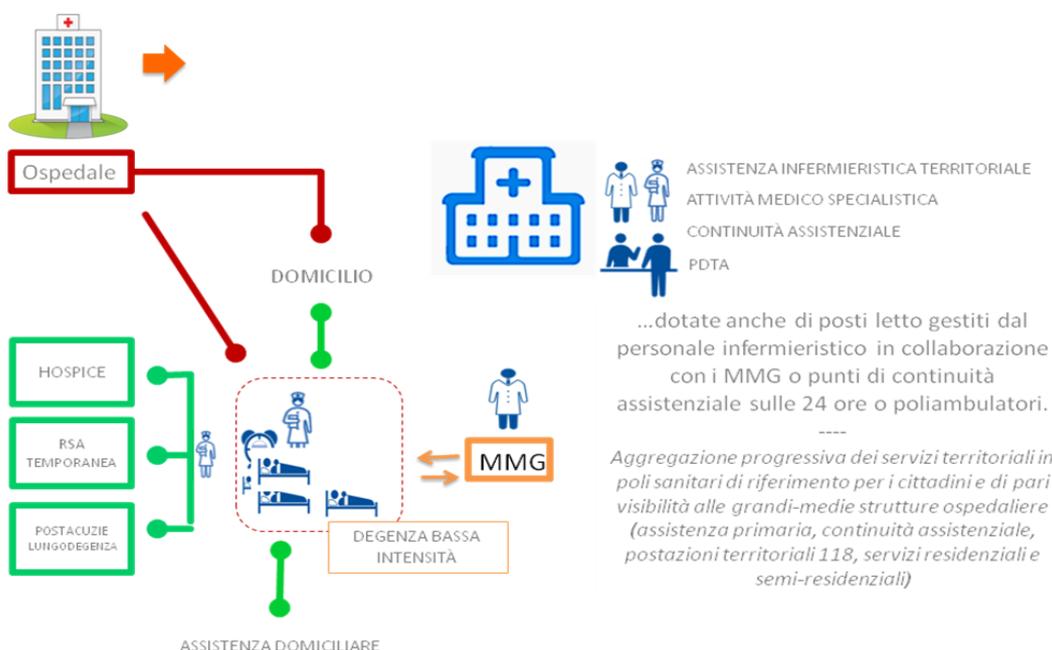
6. Attivazione degli Ospedali Territoriali di Comunità a seguito della riconversione dei Presidi Ospedalieri di Larino e Venafro

Gli stabilimenti ospedalieri di Venafro e Larino, due degli ospedali pubblici attivi nella Regione Molise prima dell'attuazione dell'attuale riorganizzazione, sono stati oggetto di riconversione da strutture di assistenza ospedaliera in strutture territoriali.



Al loro interno è stata programmata, oltre alla Casa della Salute di Alta Intensità Assistenziale, anche la costituzione di Ospedale territoriale di Comunità.

L'Ospedale territoriale di comunità è direttamente governato, organizzato e gestito, dal distretto sanitario di competenza.



Le strutture di Larino e Venafro, situati rispettivamente nella zona costiera (basso Molise) e nell'area interna dell'alto Molise, sono situate a pochi chilometri dagli ospedali di Termoli e Isernia.

Per tale motivo la programmazione regionale ha ritenuto di offrire servizi sanitari differenziati alle popolazioni delle aree interessate, potenziando l'offerta territoriale utilizzando e razionalizzando all'uopo gli edifici ospedalieri dismessi.

Ognuna delle due strutture, è dotata di:

- 20 posti letto di riabilitazione extra ospedaliera, di cui 10 per riabilitazione estensiva e 10 per riabilitazione di mantenimento;
- 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer;
- 40 posti letto di RSA;
- 15 - 20 posti letto gestiti da personale infermieristico (UDI)
- una postazione avanzata del 118;

L'Ospedale di Comunità di Larino, inoltre, contiene anche l'ambulatorio di chirurgia ambulatoriale complessa e la camera iperbarica e una struttura dedicata ai bambini autistici.

Nella stessa struttura sono poi presenti tutti i servizi sanitari e amministrativi della Casa della Salute.

Riconversione

REGIONE MOLISE - Servizio Epidemiologico e dei Controlli								
SDO - D.R.G. 2014 - 140/003/02 OSP. SS ROSARIO Venafro								
Discipline	Dotazione attuale				Dotazione futura		Delta	
	R.O.	D.H.	UOC		R.O.	D.H.	R.O.	D.H.
26 Med.	8	2	1		-	-	- 8	- 2
36 Ort.	18	2	1		-	-	- 18	- 2
56 Riab.	20	2	1		-	-	- 20	- 2
60 Lung.	10	-			-	-	- 10	-
TOTALE	56	6	3		-	-	- 56	- 6
		62				-		62

Caratteristiche del SS. Rosario di Venafro		
Tipologia assistenza	Posti letto	Note
Casa della Salute		
Punto Primo Intervento (PPI)		<i>Sostituito poi da postazione 118 medicalizzata</i>
RSA	40	
RSD - Alzheimer	10	
Riabilitazione extraospedaliera	20	<i>Di cui 10 riabilitazione estensiva e 10 riabilitazione di mantenimento</i>
Posti letto a bassa intensità assistenziale	15-20	<i>Gestito dal personale infermieristico, MMG e PLS</i>
Attività ambulatoriale (anche chirurgica)		<i>Tarata sulle esigenze epidemiologiche della popolazione</i>

Riconversione

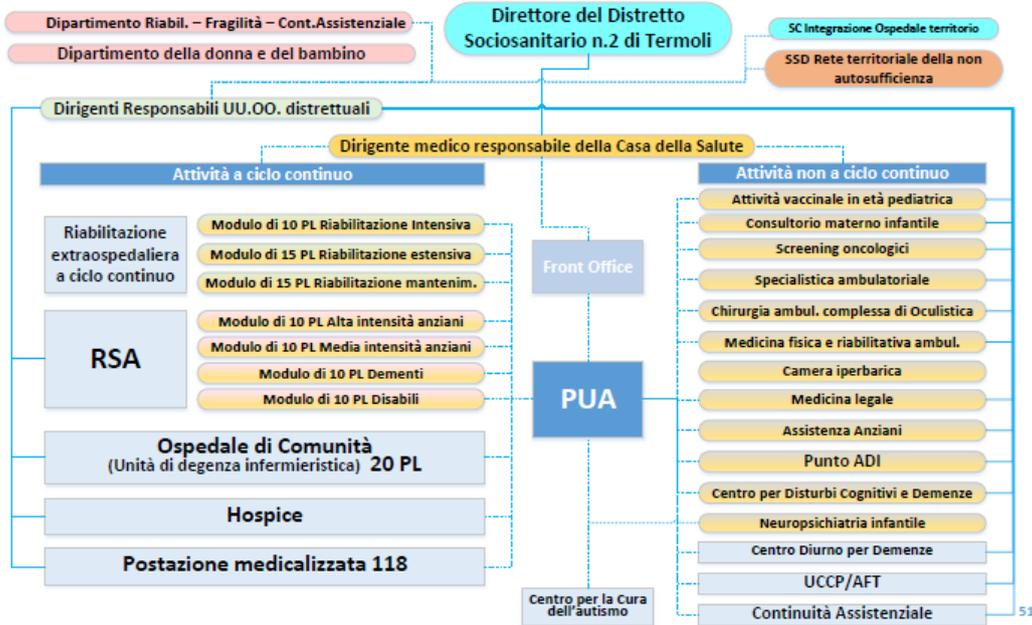
REGIONE MOLISE - Servizio Epidemiologico e dei Controlli									
SDO - D.R.G. 2014 - 140/003/02 OSP. VIETRI Larino									
Discipline	Dotazione attuale				Dotazione futura			Delta	
	R.O.	D.H.	UOC		R.O.	D.H.		R.O.	D.H.
09 Chir.	5	1	1		-	-		5	1
34 Ocul.	7	5	1		-	-		7	5
51 Med. d'urgenza	1	1	1		-	-		1	1
56 Riab.	30	9			-	-		30	9
60 Lung.	20	-	1		-	-		20	-
64 Oncol.	-	-			-	-		-	-
49 T.I.	1	-			-	-		1	-
TOTALE	64	16	4		-	-		64	16
		80				-			80

Caratteristiche del G. Vietri di Larino		
Tipologia assistenza	Posti letto	Note
Casa della Salute		
Punto Primo Intervento (PPI)		Sostituito poi da postazione 118 medicalizzata
RSA	40	Di cui 20 già attivi
Riabilitazione extraospedaliera	40	Di cui 10 per riabilitazione intensiva, 15 per riabilitazione estensiva e 15 per riabilitazione di mantenimento
RSD - Alzheimer	10	
Posti letto a bassa intensità assistenziale	15 - 20	Gestito dal personale infermieristico, MMG e PLS
Attività ambulatoriale (anche chirurgica)		Tarata sulle esigenze epidemiologiche della popolazione
Hospice	16	

Sotto il profilo organizzativo gli Ospedali territoriali di Comunità della Regione si strutturano secondo il modello di seguito proposto:



Piano di Organizzazione Aziendale – Le strutture organizzative
I Distretti Sociosanitari – La Casa della Salute di Larino



7 UDI - Unità di Degenza a gestione Infermieristica.

La Regione Molise ha attivato negli Ospedali di Comunità le "Unità di degenza a gestione infermieristica", di cui disciplina con le Linee di indirizzo regionali DD/DG n. 287 del 30.12.2017, i principi ed i criteri di base per il funzionamento.

Le UDI costituiscono una delle soluzioni organizzative previste dal Programma Operativo Straordinario 2015-2018 per riqualificare la rete dell'offerta ospedaliera e territoriale in senso orizzontale secondo differenti livelli intensità di cura/complessità assistenziale in funzione del bisogno di assistenza richiesto dalla persona in carico. In coerenza con le linee di riorganizzazione del SSR previste dal POS 2015-2018, tali moduli di degenza a gestione organizzativa ed assistenziale infermieristica sono attivi presso le Case della Salute localizzate all'interno degli Ospedali di Comunità di Larino e Venafro, con l'obiettivo di garantire una risposta appropriata a bisogni di assistenza ad alta complessità assistenziale ed a bassa intensità clinica valutata sulla base di oggettivi criteri clinico-assistenziali.

'L'UDI si configura come un modulo organizzativo individuabile all'interno dell'Ospedale di Comunità e/o della Casa della Salute ed afferente gerarchicamente alla responsabilità della Direzione di Distretto di riferimento e funzionalmente alla Direzione Assistenziale Infermieristica.' la cui gestione è *'affidata ad un Coordinatore Infermieristico'* che gestisce direttamente il paziente assumendo come modello il case-management. Il Coordinatore dipende funzionalmente dalla Direzione Infermieristica Aziendale.

In attesa degli accordi che definiscano il ruolo dei MMG o delle loro associazioni funzionali all'interno delle case della Salute, la responsabilità clinica del paziente è affidata ai medici distrettuali.

Le UDI costituiscono un'area di cure a bassa intensità clinica di tipo intermedio dotata di posti letto funzionali gestita da personale infermieristico, nella quale sono accolti pazienti:

- Senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come nel ricovero ordinario per acuti;
- Dimissibili dall'ospedale per acuti il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore prima di rientrare a domicilio o essere trasferiti presso altra struttura;
- Che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio con l'assistenza domiciliare per la complessità clinico-assistenziale richiesta o per ragioni di tipo sociale nei casi in cui la famiglia o una struttura sociale non riescono comunque a supportare il paziente nella malattia.

Gli obiettivi che si intendono perseguire:

- Favorire un'appropriata gestione del ricovero ospedaliero, fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronic-degenerative in fase di riacutizzazione che non richiedono ricovero nel *setting* ospedaliero.
- Ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronic-degenerative e altresì consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti; prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali e residenziali.
- Limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta.
- Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche al fine di assicurare la continuità assistenziale.

I vantaggi del ricovero presso una struttura residenziale dedicata consente di ridurre i rischi legati all'ospedalizzazione, in particolare di soggetti anziani e fragili .

La positiva esperienza delle Unità a degenza infermieristica già attive presso le case della salute di Larino e Venafro hanno indotto a programmare un'ulteriore area a gestione infermieristica presso l'Ospedale di Campobasso con gli stessi obiettivi destinata agli utenti dell'area del Molise Centrale.

I pazienti da destinare all'UDI sono valutati da un sistema integrato medico-infermieristico che ne definisce i criteri di eleggibilità clinico-assistenziali.

Sono previste le seguenti modalità di ammissione e valutazione dell'utente:

- a) Il ricovero in UDI è sempre programmato e concordato con il Coordinatore infermieristico;
- b) Le proposte di ricovero possono pervenire dal MMG dai Medici Ospedalieri dal personale dei servizi territoriali;
- c) La valutazione dell'effettiva eleggibilità avviene sulla base della valutazione multidimensionali con opportuni strumenti che tengano in considerazione i requisiti di ammissione. Nel caso di dimissione dalla UO ospedaliera la valutazione dovrà essere eseguita dal Case Manager della continuità assistenziale ospedale territorio;
- d) L'accettazione dell'utenti in UDI avviene a cura del coordinatore infermieristico;
- e) La dimissione concordata tra l'infermiere coordinatore ed il medico del distretto previa consegna al paziente ricoverato di una relazione sintetica contenente informazioni sul programma eseguito durante la degenza e la terapia in atto alla dimissione;
- f) La persona accolta nella struttura deve essere, di norma, dimessa entro il 20 giorno. Tale periodo è da ritenersi normalmente congruo e sufficiente secondo evidenze scientifiche e prassi mediche, a consentire il rientro al proprio domicilio o ad inserire l'utente in un percorso di assistenza domiciliare o prevedere il suo accoglimento in strutture residenziali/semiresidenziali.

8. L'Assistenza Domiciliare Integrata

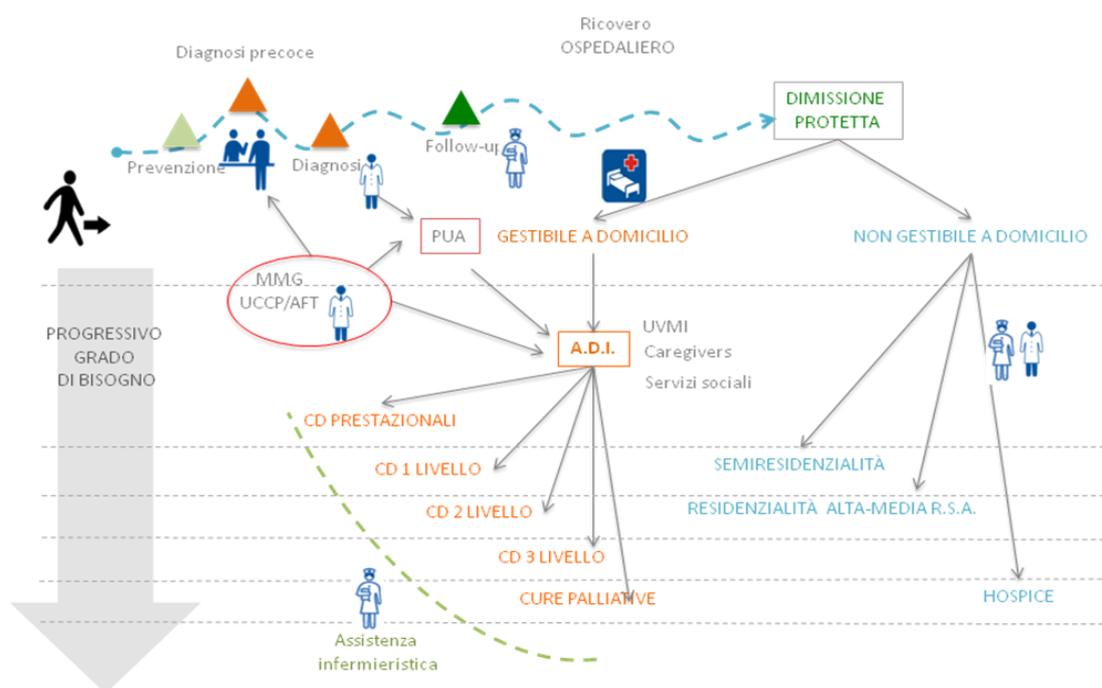
Le Cure Domiciliari sono rivolte a persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza anche temporanea residenti nella regione Molise.

Le cure domiciliari sono una modalità di assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale erogata a domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del Medico di famiglia e di altri operatori dei servizi territoriali secondo le necessità rilevate.

I principali obiettivi delle Cure Domiciliari sono:

- garantire un'appropriata assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare all'utente;
- favorire il recupero dell'autonomia residua e delle relazioni interpersonali al fine di migliorare la qualità della vita della persona non autosufficiente;
- sostenere la famiglia, trasmettendo ove possibile, le competenze minime necessarie ad acquisire autonomia negli interventi socio-assistenziali;
- ottenere un elevato livello di integrazione tra i servizi già operanti, al fine di ottimizzare le risorse e aumentare la qualità degli interventi;
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

Il percorso di cura e la presa in carico



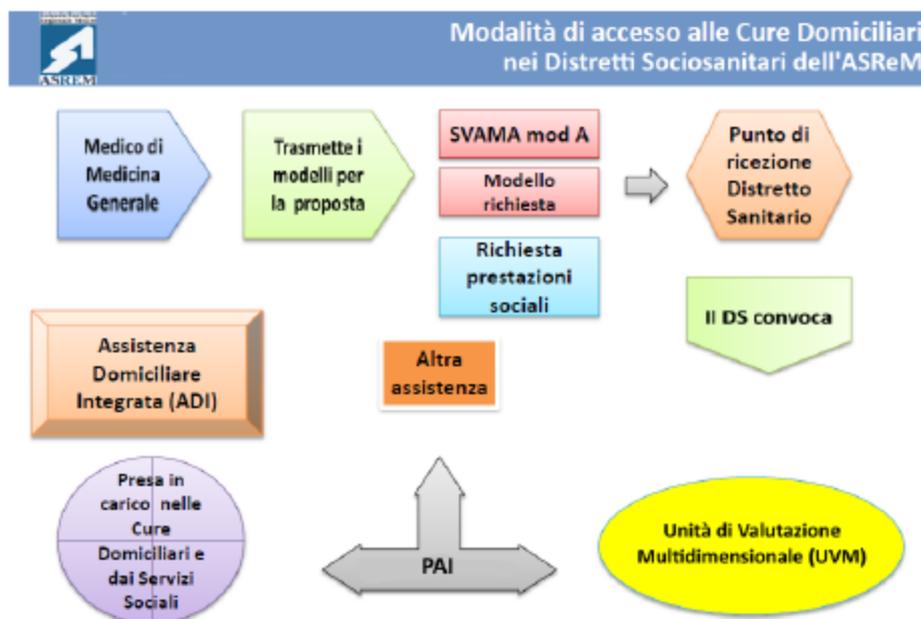
La modalità organizzativa di erogazione delle cure domiciliari è rappresentata dall'Assistenza Domiciliare integrata. Si tratta di un settore caratterizzato, come indagini condotte nel tempo dimostrano, dall'estrema disomogeneità dei modelli regionali e delle province autonome, da numerose criticità, legate principalmente all'offerta carente, all'assenza di parametri di riferimento per la programmazione del fabbisogno, alla disomogenea integrazione con i Comuni e persino alla scarsità di informazioni per la valutazione e il confronto.

Le cure domiciliari integrate (CDI) si distinguono, secondo gli standard ministeriali in primo, secondo e terzo livello in base all'intensità, crescente, dell'intervento assistenziale.

Le CDI di primo e secondo livello si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente invalidanti, hanno bisogno di continuità assistenziale con interventi che si articolano su 5 giorni (primo livello) o su 6 giorni (secondo livello).

Le CDI di terzo livello si rivolgono a persone che presentano dei bisogni con un grado di complessità assistenziale elevato, in presenza di criticità specifiche, con instabilità clinica e sintomi di difficile controllo. Gli interventi si articolano su 7 giorni settimanali.

L'algoritmo successivo descrive le modalità organizzative dell'erogazione delle cure domiciliari presso l'Azienda Ospedaliera unica della regione Molise:



Il livello di accesso al sistema delle cure domiciliari della Regione Molise è rilevante (Dati ASREM 2015). In tal senso la Regione Molise rientra nell'ambito dei parametri standard previsti dal Comitato LEA sia in termini quantitativi (n. di soggetti presi in carico), sia in termini qualitativi (tasso di accessi per paziente e distribuzione per intensità di cura)

Numero utenti presi in carico nell'ASReM anno 2015		
Intensità assistenziale	Totale Utenti	%
ADI 1° Livello	1.273	52,35%
ADI 2° Livello	1.809	39,27%
ADI 3° Livello e Cure Palliative	293	8,38%

Di seguito si riportano i dati relativi al numero di accessi in rapporto alle figure professionali interessate dal processo assistenziale a domicilio:

Prestazioni erogate a domicilio del paziente secondo la tipologia di operatore nell'anno 2015						
Distretto Sociosanitario	Infermiere	Fisioterapista	Logopedista	Palliativista	Specialista	Totale
ISERNIA	177.779	32.185	1.271		2.149	213.384
CAMPOBASSO	109.507	37.360	1.437	73	3.028	151.405
TERMOLI	135.570	14.602		270	1.307	151.749
Totale ASReM	422.856	84.147	2.708	343	6.484	516.538

% Prestazioni erogate a domicilio del paziente secondo la tipologia di operatore nell'anno 2015						
Distretto Sociosanitario	Infermiere	Fisioterapista	Logopedista	Palliativista	Specialista	totale
ISERNIA	83,3%	15,1%	0,6%	0,0%	1,0%	100%
CAMPOBASSO	72,3%	24,7%	0,9%	0,0%	2,0%	100%
TERMOLI	89,3%	9,6%	0,0%	0,2%	0,9%	100%
Totale ASReM	81,9%	16,3%	0,5%	0,1%	1,3%	100%

9. L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e le disabilità

Il fabbisogno di posti letto della Regione Molise in Residenze Sanitarie Assistenziali è stato definito attraverso i seguenti standard di riferimento:

- 1,5 p.l. x 1.000 abitanti per anziani non autosufficienti (circa 470 posti letto, pari ad una copertura di circa 3,2% della popolazione >65 anni);
- 0,14 p.l. x 1.000 abitanti per disabili (44 posti letto);
- 0,15 p.l. x 1.000 abitanti per riabilitazione residenziale (47 posti letto).

Nella programmazione dei posti letto da attivare nel periodo di vigenza del POS 2015-2018 si è tenuto conto oltre che degli standard di riferimento anche delle caratteristiche sociali ed economiche dei cittadini molisani. Si è tenuto conto degli spazi e delle risorse derivati dal processo di riconversione e razionalizzazione dei presidi ospedalieri che hanno consentito l'attivazione di nuovi posti letto di RSA nelle strutture pubbliche riconvertite.

L'ammissione a tutte le strutture residenziali è di competenza esclusiva della UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) presente nel Distretto che si avvale di strumenti di valutazione multidimensionale scientificamente validati che devono consentire l'individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e della disabilità. Mediante valutazioni periodiche, si qualifica nel tempo la prestazione e verifica l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata. Gli strumenti di valutazione multidimensionali già utilizzati in Regione Molise dalle UVM distrettuali sono la SVAMA e la SVAM sia nell'ambito dell'assistenza residenziale sia in quella semiresidenziale.

Area della non autosufficienza

"La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le "normali azioni della vita quotidiana" ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva."

Possono essere istituite sul territorio "strutture polivalenti e funzionali che ospitano, in uno stesso spazio fisico, funzioni dell'assistenza primaria e specialistica, garantendo la continuità assistenziale e le attività di prevenzione attraverso il lavoro in team multi professionali e multidisciplinari del personale dedicato. In particolare, esse sono la sede della presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche in una logica di medicina di iniziativa, in collegamento con altre articolazioni territoriali per garantire il più alto grado di integrazione sociosanitaria, oltre al necessario collegamento con l'ospedale".

Esse debbono garantire il rispetto delle seguenti caratteristiche chiave:

1. *l'accessibilità ai servizi*, ossia la facilità con cui si può fruire di assistenza sanitaria e la possibilità della persona di ricevere assistenza nel momento e nel luogo in cui è necessaria;
2. *la continuità*, per la quale i vari interventi devono essere commisurati ai bisogni di salute delle persone e dei loro familiari ed essere attuati per un tempo sufficientemente lungo e per trattamenti ripetuti;
3. *il coordinamento e l'organizzazione dei servizi* attraverso la costituzione di team multi professionali e multidisciplinari orientati alla sanità di iniziativa, alle buone pratiche *evidence-based*, alla valutazione dei risultati;
4. *la completa copertura dei bisogni* dei pazienti in termini di trattamenti terapeutici, riabilitazione, supporto, promozione della salute e prevenzione delle malattie, soprattutto applicando PDTA, monitorati attraverso indicatori di processo e di esito, per i principali target di pazienti cronici. Questi ultimi, per poter costruire PDTA efficaci, efficienti e realmente rispondenti ai fabbisogni assistenziali, devono essere sottoposti ad un processo di *"stadiazione"* per complessità (stadio di avanzamento nella storia naturale di malattia e carico assistenziale) e comorbidità ed inseriti in PDTA differenziati per intensità di cura.
5. *l'obbligatorietà di presa in carico per i pazienti affetti da patologie croniche*, in particolare i soggetti più fragili e appartenenti ai target più complessi, individuati sulla base di una stadiazione che tenga in considerazione non solo il livello evolutivo della patologia, ma anche la complessità assistenziale e l'eventuale presenza di fabbisogni sociali che possono incidere negativamente nella gestione e nell'evoluzione della patologia.

In ogni struttura sono garantiti:

- L'accesso a PDTA-percorsi assistenziali condivisi attraverso la rete integrata Ospedale-Territorio;
- L'accoglienza dei pazienti e l'orientamento ai servizi attraverso il collegamento con il PUA;
- L'accesso ai servizi di assistenza a persone non autosufficienti, anche anziane, attraverso il collegamento con le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali.

Il quadro epidemiologico locale (articolato a livello distrettuale) ed un'adeguata stratificazione per complessità assistenziale dei target prioritari di pazienti hanno consentito di individuare il fabbisogno e dimensionare l'offerta assistenziale.

Come già segnalato, in conseguenza dell'epidemiologia, è stata data priorità alle patologie più frequenti: scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria /BPCO, diabete mellito.

Nella logica della presa in carico del paziente, dell'epidemiologia, delle caratteristiche sociali ed economiche dei cittadini molisani, il fabbisogno complessivo per questa area assistenziale, in base agli standard nazionali di riferimento, è stato stimato pari a 924 posti letto comprensivi di RSA per anziani non autosufficienti, Centri diurni per anziani, RSA per riabilitazione residenziale, Centri diurni per Alzheimer, privilegiando l'attivazione di nuovi posti letto di RSA nelle strutture pubbliche riconvertite.

Fabbisogno di posti letto e unità semiresidenziali per l'assistenza a non autosufficienti:

Posti letto residenziali - area della non autosufficienza				
RSA per anziani non autosufficienti				
Distretto	Popolazione residente (al 01.01.2015)	attive	posti letto/unità	Fabbisogno stimato (L. 34/1996) 1,5 x 1.000 ab.
Campobasso	126.242	0		189
Isernia	87.292	1	20	131
Termoli	101.191	1	20	152
Totale RSA per anziani	314.725	2	40	472
Centri diurni per anziani non autosufficienti				
Venafro	126.242			15
Agnone	87.292			15
Larino	101.191			15
Totale centri diurni	314.725	0	0	45
RSA per riabilitazione residenziale (Alzheimer)				
Campobasso	126.242			19
Isernia	87.292			13
Termoli	101.191			15
Totale RSA Alzheimer	314.725	0	0	47
Centri diurni per riabilitazione (Alzheimer)				
Campobasso	126.242	1	15	15
Isernia	87.292			15
Termoli	101.191			15
Totale centri diurni	314.725	1	15	45
Residenze protette				
Campobasso	126.242			126
Isernia	87.292			87
Termoli	101.191			101
Totale Residenze Protette	314.725	4	167	315
TOTALE		7	222	924

Con il DCA n. 28/2017 la Regione Molise ha programmato la distribuzione e l'attivazione di posti RSA distribuiti per aree geografiche (Distretti).

RSA per anziani non autosufficienti - posti letto previsti nel POS 2015-2018 (Tab. 2)				
Distretto	Comune	tipologia struttura	posti letto attivi	posti letto da attivare
Campobasso	Casa Pistilli - Campobasso	pubblica	0	40
	Riccia	pubblica	0	20
	Trivento	pubblica	0	20
	Ripabottoni	pubblica	0	20
	Fisiomedica Loretana - Toro	privata	0	20
	Coop. A.S.S. Sant'Elia a Pianisi	privata	0	10
	totale		0	130
Isernia	Venafro	pubblica	0	40
	Agnone	pubblica	0	40
	Gea Medica - Isernia	privata	0	20
	Carsic - Venafro	privata	0	20
	San Nicola - Castel del Giudice	privata	20	20
	Casa Mia per Anziani	privata	0	20
	totale		20	160
Termoli	Larino	pubblica	40	40
	Palata	pubblica	0	30
	Colletorto	pubblica	0	60
	Opera Serena	privata	0	20
	totale		40	150
totale posti letto Regione Molise			60	440

Nell'Atto Aziendale ASReM del 28 febbraio 2017 infine è stato previsto relativamente ai Centri Diurni per non autosufficienza e Alzheimer e per Centri Diurni Demenze quanto segue:

Tipologia struttura	Localizzazione e denominazione	Posti Letto previsti
Centri Diurni per non autosufficienza e Alzheimer	Casa della Salute Larino	15
	Casa della Salute Venafro	15
	Casa della Salute Agnone	15
	Totale CD N/A	45
Centri Diurni Demenze	Campobasso	15
	Casa della Salute Isernia	10
	Casa della Salute Termoli	10
	Totale CDD	35
Totale generale		80

Area della disabilità

La nozione di disabilità è un concetto non universale e in costante evoluzione, che cambia a seconda del contesto di riferimento. Dare una definizione di disabilità è tuttavia imprescindibile, poiché da ciò dipendono i tipi di intervento che vengono realizzati per la promozione e protezione dei diritti delle persone definite disabili e "utilizzare termini impropri e fare confusioni linguistiche può essere un modo per aumentare la disabilità, invece che ridurla". L'OMS definisce la disabilità come "La conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo".

Il POS 2015-2018 ha definito, in base agli standard, il fabbisogno complessivo di posti letto residenziali e unità semiresidenziali dedicate alla disabilità in 280 posti letto. Rispetto all'offerta precedente alla determinazione del fabbisogno, si è reso necessario potenziare/attivare l'assistenza in RSA per disabili.

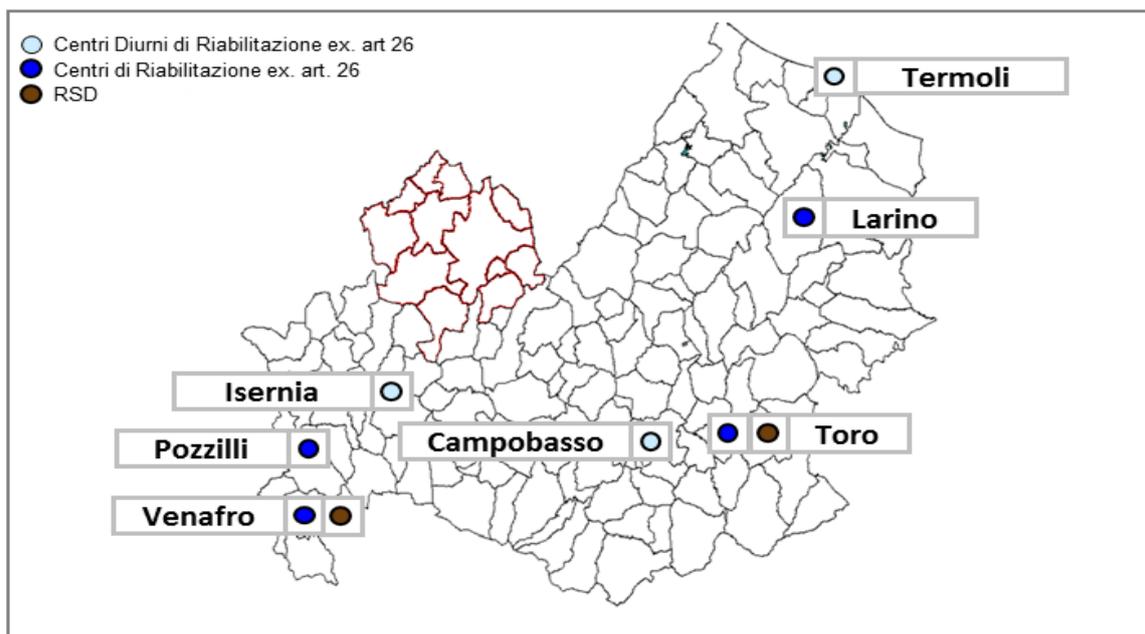
La Regione Molise, pertanto, ha proceduto ad una consistente revisione dell'attuale offerta e ad una riorganizzazione del livello di intensità di cure prevedendo all'intero delle strutture 3 diversi nuclei di trattamento (intensiva, estensiva e mantenimento), stimando il fabbisogno in rapporto alla popolazione residente.

Fabbisogno di posti letto e unità semiresidenziali per l'assistenza ai disabili:

Posti letto residenziali - area della disabilità				
RSA per disabili				
Distretto	Popolazione residente (al 01.01.2015)	attive	posti letto/unità	Fabbisogno stimato (L. 34/1996) 0,14 x 1.000 ab.
Campobasso	126.242			18
Isernia	87.292			12
Termoli	101.191			14
Totale RSA per disabili	314.725	0	0	44
Riabilitazione ex art.26				
Campobasso	126.242	1	73	63
Isernia	87.292	1	120	44
Termoli	101.191			51
Totale RSA per disabili	314.725	2	193	157
Centri diurni di riabilitazione ex art.26				
Campobasso	126.242	1	24	30
Isernia	87.292	1	22	25
Termoli	101.191	1	21	24
Totale centri diurni per disabili	314.725	3	67	79
TOTALE		5	260	280

I Centri Diurni di Riabilitazione ex art. 26, i Centri di Riabilitazione residenziali ex art 26 e le Residenze Sanitarie per disabili sono state distribuite sul territorio in base al fabbisogno per area.

Le Strutture riabilitative territoriali residenziali, semiresidenziali nonché ambulatoriali di riabilitazione sono localizzate prevalentemente nelle case della salute.



Alla rete delle strutture per la disabilità contribuiscono le strutture private che insistono sul territorio regionale secondo lo schema previsto dal POS 2015-18.

Dotazione futura di posti letto residenziali - area della disabilità								
RS per disabili - offerta posti letto situazione futura								
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Intensiva	Estensiva	di mantenimento
CARSIC	Strut. Privata	0	20	20	Da rideterminare	0	10	10
Fisiomedica Loretana	Strut. Privata	0	25	25	Da rideterminare	0	15	10
Totale		0	45	45		0	25	20
Riabilitazione ex art. 26 - offerta posti letto internati								
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Intensiva	Estensiva	di mantenimento
Fisiomedica Loretana	Strut. Privata	73	0	0	Da rideterminare			
CARSIC	Strut. Privata	120	0	30	Da rideterminare	10	10	10
Centro Pavone Neuromed*	Strut. Privata	0	40	40	Da rideterminare	10	15	15
Osp. Di comunità - Larino	P.O riconvertito	0	40	40	Da rideterminare	10	15	15
Osp. Di comunità - Venafrò	P.O riconvertito	0	20	20	Da rideterminare	0	10	10
Totale		193	100	130		30	50	50
Centri diurni di riabilitazione ex art.26 a regime semiresidenziale e ambulatoriale								
Struttura	Tipologia	Prese in carico	da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Intensiva	Estensiva	Ambulatoriale
L'incontro - Campobasso	Strut. Privata	24		24	Attivo		10	14
Riabilis - Isernia	Strut. Privata	22		22	Attivo		10	12
S. Francesco d'Assisi... - Termoli	Strut. Privata	21		21	Attivo		10	11
Totale centri diurni per disabili	0	67	0	67		0	30	37
* previsti 10 PL per l'unità speciale di accoglienza prolungata								
TOTALE POSTI LETTO DA ATTIVARE		193	145	175		30	75	70

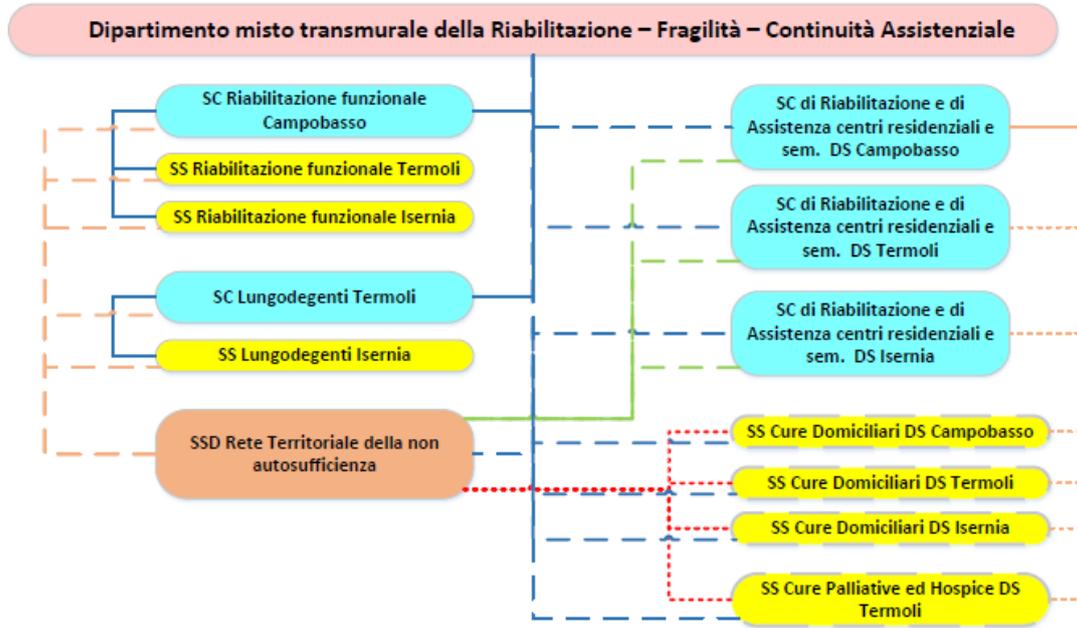
Compartecipazione del cittadino alla spesa

Relativamente alle compartecipazioni in materia di assistenza residenziale e semiresidenziale la Regione ha provveduto ad aggiornare le rette e la quota di compartecipazione correlata per l'assistenza residenziale e semiresidenziale sia per la non autosufficienza che per la disabilità.

Con DCA n. 70 del 09.12.2016 recante "Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente/Comune di residenza", infatti, sono state aggiornate le tariffe relative e le quote di compartecipazione. Tale Piano è, inoltre, completato e ampliato dal Decreto di aggiornamento e revisione delle tariffe sull'assistenza territoriale in base all'applicazione degli indici ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie degli operai e dei contadini dall'anno 2006 all'anno 2016:

ANNO 2006	107,00		107	0		
ANNO 2007	108,5	1,40%	108,5	1,5	€ 547,50	€ 5.475,00
ANNO 2008	110,34	1,70%	110,34	3,34	€ 1.219,10	€ 12.191,00
ANNO 2009	111,66	1,20%	111,66	4,66	€ 1.700,90	€ 17.009,00
ANNO 2010	113,67	1,80%	113,67	6,67	€ 2.434,55	€ 24.345,50
ANNO 2011	116,85	2,80%	116,85	9,85	€ 3.595,25	€ 35.952,50
ANNO 2012	119,19	2,00%	119,19	12,19	€ 4.449,35	€ 44.493,50
ANNO 2013	119,67	0,40%	119,67	12,67	€ 4.624,55	€ 46.245,50
ANNO 2014	119,31	-0,30%	119,31	12,31	€ 4.493,15	€ 44.931,50
ANNO 2015	119,91	0,50%	119,91	12,91	€ 4.712,15	€ 47.121,50
ANNO 2016	120,63	0,60%	120,63	13,63	€ 4.974,95	€ 49.749,50
						€ 327.514,50
						€ 4.257.688,50

La gestione funzionale dell'area è organizzata in un dipartimento transmurale aziendale che, nell'ottica dell'integrazione, raggruppa strutture col fine di raggiungere l'obiettivo della presa in carico e della gestione del paziente fragile.



10. Hospice, terapia del Dolore, Rete delle Cure Palliative

La rete di terapia del dolore è stata istituita con il DCA n. 45/2015 nel quale si prevede l'organizzazione della stessa secondo il modello Hub&Spoke.

Concorrono alla rete:

- Ambulatori di MMG e loro aggregazioni;
- Pediatri di libera scelta per la rete pediatrica;
- Centri ambulatoriali di terapia del dolore presso gli ospedali di Termoli ed Isernia (Spoke);
- Centro Hub di terapia del dolore presso l'Ospedale di Campobasso.

Si identificano, pertanto, i tre livelli di cura e di intervento e i compiti nell'ambito della Rete regionale di terapia del dolore:

- 1) Centro Hub, con compiti di ricerca, formazione per il personale sanitario, di informazione per la popolazione e di assistenza per le forme rare e complesse indipendentemente dalla sua eziopatogenesi con interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità.
- 2) Centri Spoke, assicurano attività di tipo ambulatoriale medico multidisciplinare, eventuale supporto anche chirurgico.

La rete deve includere tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche (con particolare riferimento a fisiatria, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia).

Nella Regione Molise è presente, altresì, una struttura Hospice pubblica, attivo dal 2005, con sede a Larino e gestito da personale dell'ASReM. La struttura ha attualmente 16 posti letto attivi che corrispondono a circa 0,5 p.l. ogni 10.000 abitanti.

Con il DCA n.21 del 31 marzo 2015 sono state approvate le Linee guida per lo sviluppo della rete delle cure palliative nella regione Molise che, nell'istituire formalmente la rete delle cure palliative, individua i diversi *setting* assistenziali del servizio:

- Assistenza ospedaliera;
- Assistenza residenziale in Hospice;
- Assistenza in strutture residenziali;
- Assistenza domiciliare.

Le cure palliative comprendono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici.

Il Nucleo Cure Palliative eroga due forme assistenziali:

- Residenziale: insieme di interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogati da équipe multidisciplinari presso l'Hospice di Larino;
- Domiciliare: insieme di interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative a domicilio della persona malata.

La presa in carico dei pazienti avviene attraverso la stesura dell'orientamento assistenziale (piano terapeutico) tramite l'unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD).

Per quanto attiene alle Cure palliative pediatriche, in ragione dell'esigua epidemiologia, il numero dei posti letto dedicato da attivare presso la UOC di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso è determinata in n. 2 unità.

Per quanto attiene alle cure palliative pediatriche quale articolazione della rete regionale delle cure palliative per gli adulti e svolge attività di diagnosi, cura, formazione e ricerca e si struttura, per la parte ospedaliera, con due posti presso il reparto di Pediatri del Presidio di Campobasso (HUB).

L'attività di organizzazione e di coordinamento di tutto il sistema delle cure palliative è affidata al Responsabile dell'Hospice di Larino.

11. Gli strumenti della rete territoriale

La PUA, Porta Unica di Accesso.

La Porta Unica di Accesso (PUA) è la funzione che garantisce l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico.

L'individuazione di un punto unico e di una procedura unitaria di accesso al sistema facilita il perseguimento di alcuni obiettivi di efficacia della risposta assistenziale del servizio pubblico, a cominciare dal superamento della frammentarietà della risposta, della semplificazione dell'accesso, della corretta ed appropriata valutazione del bisogno.

La PUA è chiamata a svolgere i seguenti compiti:

- a) Fornisce informazioni ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi del sistema locale dei servizi sociosanitari, nel rispetto dei principi di semplificazione, trasparenza e pari opportunità nell'accesso;
- b) Decodifica il bisogno e attiva gli altri referenti territoriali della rete formale per un approfondimento della richiesta dell'utente;
- c) Accoglie la domanda di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, proveniente dalla rete formale (mmg/pls, medici della continuità assistenziale, distretti sanitari, strutture sovradistrettuali, ospedali, servizio sociale professionale, ambiti sociali dei comuni singoli e/o associati);
- d) Verifica i requisiti di ammissibilità per la predisposizione del progetto personalizzato, nei casi ad elevata integrazione sociosanitaria;
- e) Garantisce il raccordo operativo con la uvm, attraverso la gestione dell'agenda, l'organizzazione dei lavori e la calendarizzazione delle sedute della stessa convocate dalla direzione del distretto sanitario.

E' evidente che alla PUA competano sia funzioni di *front office* che di *back office*.

Il *front office* della PUA assicura le funzioni di prima accoglienza, di informazione di primo livello e di orientamento; il *back office* della PUA assicura l'unitarietà delle procedure, garantendo il necessario raccordo tra tutti i soggetti direttamente e/o indirettamente coinvolti nella presa in carico dell'utente.

La PUA nelle scelte organizzative già adottate in modo diffuso sul territorio regionale si configura come una rete di punti di accesso che, sia pure con le specificità professionali e funzionali del caso, sono presenti sia presso i Comuni, operando in stretto raccordo con i Servizi Sociali professionali, sia presso il Distretto sanitario, operando in staff alla Direzione del Distretto sanitario per favorire il governo della domanda.

L'unitarietà della PUA riguarda, in modo particolare, il raccordo funzionale tra i nodi principali del sistema di accesso alla rete dei servizi sociosanitari distrettuali (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) e alla rete dei servizi sociali di Ambito (Segretariato Sociale e Servizio Sociale Professionale).

Come indicato dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 59 del 10 febbraio 2015, recante: «*Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13: "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali"*». Approvazione» e ss.mm.ii., la funzione esercitata dalla PUA, attraverso i compiti di orientamento e d'informazione, è connessa alla tutela dei diritti delle persone.

L'assunzione di questo paradigma qualifica lo strumento in modo preciso, individuando le sue caratteristiche peculiari nella completezza dell'informazione, nella trasparenza delle procedure, nella capacità di accoglienza delle persone, nelle competenze comunicative e nella semplificazione dell'accesso.

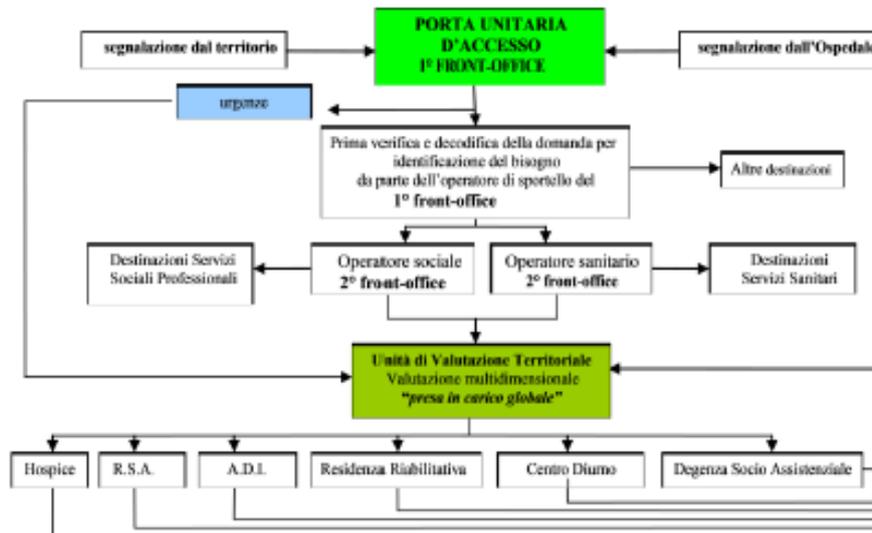
La PUA, in quanto *front office* dell'intero sistema sociosanitario, risponde alle esigenze di riconoscibilità che un tale compito richiede. Ciò vale per l'individuazione delle sedi più appropriate, nel senso della facilità di accesso per gli utenti, per la dotazione di strumenti e tecnologie adeguate, per la formazione e la preparazione professionale degli operatori ad essa assegnati. Nella organizzazione della PUA occorre mantenere ben distinte le attività di *front office* vero e proprio (lo sportello di accoglienza) e l'attività di *back office*.

Al fine di garantire una uniforme e facile fruizione dei servizi distrettuali integrati nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari, si conferisce un ruolo cruciale all'organizzazione delle Porte Uniche di Accesso, le quali sono strategicamente allocate in ogni Distretto per meglio rappresentare l'interfaccia diretta per il cittadino-utente.

Mediante la Porta Unica di Accesso (PUA) si garantisce:

- la funzione di accoglienza e informazione;
- la funzione di valutazione di primo livello;
- lo smistamento dell'utenza ai servizi sanitari o sociali;

- l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata;
- la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.



L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), è un'équipe multi professionale di tipo funzionale, nella quale è previsto anche il contributo dello specialista o degli specialisti competenti in relazione alle patologie della persona da valutare.

L'UVM assolve essenzialmente alle seguenti funzioni:

- Valuta i bisogni sanitari - sociosanitari complessi;
- Fornisce le risposte a detti bisogni elaborando il progetto di assistenza individuale (pai);
- Funge da filtro per l'accesso alla rete dei servizi sanitari - sociosanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale extraospedaliera a carattere integrato;
- Esercita attraverso la presa in carico, la funzione di committenza, propria della direzione del distretto sanitario.

L'UVM si configura, pertanto, come un'équipe multi professionale, a composizione variabile in relazione al bisogno della persona, alla quale partecipano: il Direttore del Distretto sanitario o suo delegato, il Medico di Medicina Generale o, nel caso di minori, il Pediatra di Libera Scelta di riferimento dell'assistito, il medico delle Cure Domiciliari dell'UO distrettuale se diverso dal delegato del Direttore del Distretto sanitario, l'infermiere delle Cure Domiciliari dell'UO distrettuale, l'Assistente sociale dell'Ambito sociale di residenza dell'assistito (o dei Servizi sociali comunali se il Comune di residenza dell'assistito non ha aderito al Piano Sociale di Zona), in possesso di preventiva e specifica delega alla spesa, rilasciata dal Responsabile e Coordinatore dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale (o dal dirigente dei servizi sociali comunali) ed eventualmente, il medico specialista e/o altre figure professionali specifiche rispetto alle patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psicofisiche del paziente.

L'UVM svolge i seguenti compiti:

- Effettua la valutazione multidimensionale, utilizzando gli strumenti di valutazione e le procedure previste a livello regionale ed altre ritenute necessarie in relazione alla specificità del caso trattato o dello specifico progetto da realizzare (ad esempio gli interventi per la non autosufficienza);
- Verifica la presenza delle condizioni socio-economiche, abitative e familiari di ammissibilità ad un determinato percorso di cura e assistenza per garantire l'appropriatezza della presa in carico;
- Elabora il progetto di assistenza individuale (PAI) (comprensivo di interventi sanitari e sociosanitari), che deve essere condiviso e sottoscritto dall'utente e/o dal suo nucleo familiare e dal MMG/PLS dell'assistito;
- Individua il *caregiver*, il *case manager* e il responsabile clinico del caso (cd. Care manager);
- Definisce i tempi e le modalità per la verifica e l'aggiornamento del progetto di assistenza individuale (PAI);
- Verifica periodicamente l'andamento del progetto di assistenza individuale (PAI), al fine di aggiornarlo e/o prorogarlo;
- Procedo alla dimissione protetta, programmata e concordata.

Compito generale dell'UVM è quello di leggere le esigenze dei pazienti con bisogni sanitari e sociali, valutare la complessità e fungere da filtro per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata.

Il Programma di Assistenza Individuale(PAI)

Il *piano di assistenza individuale* è un documento che viene redatto dall'équipe multidisciplinare in collaborazione con i familiari a seguito di un'attenta analisi e di una valutazione dei bisogni identificati e percepiti dalla persona. Esso riporta il problema, l'obiettivo, l'intervento e la data di verifica prevista a medio o lungo termine. Ogni piano di assistenza è un progetto dinamico, continuamente aggiornabile e adattato a tutte le necessità che possono di volta in volta emergere.

I Distretti nell'ambito delle attività di presa in carico dovranno utilizzare il *piano individualizzato* che nasce dalla necessità di porre al centro del sistema sociosanitario integrato l'individuo portatore di bisogni complessi (al tempo stesso di natura sanitaria e sociale), cui non è possibile fornire risposta esaustiva ed efficace attraverso l'erogazione di prestazioni semplici (ancorché articolate in un piano assistenziale).

Ciò implica che non tutte le persone afferenti all'area distrettuale sono eleggibili per un progetto personalizzato (es.: visita specialistica, programma vaccinale, ecc.).

Un piano individualizzato dovrà, in tutti i casi, essere definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) nelle persone le cui condizioni richiedono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riferite alla aree:

- Materno--infantile,
- Anziani,
- Handicap e disabilità,
- Patologie psichiatriche,
- Dipendenza da droga, alcool e farmaci,
- Patologie per infezioni da HIV e patologie cronico--degenerative
- Malati terminale.

Il *Piano Individualizzato* redatto dall'UVM terrà conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

La personalizzazione del piano implica la condivisione degli obiettivi, l'accettazione delle azioni da svolgere e delle modalità d'intervento, la suddivisione del carico economico nonché la responsabilità rispetto ai risultati attesi e le modalità di verifica.

Gli obiettivi dei *Piani Individualizzati* sono la promozione dell'inclusione e del mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità o in condizioni di bisogno sociosanitario.

Al fine di evitare l'instaurarsi di sistemi tendenti a perpetuare le condizioni di marginalità e di esclusione attraverso la istituzionalizzazione sanitaria o sociale e l'assistenzialismo tale obiettivo andrà perseguito attraverso la progressiva trasformazione dei bisogni e relativi interventi sanitari a rilevanza sociale, in bisogni ed interventi sociali a rilevanza sanitaria, privilegiando la domiciliarizzazione degli interventi e la permanenza delle persone utenti nei propri contesti famigliari e comunitari.

Sul piano operativo, è possibile distinguere 4 fasi entro cui si sviluppa un piano individualizzato:

1. Accesso;
2. Valutazione multi professionale e multidimensionale del bisogno;
3. Progetto e relativa spesa;
4. Verifica e valutazioni.

I PDTA per pazienti cronici.

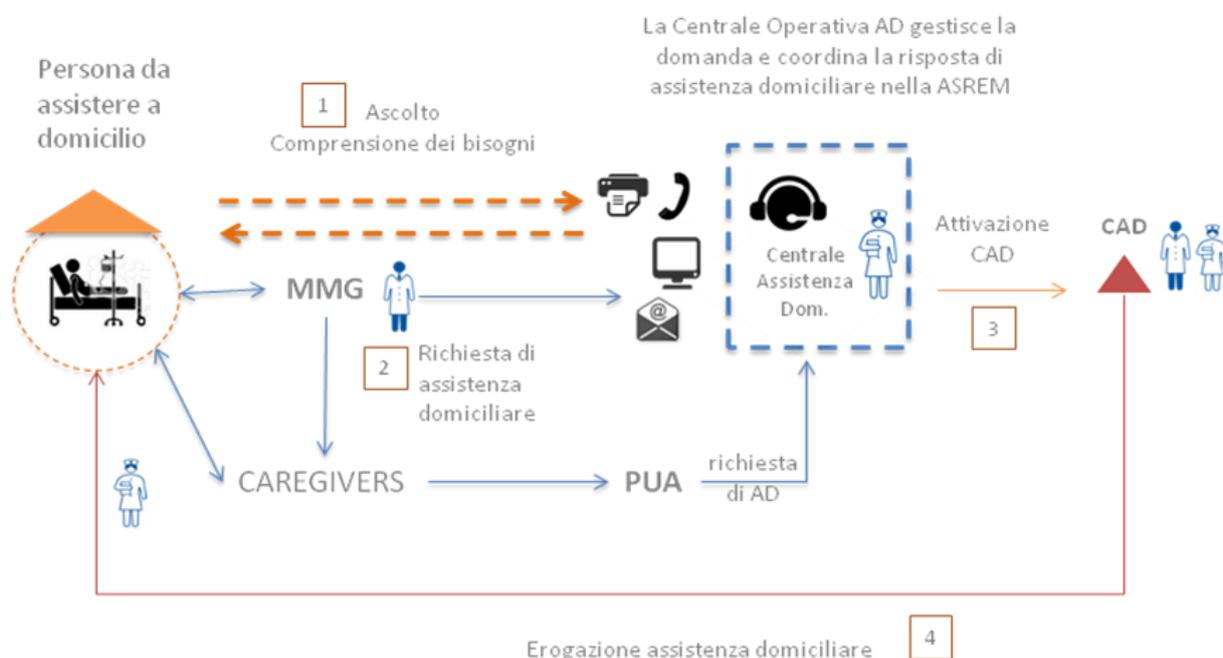
Il fulcro intorno al quale ruotano servizi e risorse umane è rappresentato dai PDTA, lungo i quali si svolgono i servizi sanitari ma anche quelli sociali, ove ci si trovi dinanzi a soggetti che abbiano bisogno di interventi in tal senso, divenendo così il PDTA integrato un Piano di presa in carico globale del paziente che può essere considerato come la base fondamentale su cui costruire il Piano assistenziale individuale.

La definizione di PDTA è riportata nel Piano nazionale per il Governo delle liste di attesa 2010-2012, e nel documento del Ministero della salute – Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali- 2017: "Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero

e/o territoriale che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica”.

Lo scopo dei PDTA è di favorire l'integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, contribuire a diffondere la medicina basata sulle evidenze (EBM), utilizzare in modo congruo le risorse, valutare le prestazioni erogate mediante indicatori e, non ultimo, costituire la base per la costruzione di un modello di gestione del rischio clinico, anche alla luce della recente Legge 24 del 2017. E' lo strumento che meglio risponde alla necessità del cambio di paradigma della sanità, dall'attesa all'iniziativa che mette al centro del sistema i bisogni dei cittadini.

La complessità e la frammentazione dell'attuale offerta di servizi per il paziente complesso necessita di un intervento di ricomposizione e di un orientamento verso forme di gestione proattiva delle patologie croniche e dei bisogni assistenziali delle persone (medicina e assistenza di iniziativa).



I PDTA per i pazienti cronici: scompenso cardiaco, diabete, BPCO e gestione della terapia con anticoagulanti orali sono stati deliberati con i DCA n. 28/2016, con i DCA N. 75 e 76 del 2016, e con il DCA n. 12/2017.

Tali percorsi sono stati condivisi con l'ambito specialistico ospedaliero e territoriale, ai fini di una gestione integrata del paziente. Per il monitoraggio dei percorsi, sono in fase di elaborazione specifici set di indicatori, sia di processo sia di esito.

PDTA Cronici Attivati	DCA di riferimento
<i>Scompenso cardiaco</i>	DCA n. 28 del 19.05.2016
<i>Diabete</i>	DCA n. 75 del 30.12.2016
<i>BPCO</i>	DCA n. 76 del 30.12.2016
<i>Gestione del paziente in terapia con anticoagulanti orali</i>	DCA n. 12 del 24.02.2017
<i>Piaghe da decubito</i>	DCA n. 35 del 27.05.2016
<i>Frattura prossimale del femore nell'anziano. Il percorso preoperatorio</i>	DCA n. 34 del 27.05.2016

12 Coordinamento Regionale delle Reti Territoriali.

E' affidato ad un Coordinamento Regionale all'interno della Direzione Generale per la Salute il ruolo di programmazione, organizzazione, attivazione e verifica del sistema delle Reti Territoriali.

Il Coordinamento Regionale è composto dal Direttore Generale per la Salute della Regione Molise e dai Dirigenti delle strutture regionali interessate alla programmazione delle reti, dai rappresentanti aziendali coinvolti nella fase organizzativa delle reti.

Del Coordinamento fanno parte anche le organizzazioni dei pazienti o comitati di difesa della salute

Tale organismo deve garantire, nel rispetto dei ruoli rappresentati, il governo del sistema e l'integrazione organizzativa e professionale dei professionisti coinvolti.

In tale prospettiva il Coordinamento Regionale delle Reti Territoriali dovrà assumere il compito di:

- Programmare e definire le modalità di gestione dei Servizi di PUA: Porta Unica di Accesso, e UVM, tramite Linee Guida Regionali specifiche;
- Garantire e assicurare le modalità di presa in carico e di continuità assistenziale in tutti gli ambiti territoriali della Regione Molise;
- Validare e monitorare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) per i pazienti cronici, nonché la loro corretta applicazione;
- Implementare la gestione organizzativa e delle raccomandazioni cliniche, definendo e monitorando per ogni Rete, i requisiti, le indicazioni, le modalità operative e i cambi di *setting* assistenziale;
- Diffondere report periodici sul funzionamento delle Reti;
- Definire gli obiettivi formativi professionali per gli operatori sanitari e sociali delle Reti;
- Monitorare i processi e gli esiti dei servizi previsti nell'ambito delle reti territoriali

Il gruppo di Coordinamento individuato nella sua composizione con professionalità regionali, aziendali e cliniche, con il coinvolgimento degli stakeholders, consente di esprimere con chiarezza le interrelazioni tra il livello programmatico regionale (Coordinamento Regionale delle Reti Territoriali) e quello organizzativo-gestionale della Azienda sanitaria Regionale del Molise.



13. Il sistema di monitoraggio delle Reti territoriali.

I sistemi di valutazione delle reti integrate ospedale-territorio e sociosanitarie, devono essere intesi nel significato più ampio del termine e non essere limitati alla sola relazione ospedale-territorio generata dalla dimissione. A riguardo devono essere utilizzati gli indicatori già individuati per il monitoraggio sullo stato di implementazione e sul funzionamento delle reti clinico-assistenziali.

I processi di pianificazione ed erogazione delle cure integrate possono funzionare soltanto con il supporto di sistemi informativi che permettano una pianificazione ed il monitoraggio dei PDTA integrati, delle prestazioni sociosanitarie, la sincronizzazione degli attori coinvolti nei percorsi, il monitoraggio dello svolgimento dei percorsi attraverso strumenti di misurazione adeguati, la condivisione di informazioni indispensabili per valutare la struttura dal punto di vista dei risultati di efficienza e di salute.

Il sistema informativo deve essere interconnesso con le applicazioni regionali, della ASReM, con l'Anagrafe sanitaria (Fonte SOGEI),

i CUP, i sistemi informativi dei MMG, dei medici specialisti territoriali e dei medici ospedalieri, i laboratori e le radiologie, per monitorare i piani di cura dei pazienti cronici ed i relativi PDTA integrati ospedale-territorio.

La regione Molise intende creare anche un collegamento con i dati sulle fragilità sociali per programmare anche interventi sotto il profilo socio assistenziale.

Considerate le potenzialità offerte dai nuovi scenari relativi alla teleassistenza è previsto a livello regionale e in corso di realizzazione un servizio che sperimenti forme di teleassistenza quali: teleconsulto, telediagnosi, teleconsulto specialistico (*second opinion*), telemonitoraggio, telesoccorso e telesorveglianza.

Il Coordinamento di rete ha il compito di monitorare il sistema

Il sistema di monitoraggio deve valutare:

- L'accessibilità ed i tempi di attesa;
- L'assistenza erogata a livello globale ed in ciascun *setting* (e i relativi trend): volumi, esiti, umanizzazione
- La qualità e l'appropriatezza;
- I "percorsi" dei pazienti nei diversi *setting*, con approfondimenti per specifiche patologie traccianti (diabete, scompenso, ipertensione, BPCO,...) ed i relativi contributi specifici erogati da parte dei diversi attori assistenziali che interagiscono nei PDTA integrati;
- La *customer satisfaction* con l'utilizzo di strumenti appropriati;
- Gli esiti;
- La spesa nei diversi *setting*;
- La corretta erogazione dei LEA;

La Regione Molise intende sviluppare un sistema di monitoraggio sui flussi regionali esistenti eventualmente integrati da alcuni flussi nuovi creati ad hoc .

Al fine di disporre di informazioni complete, si prevedono due set di indicatori:

- Il primo set riguarda la descrizione dell'offerta e dell'organizzazione regionale relativa ai Distretti ed alle strutture afferenti ai nuovi *setting* assistenziali;
- Il secondo set di indicatori riguarda l'assistenza erogata in termini di volumi, appropriatezza, spesa.

Gli indicatori saranno determinati sulla base dei flussi informativi già esistenti; ove necessario si proporrà l'integrazione ovvero se ne chiederà l'istituzione.

Indicatori

1. Indice di copertura assistenziale globale:

- a. N. di pazienti 'presi in carico' nelle strutture residenziali territoriali (RSA , UDI, Riabilitazione).

2. Livello (adeguatezza) erogazione assistenza:

- a. ADI:
 - Numero pazienti presi in carico;
 - Ore di assistenza ADI mensili;

b. *Valutazione e monitoraggio dei PDTA* attraverso l'utilizzo degli indicatori previsti da ogni percorso.

3. *Appropriatezza:*

a. Riduzione numero di Ricoveri per Acuti Inappropriati;

b. Riduzione del numero di accessi in Codice Bianco e verde al Pronto Soccorso);

14. La formazione professionale degli operatori delle reti territoriali.

La formazione rappresenta contemporaneamente il presupposto e l'asse strategico fondamentale per far sì che la sanità di iniziativa, modello basato sulla proattività del sistema salute possa essere sperimentata e applicata in modo omogeneo e duraturo sul territorio, come indicato nel documento di recente liquidato dal Tavolo Interregionale sulle "Reti Territoriali" presso AGENAS e inviato per l'approvazione alla Conferenza Stato-Regioni, tavolo a cui ha partecipato la Regione Molise.

L'articolo 5 del Patto per la Salute sancisce che *"per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo"*.

La formazione deve essere rivolta a formare tutte le figure professionali che insistono nell'ambito di un approccio integrato all'assistenza sociosanitaria, a partire dalla formazione di base universitaria e fino alla formazione continua dei professionisti

La formazione deve essere continuativa a partire dall'inizio del percorso formativo specifico per ciascuna figura professionale, e seguire un modello di integrazione multi/inter disciplinare, professionale e tra i livelli di assistenza sanitari e sociosanitari, da sviluppare anche sul campo.

Per ottimizzare l'attività risulta necessario supportare gli operatori attraverso interventi formativi specifici, di tipo integrato e multidisciplinare, per favorire la costruzione gruppi di lavoro che garantiscano omogeneità nelle risposte assistenziali e appropriatezza negli interventi sugli utenti.

La formazione continua deve riguardare il personale che opera nel territorio e che garantisce il livello di assistenza distrettuale ma anche quello ospedaliero, anche in modo integrato prevedendo eventi formativi congiunti per le diverse figure professionali.

La formazione deve coinvolgere tutti gli attori del sistema salute quali i *policy makers*, l'alta e la media dirigenza delle aziende sanitarie compresi i Direttori generali, Sanitari e Amministrativi e i Direttori di Distretto.

La formazione e l'autoformazione rappresentano lo strumento fondamentale per l'implementazione ed il consolidamento delle nuove formule organizzative previste dalla L. 189/2012, AFT (forme di aggregazione mono professionale) e le UCCP (forme di aggregazione multi professionale)

Gli obiettivi generali e di apprendimento sono:

- Garantire un approccio fondato sulla centralità del paziente e l'integrazione dell'assistenza;
- Integrare in chiave multidisciplinare e multi professionale il lavoro degli operatori coinvolti;
- Facilitare la presa in carico dei pazienti fragili e con patologie croniche attraverso l'*empowerment* della persona assistita, il *family learning*, la continuità assistenziale tra i diversi *setting* operativi (ospedale, territorio, domicilio);
- Operare per la condivisione di percorsi clinico-assistenziali tra ospedale e territorio rispetto ai pazienti con patologie croniche;
- Favorire la conoscenza e l'uso periodico e costante del percorso di confronto tra pari attraverso gruppi di discussione e comunità di pratica;
- Approfondire le conoscenze per l'utilizzo dell'ICT (*Information Communication Technology*), e dei presidi/dispositivi *"intelligenti"*;
- Fornire strumenti e metodologie per la valutazione degli interventi ai diversi livelli (singolo professionista, equipe, struttura, sistema).

La Regione Molise intende sviluppare programmi formativi aderenti a quanto suddetto direttamente e tramite le attività formative dell'ASReM.