Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE MOLISE
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n.73 del 20/12/2016
LINEA PROGETTUALE	**1- ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA**
TITOLO DEL PROGETTO	Interventi mirati sull'assistenza primaria nella Regione Molise
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTI	Azienda Sanitaria Regionale del Molise/ Regione Molise

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 2.448.344,00**

INTERVENTO N. 1
Interventi clinici di prevenzione e trattamento del disagio sui minori attraverso la promozione, il sostegno e il recupero delle funzioni genitoriali

CONTESTO	È ormai un dato consolidato che per affrontare le problematiche che riguardano lo sviluppo e il benessere delle persone e dei gruppi sociali sia centrale e prioritario sviluppare in primo luogo **strategie preventive** ovvero porre l'attenzione e fare leva sulla **famiglia, cellula base della comunità**. La famiglia rappresenta infatti un attore centrale nei processi di cura, nel momento in cui svolge fondamentali funzioni a livello genitoriale, parentale o solidale. **Affinché la famiglia possa esercitare al meglio la propria originaria funzione di fattore protettivo, e di componente insostituibile nei processi di cura, va riconosciuta, valorizzata e sostenuta in tutte le diverse fasi del suo ciclo vitale**. Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un progressivo aumento del numero di famiglie multiproblematiche presenti sul nostro territorio e gli operatori che entrano in contatto con tali nuclei familiari riscontrano come i disagi manifestati da tali famiglie assumono caratteristiche sempre più complesse, non più affrontabili secondo le consuete logiche del passato. A causa di questo si è potuto osservare un incremento della domanda di aiuto da parte di singoli e di famiglie in particolari momenti di crisi evidenziando così la necessità di interventi caratterizzati da maggiore agilità nell'individuare i nuovi bisogni e offrire risposte tempestive e innovative. Molti dei fenomeni riportati sono correlati fra loro in una dinamica di mutua dipendenza e per questa ragione richiedono una presa in carico differente dal singolo approccio psicoterapeutico. Ci si riferisce a casi complessi dove l'esito è rappresentato da una frattura nella normale evoluzione del ciclo di vita di una famiglia, in presenza di minori, dove la risposta disfunzionale – patologica - prodotta in termini di strategie di coping, esita inesorabilmente in un diffuso disagio sull'intero nucleo familiare, in particolare sui figli minori. Una specifica analisi del contesto e dei fenomeni ha consentito di rilevare come non sia presente un unico fattore alla base dell'esasperazione delle singole e soggettive situazioni familiari, ma che vi sia un contesto che, suo malgrado, amplifica tale disagio con effetti diversi a breve, medio e lungo termine su tutti i soggetti coinvolti. Il contesto è quello specifico molisano dove il cambiamento culturale ed economico ha inciso sulla strutturazione delle famiglie; impoverite dalla perdita della capacità economica e finanziaria, in un contesto dove il costo della vita ha subito un incremento a scapito della riduzione della progettualità familiare, la riduzione della possibilità di accesso ai servizi e la conseguente diminuzione dei contesti di supporto alle famiglie nelle emergenti fragilità del sistema welfare hanno contribuito a creare nuove fragilità familiari che trovano nei legami e le relazioni un luogo privilegiato di espressione. In altre parole le variabili socio-economiche, la diminuzione della progettualità e l' aumento dei carichi assistenziali (*tre generazioni insieme con minime capacità di sostentamento*) sono associati a maggiore incidenza di disturbi del tono dell'umore, incremento dei casi di suicidio, esasperazione dei conflitti (*quali violenza di genere e intrafamiliare*) e che ha trovato nella progressiva perdita di valori di riferimento - *che fino a pochi anni fa hanno svolto una funzione di supporto durante i vari periodi di crisi* – una combinazione devastante esitando nel contesto familiare. Senza contare il disagio che si amplifica e che spesso trova la sua espressione privilegiata attraverso il malessere dei figli (*dipendenze, comportamenti antisociali, disturbi di personalità*) che non vedono più la possibilità di dare continuità ad un progetto familiare e si trovano esposti in un contesto sociale ugualmente povero e privato della stessa progettualità. E il disagio psichico e relazionale va ad impattare sul sistema welfare che non sempre può rispondere alla domanda complessa e crescente. Questa premessa generale guida la *mission* del progetto, prospettando la assoluta

	necessità di prese in carico orientate ad una **"crisis managment",** andando oltre la presa in carico psicoterapeutica dell'individuo o del sistema famiglia e attivando interventi specifici e progettuali in grado di supportare e riattivare risorse interne ed esterne alle famiglie.
DESCRIZIONE	Laddove è sempre più marcato il fenomeno della rarefazione delle relazioni tra famiglie, connesso a una diffusa difficoltà emergente nelle relazioni interne al nucleo familiare, l'indebolimento dei legami intra e interfamiliari porta inevitabilmente ai servizi nuove e sempre più complesse domande che inducono a specializzare competenze e prestazioni per rispondere in modo più efficace alla molteplicità dei problemi. Proprio per questo, il progetto si pone come obiettivo prioritario l'istituzione di un **Centro Regionale per le Famigli**e, con strutturazione capillare sul territorio, con l'attuazione di **interventi clinici di prevenzione e trattamento del disagio** sui minori, attraverso la **promozione, il sostegno e il recupero delle funzioni genitoriali**, percorsi specifici di presa in carico di casi complessi, così da rispondere in maniera rapida e adeguata alle domande di aiuto attraverso una equipe multispecialistica di psicologi (psicoterapeuti dell'età evolutiva, dell'adolescenza, di coppia, familiari, di psicologi giuridici e neuropsicologi), medici, assistenti sociali e altre professionalità tecniche. L'idea progettuale è quella di rendere tale servizio disponibile e accessibile a tutta l'utenza, in particolare per quelle fasce di utenti che hanno visto impoverirsi e a cui sono precluse molte possibilità di ridurre l'impatto che la crisi ha determinato. Agire rispetto alla complessità delle famiglie multiproblematiche significa: • costruire un progetto che tenga conto dei bisogni (che parta dai bisogni) di ciascun elemento della famiglia; • definire una priorità rispetto ai bisogni dei soggetti più deboli; • costruire un progetto che definisca ed attivi i ruoli di ciascun operatore in relazione ai bisogni dei soggetti. Il Centro Regionale per le famiglie, in forza del proprio posizionamento all'interno della rete delle unità di offerta, esercitando le loro specifiche funzioni in un'area intermedia fra normalità e patologia, fra prevenzione e riparazione può svolgere un importante ruolo di raccordo e mediazione tra servizi di primo accesso - presenti in modo diffuso nel territorio - e i servizi specialistici. Il servizio si propone di consolidare o implementare un reale lavoro di rete con le principali agenzie sul territorio regionale (tribunali, forze dell'ordine, servizi sociali e sanitari) attraverso un percorso clinico di: prevenzione, diagnosi, trattamento. Per <u>prevenzione</u> si intendono tutte quelle azioni volte ad individuare precoci segnali e fattori di rischio (vulnerabilità) e rilevare fattori di protezione, orientati a garantire il superamento delle crisi (adattabilità), riconoscendo la continuità nei percorsi comportamentali, adattivi e disadattivi, che collegano gli aspetti precoci dello sviluppo ai disturbi dell'età adulta. L'ampia letteratura scientifica evidenzia come lo sviluppo di psicopatologie nelle varie fasi dell'intero ciclo di vita non solo risulta collegato a specifici fattori individuali ma rimane collegato alla coincidenza di fattori ambientali (familiari, sociali) stressanti (traumatiche sotto varie forme) che possono concorrere, facilitare, generare risposte disadattive ed esitare in quadri conclamati di vere forme psicopatologiche nelle fasi successive. Fattori ambientali che, allo stesso tempo possono rappresentare fattore di protezione rispetto all'attivazione di capacità di resilienza, a patto che vengano precocemente individuate e attivate. Operare attraverso una precoce individuazione di forme di disagio nelle principali tappe della vita, vuol dire attivare percorsi di ri-conoscimento dei primi segnali di allarme, nei vari contesti dove questi si manifestano, riconoscendone la "eccezionalità" rispetto ad una normale risposta fisiologica ad eventi stressanti o traumatici. Prevenzione dunque come attivazione di tutti i fattori protettivi individuabili attraverso un processo diagnostico sistemico, che includa:

- Diagnosi precoce di sintomi aspecifici quali fattori di rischio per lo sviluppo di psicopatologia nelle immediate fasi successive;
- Diagnosi precoce di psicopatologia nelle varie fasi del ciclo di vita
- Diagnosi relazionale sistemica, orientata a inserire il disagio espresso dall'individuo in una cornice di relazioni, interazioni e di eventi.

L'inquadramento diagnostico sistemico, volto a fornire una circolarità di eventi e fattori individuali che concausano e alimentano l'insorgenza o il mantenimento di vere forme di psicopatologia, diventa essenziale rispetto alla formulazione di un progetto terapeutico specifico e mirato, destinato non solo a chi esprime una conclamata sintomatologia o un comportamento altamente disfunzionale e disadattivo, ma all'intero sistema dove l'evento critico si è generato e la risposta individuale si è manifestata.

Requisiti strutturali

Il Centro avrà sede centrale a Campobasso e sarà coordinato da un Responsabile Scientifico del Progetto individuato dalla ASReM, con comprovata esperienza in servizi consultoriali.

Saranno previste sedi periferiche sul territorio da individuare

Ogni sede periferica potrà avere come referente un componente del locale Consultorio (ove presente) che sarà parte dell'equipe multidisciplinare individuata nella sede centrale del Centro a Campobasso. L'equipe individua modalità organizzative di erogazione dei servizi in tutte le sedi.

Interventi e trattamento

Ritenendo quale via preferenziale per la tutela dei minori a rischio psicopatologico, abuso e maltrattamento **la tutela delle famiglie** a rischio psicopatologico, il processo terapeutico individuerà una circolarità di interventi clinici attraverso una presa in carico sistemica attivando:

- Psicoterapia individuale dell'età evolutiva e dell'adolescenza
- Psicoterapia individuale (adulti)
- Psicoterapia familiare (sostegno alle funzioni genitoriali)
- Interventi psico-educativi a sostegno di specifiche azioni adattive
- Mediazione dei conflitti intra e intergenerazionali
- Terapia farmacologica
- Attivazione e promozione di reti sociali ed extrafamiliari

Servizi

Per servizi si intende sia quelli rivolti alla cittadinanza, sia quelli destinati ai servizi e agli enti (Tribunali, Forze dell'Ordine, servizi socio-sanitari, scuole) che per ruolo e competenza si trovano ad accogliere una domanda di aiuto in un particolare momento di crisi familiare.

Azioni specifiche:

- Interventi di diagnosi relazionale e osservazione delle relazioni genitoriali e familiari
- Interventi di mediazione e psicoterapia familiare
- Interventi di valutazione e promozione delle competenze genitoriali
- Ascolti protetti di minori
- Progettazione di interventi clinici sui singoli casi

Destinatari:

- Famiglie
- Genitori
- Minori
- Agenzie sul territorio (Tribunali, Servizi sociali, forze dell'Ordine, ecc.)

	Requisiti organizzativi Il Centro opera attraverso una equipe multispecialistica composta da: Psicologi Medici specialisti (Psichiatra) Psicoterapeuti (dell'età evolutiva e dell'adolescenza, della famiglia, della coppia) Neuropsicologi clinici Mediatori sistemici Assistenti sociali Psicopedagogisti **Strumenti e metodi:** – Psicodiagnosi con test psicologici – Interventi clinici sul disagio individuale e familiare (psicoterapia) – Ascolto protetto per minori in spazi neutri – Interventi specifici afferenti all'area della psicologia giuridica – Definizione di progetti di intervento e monitoraggio di tutte le fasi **Modalità di accesso degli utenti.** Il modello organizzativo dovrà prevedere che il Centro regionale, nella sua sede centrale di Campobasso, dovrà essere aperto al pubblico possibilmente tutti i giorni della settimana, con orari di apertura alternati (dalle 8 alle 13 e dalle 14 alle 19) . Durante il giorno dovrà essere sempre attivo un servizio di accoglienza telefonica e online della domanda. L'accesso al centro da parte dell'utenza dovrà avvenire entro o non oltre le 48 ore successive alla richiesta. Sarà attivo un servizio per la regolamentazione degli accessi dell'utenza agli ambulatori con conseguente organizzazione delle agende di prenotazione attraverso un servizio di segreteria interno. **Requisiti informativi/informatici** Il Centro e le unità sul territorio dovranno essere dotati di strumentazione informatica collegata in rete, con i presidi distrettuali e con le strutture della Azienda. In particolare il sistema informativo dovrà prevedere: - l'informatizzazione del fascicolo clinico del paziente/famiglia; - la messa in rete di tutti i pc, rendendo possibile la consultazione reciproca degli archivi tra tutti gli operatori coinvolti; - il collegamento con il CUP per eventuali prenotazioni; Inoltre: - collegamenti telefonici - Sito web di facile accesso con possibilità di contatto via mail, faq, - descrizione analitica dei servizi e delle modalità di accesso, nonché trasparenza su procedure, risorse professionali, ecc..
OBIETTIVI	*Mission* del centro è l' istituzione e l'integrazione di una rete di servizi e interventi clinici rivolti a soggetti fragili e alle famiglie in difficoltà, in condizioni critiche ed emergenziali, che non trova nelle proprie risorse risposte funzionali al superamento del disagio.

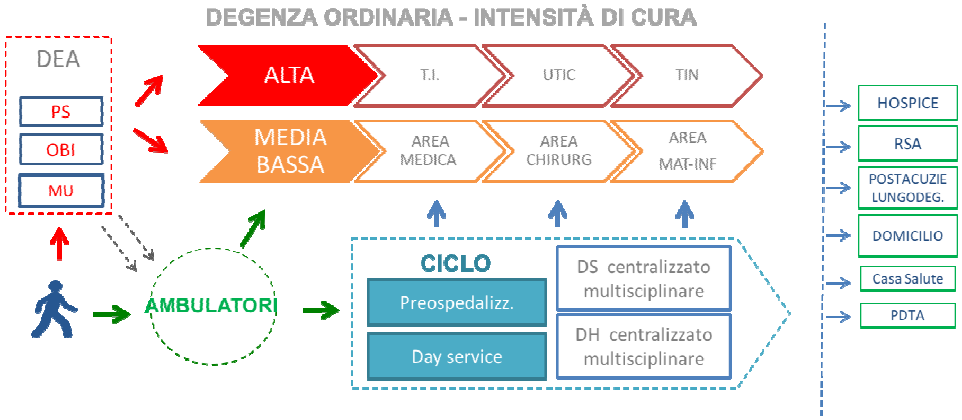
	Il progetto ha l'obiettivo di potenziare e migliorare il sistema delle pratiche di: – **protezione e cura dell'infanzia e dell'adolescenza,** coinvolta in situazioni di rischio , anche psicopatologico; – **protezione e sostegno della famiglia in situazioni di crisi emergenziale,** attraverso l'attivazione di un sistema di interventi (preventivi, diagnostici e terapeutici) multispecialistici, a supporto e integrazione delle istituzioni e servizi del territorio molisano. Gli interventi saranno finalizzati a svolgere una funzione di accoglienza, ascolto, supporto e accompagnamento alla coppia, alla famiglia e ai suoi componenti nel corso del intero ciclo di vita. Questi interventi saranno inoltre orientati a favorire l'incontro tra domanda e offerta per intercettare i bisogni in modo attivo, promuovere azioni proattive che intervengano in maniera preventiva, favorendo strategie che consentano di restituire protagonismo ai soggetti e alle famiglie nel ricercare le soluzioni ai problemi, superando logiche assistenziali nell'erogazione dei servizi. Ci si attende di ottenere interessanti ricadute a più livelli. In particolare: - un incremento della capacità della rete dei servizi, di rilevare i bisogni e le risorse dei diversi contesti, di *leggere* le domande delle famiglie, oltre che di valorizzare il loro potenziale in termini di attivazione nei confronti dei propri problemi e in termini di protagonismo sociale - un progressivo superamento della condizione di frammentazione e di disomogenea capacità di risposta del territorio, attraverso un più dinamico sistema di raccordi fra servizi, lo scambio e la diffusione di buone prassi e favorendo un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse, con una maggiore equità territoriale, assicurando su tutto il territorio di riferimento livelli garantiti di intervento; **Obiettivi specifici** All'interno degli obiettivi generali se ne individuano altri, specifici, che richiedono risposte altamente specializzare e specie-specifiche. Il Centro si rivolge anche alle famiglie *che nel corso della crisi incontrano la Giustizia a cui delegano la ricerca di una soluzione*, per fornire un apporto di conoscenze sulle questioni psicoaffettive riguardanti i rapporti familiari. Il centro si propone di lavorare a stretto contatto con gli operatori della giustizia e dei Servizi Sociali per affrontare i problemi posti dagli utenti, sfruttando le sinergie prodotte dall'incontro tra le rispettive competenze.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	• Milestone 1: nel corso dei primi 2 mesi del progetto verrà allestito il Centro di riferimento regionale nella sede centrale di Campobasso, verranno definiti ruoli e funzioni, verranno implementati i protocolli di valutazione e intervento. Qualora necessario, verranno attivati specifici protocolli formativi per il personale afferente al Centro. • Milestone 2: nel corso dei 2 mesi successivi verranno individuati i referenti sul territorio (afferenti ai locali consultori ove presenti) e verranno allestite le sedi ove opererà il nucleo territoriale di intervento (composto dal referente locale e specialisti parte dell'equipe centrale) secondo tempi e modi definiti dall'equipe; verrà data ampia pubblicizzazione alle attività del centro (conferenza stampa, convegno di presentazione, attività di promozione e informazione sul territorio -Tribunali, forze dell'Ordine , servizi sociali, ecc…-). Creazione di un sito internet all'interno del portale della Asrem. • Milestone 3: dal quarto mese in poi le attività del centro entreranno a regime. Verranno individuati sistemi di monitoraggio degli interventi e dei processi con possibilità di ridefinizione delle prassi; verranno individuate forme di valutazione di appropriatezza e gradimento delle prestazioni (customer satisfaction) verranno prodotte e rese pubbliche relazioni trimestrali; il centro avrà cura di implementare una banca dati dei fenomeni

	rilevati e degli interventi attuati, utile a definire una precisa mappatura dei servizi offerti e dei disagi individuati.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	• Numero di specialisti coinvolti • Numero di prese in carico familiari attivate • Numero di interventi in rete con principali agenzie sul territorio (Servizi sanitari, servizi sociali, Tribunali, scuole, ecc…) • Totale popolazione famiglie interessate • Numero di accessi quotidiani (domanda) • Numero e tipo di eventi informativi all'utenza Il progetto sperimentale si svilupperà in modo equilibrato e coerente con il piano economico finanziario preventivo; questo consentirà di valorizzare le potenzialità di un lavoro in rete fra le varie unità afferenti al Centro così da potersi avvalere di competenze specifiche e della capacità di sviluppare il massimo livello di prossimità e di capacità di supporto alle famiglie, attivabili da tutte le sedi operative del centro, pur rimanendo in capo all'unità centrale per l'attuazione del progetto la responsabilità e la referenza per tutte le funzioni di coordinamento, gestione organizzativa e rendicontazione degli interventi. Tutte le unità e le professionalità afferenti al Centro si impegneranno a sviluppare in modo coordinato un sistema di misurazione e valutazione dei processi e degli out-come in modo che le pratiche sperimentate e gli orientamenti che le hanno guidate possano essere eventualmente assunti dai policy maker ai vari livelli come riferimenti per una revisione dell'identità dei servizi . Al fine quindi di rendere intelligibile le modalità di gestione, verificare i risultati raggiunti e validare le azioni risultate efficaci, si provvederà a individuare le modalità di monitoraggio, rendicontazione e valutazione più idonee. Il percorso di valutazione sarà scandito in riferimento a due momenti principali di restituzione: una prima restituzione dei dati di monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti, oltre che di rendicontazione dell'uso delle risorse impiegate a metà percorso, ed una finale restituzione della valutazione dei risultati raggiunti, validazione dei processi messi in campo e delle metodologie impiegate e verifica della loro sostenibilità economica, oltre che rendicontazione complessiva degli interventi effettuati e delle risorse impiegate.
RISULTATI ATTESI	• Divenire punto di riferimento nel tempo per le famiglie molisane in situazioni di stress o crisi emergenziale • Divenire punto di riferimento per le istituzioni che a vario titolo interfacciano con le crisi familiari/individuali (tribunali, forze dell'Ordine, scuole, servizi sanitari, servizi sociali, ecc..) • Contribuire alla creazione di una cultura della promozione e della tutela delle relazioni familiari come strumento cardine per la riduzione del disagio psichico individuale nel breve, medio e lungo periodo; • Integrare i propri interventi con quelli posti in essere dai vari servizi sui singoli individui componenti il singolo nucleo familiare, così da rendere efficace il lavoro di rete riduzione della mobilità passiva della popolazione interessata all'intervento di prevenzione

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 1

DESCRIZIONE	**IMPORTO**
Personale a contratto	€ 40.000,00
Acquisto Servizi/Convenzione	€ 300.000,00
Creazione sito WEB e manutenzione sistema informativo	€ 30.000,00
Apparecchiature e materiale vario	€ 10.000,00
Formazione del personale	€ 10.000,00
TOTALE	**€ 390.000,00**

INTERVENTO N. 2
Progetto di riorganizzazione degli ospedali molisani secondo il modello per intensità di cura.

CONTESTO	I Programmi Operativi Straordinari 2015-2018 prevedono il superamento delle UUOO di ricovero per specialità mediante un'organizzazione per Area assistenziale ad intensità di cura per acuti (medicina, chirurgia, area critica, materno infantile) e la creazione di moduli polispecialistici di DH medico e chirurgico. Il Patto della Salute 2014-2016 approvato dalla Conferenza permanente Stato-Regioni l'8 agosto 2014 prevede tra gli obiettivi da perseguire nel triennio di vigenza dello stesso quello dell'umanizzazione delle cure (art. 4: nel rispetto della centralità delle persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le regioni e le provincie autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza). Il Decreto 2 aprile 2015 , n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, entrato in vigore il 19 giugno 2015, definisce i criteri in base ai quali le Regioni devono procedere, entro il triennio di attuazione del Patto per la salute 2014-2016, alla riorganizzazione della loro rete ospedaliera. Tra gli adempimenti previsti compare quello di "assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda di ricovero, dando specifica rilevanza alle urgenze ed emergenze provenienti dal pronto soccorso".
DESCRIZIONE	Sulla base delle indicazioni normative, la riorganizzazione degli ospedali secondo il modello per intensità di cure presuppone che questi si configurino come luogo di ricovero per le acuzie, collocandosi all'interno di una rete di continuità delle cure **differenziato secondo diversi livelli di intensità**, **basato sull'integrazione dei servizi e delle diverse competenze**, **organizzato per processi, basato** sulla **presa in carico**, **orientato** all'**appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure**. Per tale ragione i PO di Campobasso, di Isernia, di Termoli dovranno migliorare la propria capacità di risposta assicurando il livello di intensità assistenziale richiesto dallo stato di salute delle persone assistite (progressive care) e nell'ottica della continuità assistenziale, perseguendo una maggiore efficienza, appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure. In tale contesto gli Ospedali saranno riorganizzati secondo differenti livelli di intensità assistenziale al fine di garantire un'appropriata e tempestiva gestione della fase acuta di malattia e con successivo riaffidamento del Cittadino al tessuto territoriale per il proseguo delle cure in una logica di integrazione efficace ed efficiente con i servizi territoriali.  **Figura 1- assetto organizzativo dell'ospedale per intensità di cura** Ogni Ospedale sarà pertanto riorganizzato per aree di degenza, multispecialistiche, graduate rispetto all'intensità di cura ed articolate come di seguito riportato: 1) Aree orientate ad interventi rapidi ad elevata complessità ed intensività 2) Aree orientate a media e bassa intensità di cure 3) Aree orientate alle sole degenze diurne

LE DIMENSIONI DELL'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURE (OIC)

1) **Centralità della persona:** l'ospedale per intensità di cure è costruito sulla centralità del cittadino e sui suoi bisogni di salute. Accoglienza, ascolto, trasparenza, comunicazione, rispetto della privacy, assicurazione del sollievo dal dolore.
2) **Appropriatezza delle cure:** corretta assegnazione del Cittadino alla intensità di cura necessaria al bisogno di salute ed eventuale riaffidamento al territorio o trasferimento in post-acuzie
3) **Organizzazione, efficacia, efficienza:** superamento del modello gestionale per funzioni e per specialità. Applicazione di un modello assistenziale per aree omogenee e clinico di tipo dipartimentale clinico per la valorizzazione delle competenze.
4) **Continuità assistenziale ed interazione con gli stakeholders**: stretta collaborazione con i Medici Di Medicina Generale / PLS e con le Case della Salute
5) **Sicurezza delle cure:** progettazione di percorsi atti ad assicurare la qualità delle cure e a comprimere i relativi rischi connessi alle prestazioni erogate.

IL LAYOUT ORGANIZZATIVO DELL'OIC

L'OIC supera l'organizzazione statica dell'organizzazione specialistica, della gerarchizzazione intesa come mancanza di resilienza e della ridondanza delle attività.
Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi la similarità dei bisogni e dell'intensità di cure richieste piuttosto che la contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica.
La riorganizzazione del sistema ospedale secondo la logica dell'intensità di cura presuppone la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo:

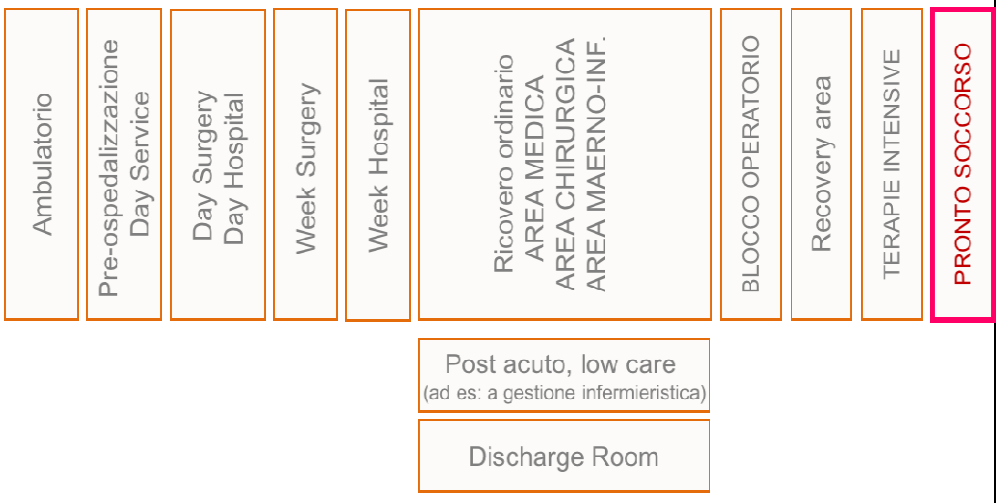
- durata della degenza
- regime di ricovero
- intensità delle cure
- modalità assistenziali

L'organizzazione delle cure ospedaliere per intensità di cura prevede che non debba essere il paziente a spostarsi ma siano gli specialisti, i professionisti a ruotare intorno alla persona assistita anche avvalendosi di percorsi che tesi ad ottimizzare i processi di cure. Quest'ultima ricoverata nelle piattaforme assistenziali viene seguita dal punto di vista clinico, dunque, dal medico tutor e dagli specialisti necessari al suo percorso di cura.

ASSET PRODUTTIVI E OPERATION MANAGEMENT

L'assetto dell'OIC ha come presupposti:

1. l'individuazione di Aree produttive (ASSET PRODUTTIVI) con l'obiettivo di massimizzare l'utilizzo della capacità produttiva delle diverse unità produttive (sale operatorie, aree di degenza, servizi, ecc.), ottimizzando allo stesso tempo i carichi di lavoro del personale;

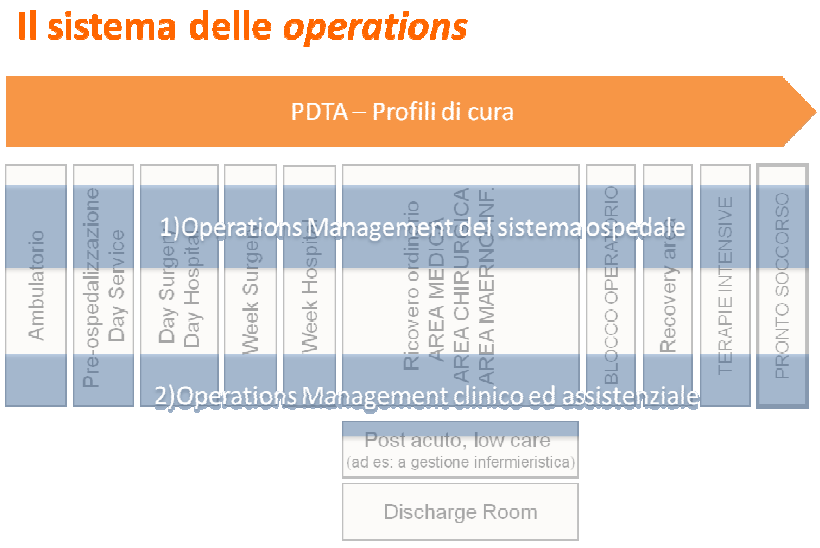


2. La revisione complessiva e la ridefinizione dei meccanismi che sottendono al funzionamento dei processi di produzione ospedaliera (sanitari e non), saranno realizzati secondo la prospettiva dell'**Operations Management (OM)**. Tali processi di produzione devono essere preposti alla realizzazione di risultati omogenei e trasversali (Davies,Walley, 2000), mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività di supporto sia sanitarie sia non sanitarie secondo il paradigma "input-processi-output-outcome" (Chase et al, 2004; Visser, Beach, 2005; Cardoen et al, 2010). La logica dell'OM non entra nel merito delle scelte di tipo clinico, ma si focalizza sulle attività a supporto dell'erogazione dell'intero processo clinico-assistenziale, si concentra cioè sull'assetto tecnico-logistico dell'ospedale, sulla reingegnerazione dei processi di supporto nell'ottica del paziente, con particolare riferimento all'ottimizzazione:

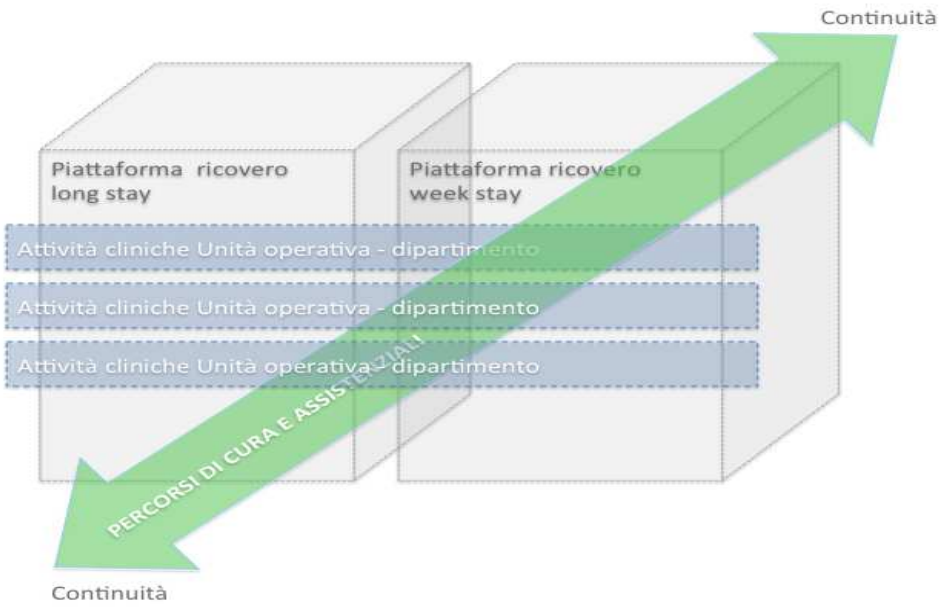
- **della produttività dei diversi *asset*** con l'obiettivo di ottimizzare le risorse "**collo di bottiglia**" (quali: posti letti, sale operatorie, spazi ambulatoriali, ecc.) attraverso, ad esempio:
  - il coordinamento della fase di pre-ricovero con la successiva gestione della lista operatoria;
  - la programmazione del blocco operatorio;
  - il coordinamento tra i flussi dei pazienti in elezione e i pazienti urgenti;
  - la programmazione delle dimissioni e la gestione del post-acuto.
- **della logistica del paziente (*patient flow*)** con l'obiettivo di ottimizzare la gestione dei flussi di pazienti all'interno della struttura ospedaliera dal momento di primo accesso sino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acuto, passando dal concetto di "massima capacità produttiva" delle singole unità produttive all'ottimizzazione dei flussi lungo tutta la catena produttiva;
- **della gestione degli approvvigionamenti (*supply chain management*)** con l'obiettivo di assicurare un efficiente, appropriato e tempestivo flusso di beni e servizi verso i processi di trasformazione.

La prospettiva dell'OM prevede dunque una chiara distinzione tra:

- **la funzione di governo del sistema delle aree produttive dell'ospedale** (posti letto, slot di sala operatoria, servizi ambulatoriali, processi/percorsi organizzativi e gestionali di supporto) propria dell'Asset Management strategico, ovvero della Direzione Medica di Presidio, la quale opera al riguardo in modo congiunto ed integrato in collaborazione con Direzione Assistenziale. La gestione operativa delle singole suddette aree produttive e della logistica del paziente (patient flow), gestione dell'approvvigionamento dei beni e servizi è affidata ai coordinatori assistenziali (con funzioni asset manager a livello operativo);
- **la funzione di governo dei processi primari (clinico-assistenziali)** la cui funzione diagnostica e clinica è di precipua responsabilità del personale medico delle diverse UU.OO., e la funzione assistenziale è propria del personale infermieristico.



La riorganizzazione dell'OIC vede dunque nel superamento della logica divisionale. Le unità operative che non governano più spazi e posti letto, ma la gestione delle competenze professionali (knowledge management) e percorsi clinici. I posti letto confluiscono invece in piattaforme di ricovero per intensità di cure governati in un logica di processo dall'asset manager (coordinatore infermieristico) [vedi figura seguente]



L'ORGANIZZAZIONE DELLE AREE DI RICOVERO SECONDO IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA

Le aree di degenza sono riorganizzate per intensità di cure mediante piattaforme di ricovero funzionali per aree omogenee e multidisciplinari, superando in questo modo l'organizzazione statica dell'organizzazione specialistica, nonché lo stesso modello di allocazione e gestione delle risorse strutturali centrato sulle specialità cliniche e sulle unità organizzative a confini rigidi, le quali risultano inefficienti da un punto di vista produttivo e, in alcuni casi, anche inadatte a garantire le integrazioni clinico – professionali sperate.

L'asset management dei posti letto funzionali per aree omogenee prevede una articolazione assistenziale in moduli ad alta, bassa -media intensità di cure.

I criteri di accesso del paziente ai diversi livelli di intensità di cura sono:

- Condizione clinica del paziente rilevata al momento del ricovero
- Necessità e tipologia di monitoraggio delle funzioni vitali
- Impegno assistenziale necessario per evitare l'insorgere di complicanze

Al fine di definire il livello di assistenza infermieristica di cui necessitano i pazienti, devono essere utilizzati criteri e strumenti operativi (cartella del paziente, scale di valutazione, ecc.) chiari e condivisi per rendere operativo concetto di "complessità assistenziale" (valutazione dei pazienti basata su l'Early Warning Score + Indice di Dipendenza Assistenziale – IDA) e la conseguente allocazione dei pazienti nel setting assistenziale appropriato (vedi figura successiva).
Il modello dell'assistenza è tipo modulare (modular-nursing) secondo la logica del "Primary Care". disegnato in modo tale da spostare, laddove appropriato, il paziente verso aree di assistenza a minore livello di intensità e a minore consumo di risorse.
Le persone assistite vengono assegnate ad un'equipe assistenziale (nucleo assistenziale: composto da 1 infermiere + 1 Operatore sociosanitario o da 2 infermieri) con un rapporto di 10 (max 12) pazienti per ogni equipe assistenziale.

Livello di intensità assistenziale:	
INTENSIVO	Paziente instabile (dipendenza da presidi tecnologici) ad alto rischio di complicanze
ALTA	Paziente clinicamente instabile che richiede il monitoraggio costante dei PV e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche ci elevata complessità (definita dal rischio di complicanze)
MEDIA	Paziente clinicamente stabile che non richiede il monitoraggio costante dei PV e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche di media complessità (definita dal rischio di complicanze)
BASSA	Paziente clinicamente stabile che non richiede il monitoraggio costante dei PV e in cui sono prevalenti le attività infermieristiche di base

DRIVER DI TRASFORMAZIONE DELLE PIATTAFORME PRODUTTIVE DI RICOVERO

Gli elementi di trasformazione delle piattaforme produttive di ricovero riguardano:

a) la separazione dei percorsi di emergenza/urgenza dal programmato/elezione
b) la degenza attesa (week hospital e week surgery);
c) il raggruppamento omogeneo dei pazienti in base ai bisogni omogenei (ad es: pazienti fragili, post chirurgici, ortogeriatrici, etc)

a) SEPARAZIONE DEI PERCORSI EMERGENZA/ELEZIONE

Il Pronto Soccorso deve assicurare:

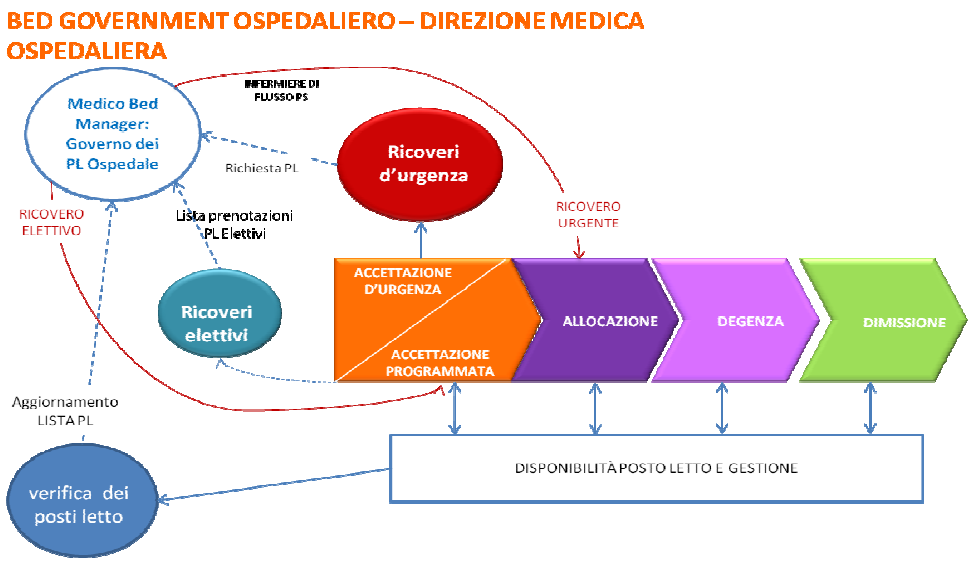
- valutazione del paziente da ricoverare subito (codice rosso e codici gialli)
- inserimento del paziente nel percorso ambulatoriale protetto (codici a bassa priorità)
- diagnosi e preparazione dei pazienti giunti in PS e destinati percorso chirurgico e traumatologico urgente non differibile (ad es: frattura del collo femore, ecc.)
- percorso ambulatoriale protetto per il paziente che è candidato ad un ricovero differibile o ad un percorso diagnostico – terapeutico ambulatoriale,

In quest'ottica devono essere organizzati:

1) **Percorso Outpatient:** il paziente che **non necessita di ricovero** e che valutato il codice di gravità **non necessita** di prestazioni tipiche del pronto soccorso: prima visita, sutura, ecg, o, in caso di criticità stabilizzazione e breve osservazione (max 48 ore), con acquisto di prestazioni di diagnostiche e consulenze dai dipartimenti preposti.
2) **Percorso Inpatient:** il paziente da ricoverare nelle aree di medicina d'urgenza e chirurgia/traumatologia, in quest'ultimo percorso il PS eroga le attività propedeutiche all'intervento chirurgico quali la consulenza anestesiologica volta alla definizione della classe ASA, eventuali esami necessari alla preparazione del paziente all'intervento.

La **gestione delle operations correlate ai percorsi di outpatient e di outpatient** possono essere **affidate a figure infermieristiche di care management e di flusso**.

L'**infermiere di flusso è un infermiere "care manager"** che opera sulle 12 ore e con postazione di lavoro c/o il PS e che si occupa del flusso–paziente PS-Degenze (bed manager operativo). Facilita il flusso paziente dal PS alle piattaforme di ricovero ospedaliere (coordinatori Infermieristici che hanno funzioni di Bed Management interno delle aree di ricovero) verificando i posti letto disponibili, assicurando il trasferimento ed agendo (a supporto del Bed Manager medico di ospedale – Direzione Medica PO) per rimuovere eventuali blocchi al flusso regolare: PS-Degenze-Dimissioni.



Nello specifico:

Flusso-paziente interno

- Verifica la lista dei pazienti in PS in attesa di posti letto
- Verifica la disponibilità dei posti letto disponibili nelle piattaforme di degenza del PO tre volte al giorno.
- Organizza e gestisce il trasferimento dei pazienti presso le piattaforme di degenza del PO appena il posto letto è dichiarato libero. Secondo il protocollo ricoveri, entro 30' dalla dimissione l'area di degenza deve dichiarare la disponibilità del posto letto registrando la disponibilità nell'ADT. Tale attività richiede un costante monitoraggio da parte dell'infermiere care manager di "flusso" al fine di evitare ritardi nella comunicazione e nel flusso regolare dei pazienti Ps-degenze.
- Verifica, nella lista dei pazienti in attesa di ricovero, la presenza di casi di difficile dimissione attivando eventualmente entro 48 ore gli Infermieri "di percorso" (infermieri *Care-Manager)* di piattaforma e le assistenti sociali per la presa in carico precoce; le Assistenti sociali assicurano la presa in carico dei suddetti pazienti per le rispettive competenze.

Flusso-paziente verso l'esterno

- Verifica la lista dei pazienti in attesa di trasferimento presso altre strutture sulla base dell'attesa PL stabilita nel Protocollo ricoveri (da realizzare)
- Organizza il trasferimento dei pazienti presso altri Istituti di Ricovero

b) DEGENZA ATTESA

Le **aree di ricovero** (mediche, chirurgiche, materno-infantili) sono riorganizzate **in base alla durata di degenza attesa dei pazienti**:

- **Aree di ricovero long-stay:** i pazienti per cui si prevede una durata del ricovero superiore ai cinque giorni vengono collocati in aree di degenza di ricovero ordinario in cui sono collocati pazienti provenienti da percorso dell'emergenza-urgenza e dal percorso elettivo;
- **Aree di ricovero week-stay:** I pazienti per cui si prevede una durata del ricovero inferiore ai cinque giorni vengono collocati in aree di degenza dedicate, che sono chiuse dal venerdì sera al lunedì mattina. Appartengono a questo tipo di modello della week-surgery, riguardante i pazienti chirurgici, e quello della week hospital per la casistica medica; la durata delle degenze nell'ospedale per intensità di cure è caratterizzata dal prevalere del modello week rispetto al modello long in quanto i percorsi diagnostici terapeutici sono progettati per un efficace e precoce riaffidamento della Persona alla rete assistenziale territoriale.

I ricoveri elettivi di chirurgia di tipo long e di tipo week sono selezionati sulla base liste di attesa per tipologia di intervento (degenza prevista) e per classe di priorità chirurgica. Un congruo coordinamento tra la preospedalizzazione, la sala operatoria e le degenze chirurgiche è essenziale

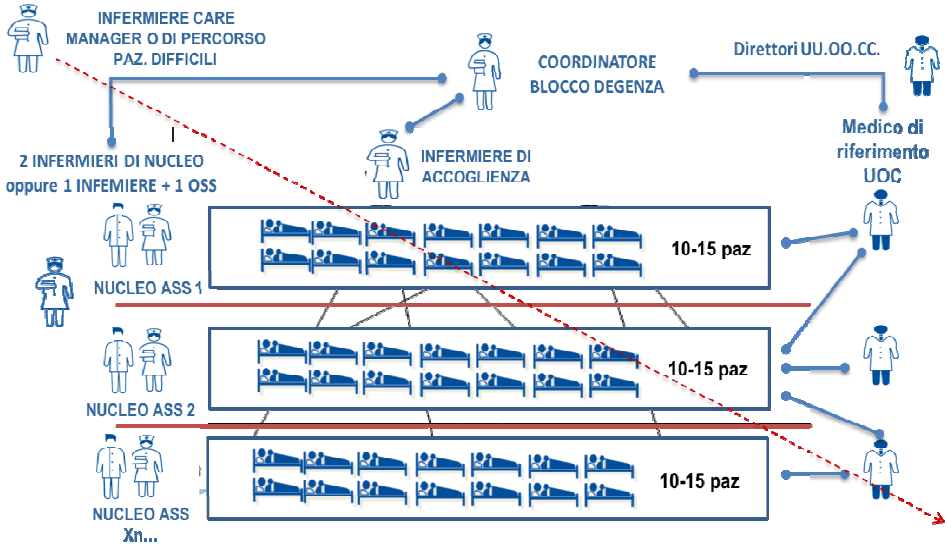
La **funzione di programmazione del percorso di ricovero chirurgico elettivo** prevede:

- Accettazione e preospedalizzazione centralizzata, linea di attività affidata alla responsabilità organizzativa del coordinatore infermieristico già assegnato.
- Gestione degli slot di sala operatoria in base alle presenze sui posti letto (medical or surgery slot/ bed government) affidato alla responsabilità dei seguenti coordinatori infermieristici: blocco operatorio, area week e area long (sia medica sia chirurgica). Le liste operatorie opportunamente formulate insieme con la Direzione del dipartimento chirurgico/ UOC chirurgiche devono essere validate dalla Direzione Medica.

c) RAGGRUPPAMENTO OMOGENEO DEI PAZIENTI IN BASE AI BISOGNI OMOGENEI IN RELAZIONE AL RICOVERO PROGRAMMATO LONG O WEEK.

I coordinatori di week e long provvedono all'assegnazione dei nuovi casi di ricovero ai diversi nuclei assistenziali, nonché a:

- briefing/debriefing con il personale sulla gestione degli assistiti;
- attività di Bed Management garantendo insieme con i Direttori UOC la disponibilità giornaliera dei posti letto attesi dal Pronto Soccorso per le esigenze di ricovero dell'ospedale

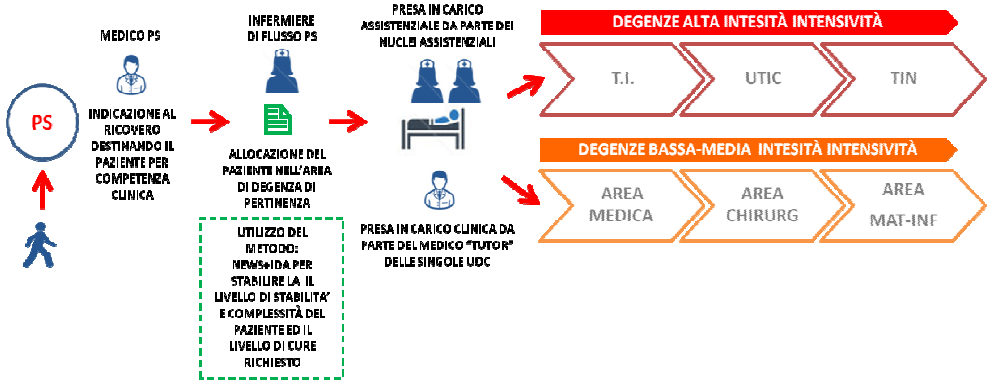


A supporto dei processi di accettazione/dimissione e di monitoraggio dello stato del percorso di ricovero è preposto una figura infermieristica dedicata (infermiere di accoglienza), la quale, su pannelli (elettronici o cartacei – strumenti di visual management):

- aggiorna 2 volte/die la situazione dell'occupazione dei letti dell'area degenza mediante rilevazioni sul campo in modo da monitorare il percorso clinico-assistenziale del paziente che accede al NA sin dal primo giorno in reparto
- verifica la situazione in tempo reale dello stato di occupazione (posti letto) della piattaforma assistenziale
- focalizza l'attenzione dell'equipe sul processo di dimissione velocizzando al massimo tutti i passaggi della "catena": le dimissioni e i ricoveri da PS

L'organizzazione delle piattaforme secondo il modello per intensità di cura, valorizza la responsabilità di ogni professionista nel processo di cura:

- **il percorso clinico, che resta in capo all'unità operativa di riferimento, prevede** l'individuazione da parte del Direttore/responsabile di UO di **un medico tutor** che prende in carico la persona assistita garantendo l'appropriatezza delle cure correlate al bisogno di salute che ne ha comportato l'accesso in ospedale. Il medico tutor all'atto della presa in carico verifica la tipologia di percorso del paziente in accesso programmato e dunque i relativi tempi di degenza. Similarmente per i pazienti giunti da PS il medico tutor identifica il/i problema/i attivi correlati al ricovero in emergenza urgenza e definisce per tali problemi un piano di cura con identificazione della presunta data di dimissione o affidamento alle cure in regime di continuità assistenziale. Questi dati devono essere presenti in cartella e sugli strumenti di visual management (tabellone di piattaforma). Il medico tutor il giorno prima della data presunta di dimissione prepara la documentazione clinica necessaria alla dimissione affinché il paziente entro le ore 10 del mattino possa lasciare la piattaforma spostandosi nella area dimessi (Discharge room) al fine di poter attendere i parenti per il rientro a domicilio. Le dimissioni devono avvenire anche di sabato e domenica e necessariamente entro le ore 10 di mattina al fine di rendere disponibili posti letto al Pronto Soccorso. Al riguardo ogni ospedale deve definire un apposito protocollo ricoveri ed il relativo fabbisogno di posti letto giornalieri da parte dei rispettivi Pronto Soccorso sulla base degli accessi annui. Devono essere definiti inoltre percorsi di continuità assistenziale al fine di assicurare le dimissioni in tempi ragionevolmente brevi.
- **il percorso assistenziale è affidato al personale infermieristico** (infermiere di nucleo assistenziale, infermiere di accoglienza, infermiere care manager) che si rende garante della qualità dell'assistenza e degli esiti assistenziali dei pazienti in carico (monitorati secondo opportuni *nursing index outcome* -NSO).



Nell'ambito delle piattaforme di ricovero devono inoltre essere previste figure infermieristiche di care management (Infermiere "Care Manager") con il compito di prendere in carico, pianificare il percorso di casi provenienti da PS con "***dimissione difficile***" fino alla dimissione.

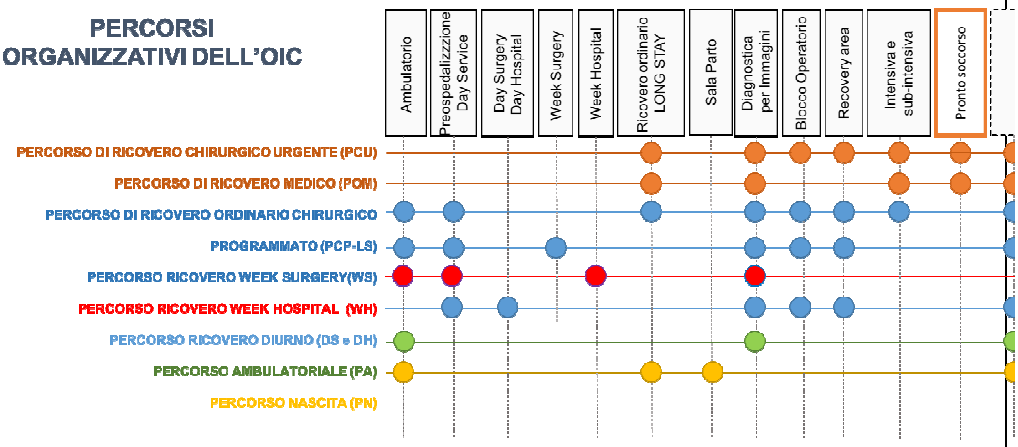
A supporto del percorso di cura del paziente in ospedale saranno, sono previste a disposizione degli operation managers di piattaforma (coordinatori assistenziali), una serie di SLOT con l'obiettivo di assicurare le prestazioni nel minor tempo possibile riducendo i tempi di attesa del paziente e dunque della degenza media; ad esempio:

- prestazioni diagnostiche e specialistiche;
- attività chirurgica programmata mediante slot assegnati sulle liste di attesa e i codici di priorità, per tipologia di setting assistenziale (week, long, DS, One day) e previo completamento del percorso di pre-ospedalizzazione

APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI OSPEDALIERI

L'OIC viene riorganizzato i seguenti percorsi organizzativi:

1. percorso di ricovero chirurgico urgente (PCU)
2. percorso di ricovero medico (POM)
3. percorso ricovero week hospital
4. percorso di ricovero ordinario chirurgico programmato (PCP)
5. percorso ricovero week surgery

	6. percorso ricovero diurno (DS/ DH) 7. percorso ambulatoriale (PA) 8. percorso nascita (PN) 
OBIETTIVI	1. RIDEFINIRE IL LAYOUT DEI PRESIDI OSPEDALIERI 1.1. riorganizzare le aree di ricovero dedicate all'attività programmata separandole da quelle dell'emergenza-urgenza con la creazione di percorsi specifici per i pazienti provenienti dal percorso dal Pronto Soccorso 1.2. creazione di aree di degenza in base alla durata della degenza attesa attraverso la creazione di piattaforme di ricovero long stay e week stay (week-surgery e week hospital) 1.3. creazione di aree di ricovero specifiche per pazienti con un determinato quadro clinico e che necessitano di particolari tecnologie ad elevato costo (ad es. aree ad alta intensità (ad esempio, le terapie intensive, etc. 1.4. riorganizzazione delle aree di ricovero sulla base del livello di assistenza richiesto dai pazienti ed anche per livello di complessità assistenziale 1.5. separare logisticamente le aree ambulatoriali e diurne (out-patient) da quelle di ricovero ordinario (in-patient) 2. RIORGANIZZARE LE AREE PRODUTTIVE 2.1. Interventi macro (es. ri-disegno dei flussi dei pazienti e della logistica) 2.2. Interventi micro (es. re-engineering del flusso di attività) 3. PROGRAMMARE LA CAPACITÀ PRODUTTIVA 3.1. Uniformare gli accessi inpatient e outpatient al fine di eliminare la variabilità artificiale 3.2. Individuare (ed eliminare) i colli di bottiglia 3.3. Coordinare le attività di specialità differenti che richiedono le stesse risorse 3.4. Programmare le attività delle cosiddette aree produttive leader (in particolare sala operatoria) ottimizzando le risorse in funzione della domanda (logica pull) 3.5. Aumentare il livello di pianificazione e programmabilità delle attività (week hospital nell'area medica, pre-ospedalizzazione, accessi T.I.) 3.6. Programmare in modo centralizzato e coordinato (es. agenda operatoria unificata) 3.7. Programmare le dimissioni 4. IMPLEMENTARE I SISTEMI INFORMATIVI E LE TECNOLOGIE DI SUPPORTO 4.1. Introdurre sistemi di riconoscimento e tracciabilità dei pazienti 4.2. Introdurre la Lista operatoria informatizzata ed integrata con la pre-ospedalizzazione 4.3. Informatizzare il registro operatorio 4.4. Introdurre un software "ad hoc" per la gestione dei posti letto

	4.5. Informatizzare la cartella clinica del paziente
TEMPI DI ATTUAZIONE (cronoprogramma)	12 mesi con verifica trimestrale
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Struttura: - Adeguamento strutturale delle aree di degenza e delle aree dei servizi riprogettate nell'ottica dell'applicazione del modello dell'intensità di cura - Creazione dei nuclei di assistenza ogni 10/12 posti letto all'interno di ogni piattaforma di ricovero - Individuazione della figura del medico tutor per ogni piattaforma di ricovero - Individuazione della figura dell'infermiere care manager per ogni piattaforma di ricovero - Attivazione dei percorsi di formazione specifici per lo sviluppo delle competenze - Attivazione della week surgery entro 3 mesi - Attivazione della week hospital entro 4 mesi - Attivazione del servizio di ricovero diurno (DH/DS) centralizzato - Acquisizione delle attrezzature e dispositivi (carrelli terapia, armadi stanze degenza con rotelle, sollevatori, carrelli medicazioni, carrelli di emergenza) necessari per l'organizzazione delle piattaforme di ricovero Processo: - utilizzo della lista operatoria unica informatizzata da parte di tutte le unità operative entro 6 mesi - utilizzo del registro operatorio informatizzato da parte di tutte le unità operative entro 12 mesi - adozione cartella del paziente informatizzata entro 12 mesi - utilizzo del percorso di ricovero chirurgico urgente (PCU) entro 3 mesi - utilizzo del percorso ricovero week surgery e percorso di ricovero ordinario chirurgico programmato (PCP) entro 3 mesi - percorso ricovero week hospital entro 4 mesi - percorso ricovero diurno (DS/ DH) entro 6 mesi - percorso ambulatoriale (PA) entro 6 mesi - percorso nascita (PN) entro 12 mesi Risultato: Sono utilizzati come monitoraggio gli indicatori di esito e di produzione ospedaliera che, se pur soddisfacenti, non sono raffrontabili ad oggi, con altre realtà che hanno un modello organizzativo assistenziale sovrapponibile
RISULTATI ATTESI	- finalizzati al "governo" dei flussi di ricovero, trasferimento e dimissione in logica "di rete" e di sistema ("cruscotto" acuzie e post-acuzie). - Creazione di una struttura trasversale che integri la dinamica della domanda di ricovero con l'offerta, nel rispetto dell'appropriatezza clinico-organizzativa.

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 2

DESCRIZIONE	**IMPORTO**
Personale a contratto	€ 250.000,00
Formazione	€ 150.000,00
Acquisto Attrezzature e supporti ICT	€ 1.538.000,00
TOTALE	**€ 1.938.344,00**

INTERVENTO N. 3 progetto di attivazione delle unità di degenza a bassa intensità assistenziale territoriali e ospedaliere

CONTESTO	I Programmi Operativi Straordinari 2015-2018 prevedono l'attivazione di ospedali di comunità a seguito della riconversione dei presidi ospedalieri di Larino e Venafro. Nell'ambito di tali strutture sono previsti in termini di posti letto di Riabilitazione estensiva, unità per la cura dell'Alzheimer e posti letto di RSA, un Punto di Primo Intervento a gestione diretta del personale 118, nonché di posti letto a bassa intensità assistenziale gestiti da personale infermieristico. Il Patto della Salute 2014-2016 approvato dalla Conferenza permanente Stato-Regioni l'8 agosto 2014 prevede tra gli obiettivi da perseguire nel triennio di vigenza dello stesso quello dell'umanizzazione delle cure (art. 4: nel rispetto della centralità delle persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le regioni e le provincie autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza). Il Decreto 2 aprile 2015 , n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, entrato in vigore il 19 giugno 2015, definisce i criteri in base ai quali le Regioni devono procedere, entro il triennio di attuazione del Patto per la salute 2014-2016, alla riorganizzazione della rete ospedaliera individuando come modalità di integrazione fra ospedali e fra ospedale e territorio l'applicazione delle reti per patologia che, quando necessario, dovranno organizzarsi secondo il modello hub & spoke. Viene riaffermata la continuità ospedale-territorio attraverso il potenziamento delle strutture territoriali con l'obiettivo di evitare "forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale". Le Regioni dovranno conseguentemente procedere, di pari passo con la ridefinizione della rete ospedaliera, a un riassetto dell'assistenza primaria, di quella domiciliare e di quella residenziale. In quest'ottica, gli Ospedali di Comunità, quali strutture intermedie, possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera. E' una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Prende in carico pazienti che necessitano: • di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare) • di sorveglianza infermieristica continuativa La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

DESCRIZIONE	L'istituzione delle unità operative a bassa intensità assistenziale gestite dal personale infermieristico (UDI) deriva, pertanto, dalla necessità di 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. **IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELL UDI** L'UDI è 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 rientrare a domicilio o essere trasferiti presso altra struttura; - che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un percorso diagnostico, terapeutico e di 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, o per l'assenza di analoga struttura presso la Casa della Salute (CdS). L'UDI è si configura come un modulo organizzativo individuabile: - all'interno della Casa della Salute ed afferente gerarchicamente alla responsabilità della Direzione di Distretto di riferimento e funzionalmente alla Direzione Assistenziale Infermieristica. - All'interno della struttura ospedaliera ed afferente gerarchicamente alla responsabilità della Direzione Sanitaria e funzionalmente alla Direzione Assistenziale Infermieristica. La gestione dell'UDI è affidata ad un Coordinatore Infermieristico il quale risponde funzionalmente e gerarchicamente alla Direzione Assistenziale Infermieristica. ***Medico di riferimento*** La tutela clinica dell'utente ricoverato nell'UDI sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale rimane affidata fino alla dimissione ai Medici di riferimento (MMG nella UDI della Cds o Medico dell'unità operativa ospedaliera di provenienza dell'utente), i quali: - Valutano le condizioni di eleggibilità dei pazienti prima dell'ammissione nella UDI; - Assicurano l'assistenza medica in base al piano terapeutico-assistenziale individuale. - Dispongono la dimissione dell'utente a conclusione del ricovero. ***Coordinatore Infermieristico dell'UDI*** La gestione dell'UDI è affidata ad un Coordinatore Infermieristico il quale: - È responsabile dell'organizzazione della UDI, garantendo una congrua organizzazione e gestione delle risorse professionali ivi assegnate; dipende gerarchicamente dalla Direzione Assistenziale Infermieristica; - Garantisce un'adeguata gestione del rischio clinico attivando sistemi e procedure per identificare, prevenire e ridurre gli "eventi avversi" relativi alla erogazione delle prestazioni assistenziali secondo le procedure aziendali vigenti; - Definisce gli obiettivi, i criteri e gli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività assistenziale e organizzativa; - Garantisce la continuità delle attività assistenziali e dei relativi percorsi assistenziali; - È responsabile dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale

assistenziale.
- Assicura il supporto e fornisce consulenza per la costruzione ed implementazione di linee guida e protocolli specifici secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili (EBM);
- Assicura i rapporti funzionali con le diverse strutture organizzative aziendali coinvolte nel funzionamento dell'UDI

Nell'UDI della Cds può coincidere con il Coordinatore della Casa della Salute.

Equipe assistenziale H24
- È composta da personale infermieristico con il supporto del persona socio-sanitario.
- La responsabilità dell'applicazione del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni assistenziali sulle 24 ore.

Nell'UDI può essere presente inoltre un **Infermiere Case Manager** nell'UDI con funzioni di:
- Collaborazione alla valutazione multidisciplinare dei pazienti insieme con i Medici di riferimento;
- Collaborazione alla stesura del piano assistenziale individuale con il Medico di riferimento (MMG e/o Medico Ospedaliero dell'unità operativa di provenienza) stabilendo gli obiettivi dell'intervento assistenziale e le relative risorse per realizzarlo, verificando l'attuazione e l'efficacia del PAI;
- Coordinamento dei percorsi di continuità assistenziale, finalizzati al rientro a domicilio; rientro a domicilio in assistenza domiciliare; di trasferimento presso altra struttura residenziale o riabilitativa;

Dotazione Organica dell'Unità di Degenza a gestione Infermieristica
Per un modulo fino a 10 letti, dovranno essere garantite le seguenti figure professionali:
- 1 Infermiere Coordinatore
- 1 infermiere Case Manager (se presente in azienda)
- 5 unità Infermieri (organico base) e comunque almeno un'unità per turno sulle 24 ore
- 5 O.S.S. (organico base) e comunque almeno un'unità per turno sulle 24 ore

Inoltre, devono essere previste:
- terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti, psicomotricisti, etc.) anche non dedicati (rapporto uno a dieci);
- assistente sociale (anche non dedicata);
- medici specialisti a consulenza.

Modalità accesso all'UDI
L'accesso all'UDI, tenuto conto dei succitati requisiti organizzativi generali, deve avvenire sulla base di appositi criteri validati di eleggibilità su proposta del Medico di Medicina Generale e/o Medico Ospedaliero dell'unità operativa di riferimento e/o del Medico del CAD, concordando l'accettazione con il Medico referente della CdS e con il coordinatore infermieristico dell'UDI e/o l'infermiere Case Manager dell'UDI l'iter assistenziale in base alla tipologia dei pazienti.

Tipologie di pazienti eleggibili per l'UDI:
- senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea (ad es: con deficit funzionali transitori) e che necessitano di assistenza infermieristica continuativo senza elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come nel ricovero ordinario per acuti;
- con pregressa malattia acuta 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 (ad es: terapia farmacologica ospedaliera, recupero dell'autonomia in tempo contenuto, etc.) continuativa nelle 24 ore prima rientrare a domicilio o essere trasferiti presso altra struttura;
- che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un percorso

diagnostico, terapeutico e di 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.

Criteri di eleggibilità

Per stabilire l'effettiva eleggibilità per l'UDI e per quantificare il bisogno assistenziale del soggetto si procede ad una valutazione con opportuni criteri di eleggibilità clinico-assistenziali attraverso un sistema di valutazione integrato medico ed infermieristico. Sono previste le seguenti **modalità di ammissione e valutazione** dell'utente:

- il ricovero in UDI è sempre programmato e finalizzato alla risoluzione di un problema attraverso interventi ad alta/bassa complessità assistenziale e bassa intensità clinica
- il **trasferimento in UDI viene richiesto dal Medico di Medicina Generale** se il paziente si trova al proprio domicilio e/o in assistenza domiciliare (assistenza programmata o integrata), oppure **dal Medico Ospedaliero del reparto di provenienza**, eventualmente in modo congiunto con Unità di Valutazione Distrettuale, previa informazione del Medico di Medicina Generale, qualora il paziente sia ricoverato presso un ospedale per acuti; la valutazione dell'effettiva eleggibilità avviene sulla base della valutazione multidimensionale con opportuni strumenti che tengano in considerazione i requisiti di ammissione.
- **L'accettazione** dell'utente in UDI avviene a cura del coordinatore dell'UDI e dell'infermiere case manager dell'UDI, previa definizione del Piano di assistenza individuale (PAI) in collaborazione con il Medico di riferimento;
- **La dimissione** è concordata tra l'infermiere coordinatore e/o l'infermiere case manager e il Medico di Medicina Generale oppure dal Medico Ospedaliero del reparto di provenienza, previa consegna all'utente ricoverato una relazione sintetica contenente informazioni sul programma eseguito durante la degenza e la terapia in atto alla dimissione.

Durata della degenza:

- Nel caso in cui l'UDI sia collocata all'interno della CdS la durata della degenza è ≤ 20 giorni.
- Nell'UDI collocata all'interno di una struttura ospedaliera la permanenza massima è ≤ 4 giorni, nel caso in cui siano stati definiti tutti i percorsi necessari per la dimissione e/o la continuità assistenza. Ciò al fine di ridurre al minimo il tempo di ricovero ospedaliero.
  Tale periodo è da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a consentire il rientro al proprio domicilio, o ad inserire l'utente in un percorso di assistenza domiciliare, o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali/semiresidenziali.

I raccordi funzionali dell'UDI

- Reparti Ospedalieri
- Medici di Medicina Generale
- Servizi di Assistenza Domiciliare
- Servizi Aziendali
- Strutture Residenziali (RSA, Hospice) e di riabilitazione
- Etc.

Strumenti operativi e supporti informativi

Saranno previsti appositi strumenti per gestione della degenza in UDI, quali prioritariamente:

- Scheda per la valutazione clinico-assistenziale multidimensionale e per la verifica dei criteri di eleggibilità dell'utente
- Cartella informatizzata personale dell'utente contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale
- Utilizzo del Piano assistenziale individuale (PAI),
- Protocolli operativi e procedure specifiche per l'efficacia e la sicurezza delle cure
- Acquisizione delle attrezzature e dispositivi (carrelli terapia, letti, sollevatori, carrelli medicazioni, carrelli di emergenza) necessari per l'organizzazione delle UDI

OBIETTIVI	- Favorire un'appropriata gestione del ricovero ospedaliero fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione. - Ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali 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.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	- Costituzione del gruppo di lavoro (1 Mese) - Progetto di fattibilità per ogni ospedale di comunità (3 Mesi) - Analisi delle risorse umane e materiali necessarie (2 Mesi) - Analisi organizzativa del contesto applicativo (2 Mesi) - Acquisizione risorse tecnologiche e sperimentazione sul campo (6 Mesi)
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- personale formato/personale da formare - attivazione delle UDI entro 12 mesi
RISULTATI ATTESI	- Garantire la continuità assistenziale e standardizzare alcuni passaggi fondamentali del percorso assistenziale, costruendo un linguaggio professionale condiviso. - Miglioramento continuo dell'assistenza infermieristica al paziente tramite la buona gestione di ogni singola persona assistita

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 3

DESCRIZIONE	**IMPORTO**
Formazione	€15.000,00
Acquisto Attrezzature e supporti ICT	€ 105.000,00
TOTALE	**€ 120.000,00**

Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n.73 del 20/12/2016
LINEA PROGETTUALE	**N. 2- SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento del modello regionale di umanizzazione basato sulla valutazione, sulla formazione e su interventi specifici in ambito sanitario.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTI	Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 205.000,00**

IL PROGETTO	
CONTESTO	La Regione Molise, come previsto dal Patto per la Salute 2014/2016 del Ministero per la Salute, ha sviluppato un preciso modello regionale di Umanizzazione basato sulla valutazione, sulla formazione e su interventi specifici in ambito sanitario, anche grazie ai Progetti di piano 2014 e 2015. Tale modello è stato abbinato alla profonda riorganizzazione della rete dei servizi sanitari regionali che sta producendo un miglioramento evidente, apprezzato a livello nazionale dagli organismi preposti al controllo, in termini di salute, di rapporto con i cittadini/utenti e di efficientamento della rete. L'attuale configurazione della sanità regionale prevede una rete ospedaliera impostata sull'architettura *Hub & Spoke* abbinata a servizi territoriali forti. Il ruolo di ogni ospedale è ideato sulla base di criteri di accessibilità e di bacino demografico, di complessità delle specialità, di livelli di sicurezza per i pazienti/utenti e di volumi di attività adeguati ad accrescere ed a mantenere le competenze dei singoli professionisti. Il cambiamento di alcuni paradigmi necessita comunque di tempo per poter vedere attuata una profonda revisione delle condizioni che hanno determinato, e che determinano l'attuale contesto regionale. A sostegno quindi della riorganizzazione, per garantire il diritto alla salute di tutti i molisani, la Regione Molise ha individuato la partecipazione ed il coinvolgimento dei cittadini, dei pazienti e degli stessi operatori come leva per incrementare i valori di efficacia delle cure e di equità nell'uso delle risorse. Il contesto di riferimento legislativo ed amministrativo nazionale identifica l'umanizzazione quale obiettivo del Sistema Sanitario Nazionale già dal Decreto del Ministro della Sanità 15 ottobre 1996 che prevede l'adozione in tutte le strutture del SSN di "*un insieme di indicatori quale strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione*…", obiettivo riportato anche nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, e ribadito nel 2014 dall'Accordo Conferenza Stato-Regioni, Rep. Atti n. 13/CSR del 20/02/2014.

	La definizione più comune del concetto di Umanizzazione, quella cioè data dal Ministero della Salute, è che sia la "*capacità di rendere i luoghi di cura e le pratiche medico-assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino*". L'intenzione è di continuare il percorso di riconfigurazione e di miglioramento dei servizi regionali anche attraverso questa precisa attività progettuale, sviluppando processi di umanizzazione con percorsi assistenziali diretti ai bisogni della persona, orientati alla trasparenza, alla semplificazione delle procedure, alla facilità e all'equità di accesso alle prestazioni ed al rispetto delle diversità culturali (ad esempio il fenomeno diffuso dell'accoglienza dei "migranti" presuppone un cambio di schema dell'assistenza). Questa linea progettuale determinerà proposte anche rispetto ad una più ampia riorganizzazione degli ospedali molisani secondo il modello per intensità di cure. La presente proposta progettuale, in continuità con le precedenti annualità 2014 e 2015, è stata costruita su quanto previsto in tema di umanizzazione delle cure nell'articolo 4 del Patto per la Salute 2014-2016 del Ministero della Salute, sulle esperienze passate ed in corso tra Regione Molise e Agenzia nazionale per i servizi regionali (AGENAS) nei progetti Ricerca Corrente, da quanto già fatto con le precedenti risorse vincolate, dal Documento programmatico in tema di umanizzazione delle strutture ospedaliere della Regione Molise 2015-2018 (Determina del Direttore Generale per la Salute n.123 del 02/07/2015). Nella situazione molisana, caratterizzata dalla presenza di ospedali pubblici, privati accreditati e strutture territoriali che tra loro hanno diversi gradi di standardizzazione delle procedure d'umanizzazione, è importante continuare a sviluppare strumenti di valutazione della qualità percepita e a svolgere attività formative per operatori e *care giver*, affinando la loro capacità di essere "sentinelle" del grado di umanizzazione percepito. Potenziare perciòquanto già fatto per rispondere al meglio e in maniera più appropriata, anche sotto il profilo dell'umanizzazione, ai bisogni di salute.
DESCRIZIONE	Come già esplicitato nella precedente sezione, questo progetto si innesta in una linea di continuità con quelli già avviati nelle due precedenti annualità. L'obiettivo è di implementare e rafforzare l'attuale modello regionale di umanizzazione per consentire il progressivo superamento, per quanto più possibile, di quelle barriere fisiche, temporali e relazionali concretamente superabili, implementando il value dei processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali strutturati sia a livello regionale che aziendale e garantendo un sistema di public reporting o public accountability che permetta di valutare e comparare la qualità assistenziale delle strutture ospedaliere non solo con gli indicatori delle prestazioni sanitarie. La Regione Molise ha partecipato al Progetto dell'AGENAS Ricerca Corrente RC 2012 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", costruendo un piccolo rapporto di dati sullo stato della qualità dell'assistenza ospedaliera da parte delle aziende e dei cittadini, secondo i principi della teoria dell'empowerment. Da questa e da altre esperienze simili la Regione ha costruito il proprio modello di valutazione dell'assistenza sanitaria in condivisione con l'Azienda Sanitaria Regionale, con le strutture del privato accreditato e con le Associazioni. Queste sperimentazioni ed i relativi risultati ottenuti (Documento regionale sull'Umanizzazione e la Consulta Civile) rappresentano il bagaglio di expertise da cui si è partiti per strutturare tale proposta. Considerate anche le scorse sperimentazioni locali e nazionali, è importante che il sistema sanitario regionale tenda al cardine dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni coadiuvato dai cittadini, che anche attraverso questa linea progettuale, saranno chiamati a svolgere un ruolo più attivo, per incidere con efficacia sul miglioramento generale e per favorire un innalzamento della qualità complessiva dei servizi per la salute. Così quindi come i precedenti, il progetto si divide in tre sottosezioni dedicate ognuna ad un aspetto diverso dell'umanizzazione, che seppur distinte, sono

	caratterizzate dal comune filo conduttore trasversale rappresentato dal Gruppo di lavoro regionale specifico. Questo,insieme al contributo di spinte innovative (in ottica di bottom-up) che provengono dalle Aziende, dagli operatori e dai cittadini/utenti/pazienti che quotidianamente affrontano le difficoltà legate al mondo della sanità regionale e che più di ogni altro ne conoscono le criticità, dovrà supportare la Direzione Generale per la Salute nella realizzazione di quanto previsto. In considerazione delle attività attese, di quanto predisposto all'interno dell'azione del 2015, il gruppo di lavoro sarà integrato, in vista delle attività da realizzare, con le seguenti figure professionali e che sono di seguito specificate: N. 2 Ingegneri Informatici per la predisposizione di una piattaforma informatica in grado di gestire processi di umanizzazione e, quindi, con conoscenze approfondite dei prodotti software utilizzati sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale da parte delle strutture della ASReM. N. 2 Collaboratori per l'attuazione di attività di monitoraggio e miglioramento della qualità, supporto alla realizzazione di audit e ricerca di eventuali punti deboli per i quali proporre correttivi/preventivi oltre che piani di miglioramento; N. 1 collaboratore che garantisca la promozione di un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dell'efficienza dell'organizzazione; N.1 Psicologo di supporto alle attività. Al suo interno verrà poi scelto e nominato un responsabile del Gruppo. Trasversale alle tre sottosezioni è l'idea di sviluppare pratiche di umanizzazione e di public reporting in modo da contribuire al percorso di cambiamento organizzativo del SSR, basate sul benchmarking tra le strutture presenti e valutate e sulla costituenda banca dati regionale, identificando le aree migliorabili con un processo alimentato costantemente. Sezione 1. Strumenti di valutazione della qualità percepita Il Patto per la Salute 2014-2016 prevede "l'utilizzo sistematico e continuativo di strumenti di valutazione della qualità percepita che consentano l'avvio delle azioni di miglioramento nello specifico contesto dell'umanizzazione delle cure". L'organizzazione pensata implementerà la metodologia applicativa uniforme già sperimentata per gli operatori sanitari all'interno delle strutture ospedaliere e territoriali, garantendo un'omogeneità di trattamento per i pazienti/utenti indipendentemente dal servizio. Il Gruppo di lavoro dovrà raccordare la propria attività con la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, supportando e applicando quanto deciso in seno alla Cabina di Regia (individuata nell'attuale Consulta Civile regionale), favorendo e monitorando le iniziative in territorio molisano in tema di umanizzazione. Altri attori fondamentali sono le Equipe aziendali delle strutture dell'ospedalità pubblica e privata accreditata, composte da operatori, da volontari delle associazioni e da organismi rappresentativi dell'empowerment. Sulla scorta delle precedenti esperienze regionali e nazionali verrà incrementato il set di indicatori tarato sulla realtà molisana che consentirà di valutare e misurare il livello di umanizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali regionali. Saranno quindi vagliate le proposte provenienti dai diversi attori della sanità regionale, così da potenziare il modello di valutazione che determina la specifica fotografia della situazione regionale. Il set d'indicatori da valutare e le Equipe aziendali saranno il modo per dotare le strutture ospedaliere e territoriali regionali di efficaci meccanismi di misurazione del servizio, d'informazione agli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi. La checklist fin qui utilizzata, e che sarà modificata dal Gruppo di lavoro con i suggerimenti delle Equipe aziendali e con quelli della Cabina di Regia, avrà un applicativo dedicato o un link specifico sul sito della Direzione Generale per la Salute e consentirà all'Equipe incaricata di poterla somministrare direttamente da pc, tablet e dispositivi elettronici specificatamente formattati, così da ridurre al minimo gli errori e per consentire alla Regione di avere i risultati in tempi immediati. L'obiettivo è di garantire omogeneità di comportamento su tutto il territorio

	regionale. In quest'ottica, appunto, il set di indicatori alimenterà un flusso informativo di tutte le strutture sanitarie coinvolte e che storicamente generano maggiori volumi d'utenza, così da poter stilare piani di miglioramento rispetto alle criticità che saranno valutate attraverso un preciso modello analitico. Attraverso il coordinamento della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise e del Gruppo di lavoro individuato, si organizzerà l'implementazione dei già costituiti gruppi di lavoro aziendali (Equipe Aziendale) per ogni attore regionale impegnato nell'erogazione di servizi ospedalieri. Questo strumento aziendale valuterà l'aspetto assistenziale della relazione di cura con il paziente e l'aspetto della comunicazione tra gli operatori con i familiari e con l'utente/paziente, diventerà il recettore delle proposte che arriveranno dai diversi settori e produrrà proposte utili al miglioramento del grado di umanizzazione aziendale. Restano invariate le direttive impartite per le precedenti annualità, e cioè le Equipe Aziendali dovranno essere composte preferibilmente ed indicativamente da: Direttore Sanitario Aziendale o suo delegato; Direttore Sanitario del P.O.; Direttore di Distrettoo suo delegato; 1 Dirigente area formazione; 1 Chirurgo; 1 Anestesista; 1 Psichiatra; 1 Pediatra; 1 Oncologo; 1 Medico MMG; 1 Clinico dell'area medica; 1 Sociologo; 1 Psicologo; 1 Infermiere; 1 Ostetrica; 1 Operatore di area tecnica; 2 Rappresentanti delle associazioni di cittadini più rappresentative. Come già collaudato la composizione nei termini numerici e professionali dell'Equipe Aziendale resta comunque a discrezione dell'Azienda che parteciperà al progetto. Le Equipe Aziendali si riuniranno periodicamente, dovranno produrre un regolare verbale, indicheranno un rappresentante in seno alla Cabina di Regia regionale (Consulta Civile), sovrastruttura che farà capo alla Direzione Generale per la Salute, in cui è previsto partecipi anche un'associazione regionale che ha esperienza nell'Audit Civico. Nel corso dei 12 mesi stimati, la Cabina di Regia ed il Gruppo di lavoro dovranno valutare la fattibilità delle proposte che verranno dalle Equipe Aziendali e favorire il superamento delle criticità evidenziate. Per dare maggiore impulso all'impegno delle Regioni/Pa ad adeguare la propria normativa sull'accreditamento delle strutture sanitarie in funzione di alcuni requisiti fondamentali ed omogenei a livello nazionale tra i quali, appunto, l'umanizzazione intesa come l'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica (Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 32/CSR del 19/02/2015 ed Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 259/CSR del 20/12/2012), ed in considerazione del fatto che l'accreditamento è uno strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione, la Cabina di Regia, sulla spinta delle proposte che arriveranno dal Gruppo di lavoro, dai risultati delle valutazioni e dalle Equipe Aziendali, dovrà inoltre incoraggiare, con suggerimenti formali e con specifici riferimenti sul tema dell'umanizzazione, la revisione dell'attuale legislazione regionale sui parametri di accreditamento ed autorizzazione, anche in considerazione delle Intese sopracitate.

	Alle Equipe Aziendali spetterà, tra gli altri, il compito di promuovere suggerimenti in tema di umanizzazione dei percorsi assistenziali per la revisione della Carta dei Servizi aziendale delle strutture coinvolte nella rilevazione, e la pubblicazione della stessa sul sito aziendale, in ottemperanza alla Determina della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise n.123 del 02/07/2015 che prevede, tra gli altri punti, la possibilità per l'utenza di accedere facilmente all'organizzazione dei servizi (URP, gestione dei reclami, numero verde) anche attraverso gli strumenti di e-participation. Potenziare l'attuale sistema vuol dire anche poter disporre di una "banca dati regionale" periodicamente alimentata, un database cioè composto da tutte le informazioni utili in tema di umanizzazione, che essendo uno strumento di valutazione della qualità percepita del SSR consentirà l'elaborazione di report in pubblicazione sul sito regionale e sui siti internet delle organizzazioni coinvolte nella rilevazione. In conclusione del progetto sarà organizzato un convegno per informare e per comunicare al meglio i risultati raggiunti, in cui saranno invitati a partecipare gli attori coinvolti, esperti del Ministero della Salute, dell'AGENAS e delle altre Regioni/Pa che hanno già realizzato percorsi avanzati sul tema dell'umanizzazione e sull'appropriatezza delle prestazioni. Sezione 2. Percorsi formativi Saranno realizzate iniziative formative dedicate, come previsto dall'Allegato A dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016 (Rep. Atti n.65/CSR del 14 aprile 2016), e cioè l'Area Critica (cioè tutte quelle strutture ad alta intensità assistenziale e di quelle situazioni ad alta criticità del paziente), l'Oncologia, la Pediatria, la Comunicazione e l'Assistenza domiciliare. Saranno costruiti percorsi formativi ad hoc con il preciso obiettivo di aumentare il grado d'interazione nella cura della relazione con il paziente e con il cittadino, formando gli operatori (soprattutto quelli a più diretto contatto con l'utenza) al miglior approccio possibile per trasmettere le informazioni relative allo stato di salute, coinvolgendo il paziente nelle scelte. Oltre quindi al potenziamento delle capabilities degli operatori, con questo progetto si vogliono istituzionalizzare percorsi formativi sui temi della salute e della sanità che coinvolgeranno direttamente i rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti. L'obiettivo è di estendere e rendere accessibili le esperienze di umanizzazione ed implementare gli standard assistenziali orientati alla persona in diverse aree, al fine di aumentare il grado d'interazione psicologica ed empatica nella cura della relazione con il paziente e con il cittadino, formando gli operatori (soprattutto quelli a più diretto contatto con l'utenza) al miglior approccio possibile e alla comunicazione efficace per trasmettere le informazioni relative allo stato di salute, coinvolgendo il paziente nelle scelte; Sezione 3. Interventi di Umanizzazione in ambito sanitario Questa sottosezione è aderente a quanto previsto dal primo comma dell'articolo 4 del Patto per la Salute 2014-2016 e cioè che "nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario". Nell'ottica del rafforzamento del modello di umanizzazione regionale, in via sperimentale continuerà l'attività dei "Video Soccorso" installati nei P.S. molisani dei Complessi Ospedalieri di Campobasso, Termoli e di Isernia. I dispositivi verranno installati anche nelle sedi dei Distretti Sanitari territoriali regionali, e saranno anche il mezzo per poter diffondere notizie ed informazioni sul SSR all'utenza. Inoltre sui dispositivi verrà garantito uno spazio di visibilità alle Associazioni di volontariato peculiarmente socio-sanitarie e di promozione della salute che ne faranno richiesta, così da poter fare azioni di empowerment

	direttamente alla cittadinanza e senza filtro alcuno. Maggiore visibilità verrà garantita con posizionamenti evidenti sui siti internet dell'Azienda Sanitaria Regionale e della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise. Questo sistema è stato concepito per permettere in tempo reale di conoscere quale sia lo stato di affollamento della struttura, valutandone con tempestività l'effettiva saturazione ed i relativi tempi medi con distinzione dei vari codici triage. Il sistema è alimentato attraverso il Sistema Informativo in uso presso gli stessi P.S, e garantisce la visualizzazione di informazioni chiare e precise ad esempio sul numero di pazienti in visita, dei pazienti in arrivo da 118, dei pazienti in attesa di visita, sul tempo massimo (indicativo) di attesa di visita e la stima dei tempi di attesa previsti per i nuovi accessi tutti distinti per codice colore. Tra le esigenze più urgenti rintracciate a vario livello tra i diversi attori coinvolti nella profonda riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, vi è quella di creare uno strumento sinergico di comunicazione ed informazione rivolto ai cittadini/utenti per eliminare le barriere dell'accesso limitato all'informazione sui servizi sanitari. Tra gli interventi previsti da questo progetto vi è quindi la creazione della Carta regionale dei Servizi Socio-Sanitari. Una volta ultimato, sarà messo perciò a disposizione di tutti uno strumento semplice da utilizzare, d'immediata consultazione, che dia una visione globale dell'organizzazione dei servizi, omogeneo e che raggruppi in un unico paper le informazioni utili, i contatti e gli orari di accesso ad ogni servizio al fine di semplificarne l'accesso. L'informazione e la comunicazione svolgono una duplice funzione nell'esecuzione delle attività del personale coinvolto a vari livelli nel sistema sanitario, sia nei confronti dell'utenza che nei rapporti istituzionali ed interprofessionali. Il Gruppo di lavoro predisporrà un'apposita scheda di rilevazione che servirà per la raccolta dei dati. Verrà successivamente elaborata la Carta in forma grafica, tradotta in inglese e francese e pubblicata sia sui siti internet della Direzione Generale per la Salute e dell'Azienda sanitaria regionale. La Carta regionale dei Servizi Socio-Sanitari permetterà di veicolare un'immagine positiva dei servizi sanitari regionali e darà, nell'ottica anche della valutazione partecipata e della public accountability, l'opportunità ai cittadini di controllare con maggiore consapevolezza le informazioni.
OBIETTIVI	Potenziare il modello strutturato e tarato sulla realtà molisana in grado di valutare l'effettivo grado di umanizzazione delle strutture sanitarie, standardizzando criteri di *competence* professionale attraverso periodiche procedure di valutazione del grado di umanizzazione; aumentare il *value* dei processi assistenziali e strutturare un sistema basato sul *public reporting* o *public accountability;* valutare e comparare la qualità assistenziale delle strutture ospedaliere non delle prestazioni sanitarie; realizzare la Carta dei servizi Socio-Sanitari; favorire la mobilità sanitaria nell'ambito delle strutture sanitarie regionali; assicurare omogeneità di comportamento su tutto il territorio regionale; favorire nell'Azienda Sanitaria Regionale e negli altri attori della sanità privata accreditata la costituzione di gruppi di lavoro aziendale dedicati all'umanizzazione dei percorsi di cura; incoraggiare la Regione Molise attraverso spunti, indicazioni e proposte basate sull'evidenza,a predisporre la revisione dell'attuale legislazione regionale sui parametri di accreditamento ed autorizzazione aggiornandoli sul tema dell'umanizzazione; fornire alle Aziende Sanitarie, Fondazioni e IRCSS, in una logica di bottom up, proposte di redazione e/o aggiornamento delle Carte dei Servizi Aziendali; promuovere iniziative di formazione per professionisti sanitari e per*care givers;* semplificare l'accesso ai servizi; riduzione dei difetti informativi del SSR;

	sostenere il cambiamento organizzativo; migliorare la relazione tra i professionisti sanitari ed i pazienti; realizzare interventi di umanizzazione in ambito sanitariovolti a migliorare l'accessibilità fisica, la vivibilità ed i comfort nei luoghi di cura; garantire maggiore accesso alle informazioni da parte dell'utenza e degli operatori stessi.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	***Azioni*** ***Mesi***

Sezione 1. *Strumenti di valutazione della qualità percepita*

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
Creazione Gruppo di lavoro												
Cabina di Regia regionale												
Implementazione Equipe Aziendali												
Formulazione set di indicatori regionale												
Implementazione database regionale sull'umanizzazione												
Stesura e distribuzione report e piani di miglioramento												
Proposte di revisione dell'attuale legislazione regionale sui parametri di accreditamento ed autorizzazione												
Proposte di redazione e/o aggiornamento delle Carte dei Servizi Aziendali da parte delle Equipe Aziendali												
Proposte di revisione al Documento programmatico in tema di Umanizzazione delle Strutture ospedaliere della Regione Molise												
Convegno presentazione report e dati ricerca												

Sezione 2. *Percorsi formativi*

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
Percorsi formativi a supporto del processo di umanizzazione delle cure e dell'appropriatezza delle prestazioni												

Sezione 3. *Interventi di Umanizzazione in ambito sanitario*

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*

	Potenziamento Video-Soccorso e sito internet Direzione Generale per la Salute
	Predisposizione scheda rilevazione raccolta dei dati necessari alla Carta regionale dei Servizi Socio-Sanitari
	Editing e realizzazione (e traduzione) della Carta regionale dei Servizi Socio-Sanitari
	Presentazione e pubblicazione Carta regionale dei Servizi Socio-Sanitari
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Set di indicatori regionali per la valutazione del grado di umanizzazione; Attività rivolte alla valutazione ed al miglioramento di qualità, partecipazione a comitati e gruppi di lavoro, audit, rilevazione di indicatori a fini di valutazione e di piani di miglioramento; Costituzione della Cabina di Regia regionale, del Gruppo di lavoro e delle Equipe Aziendali; Video-Soccorso nei PS regionali; Numero di proposte di umanizzazione elaborate; Realizzazione di attività rivolte alla valutazione e al miglioramento di qualità, partecipazione a comitati e gruppi di lavoro, effettuazione di audit, rilevazione di indicatori a fini di valutazione e di piani di miglioramento; Revisione Documento programmatico Regionale sull'Umanizzazione; Proposte di revisione formalizzate per l'aggiornamento previsti dalla normativa regionale per i requisiti di accreditamento/autorizzazione; Proposte di revisione formalizzate per redazione e/o aggiornamento delle Carte dei Servizi Aziendali; Realizzazione formazione regionale e cambiamento organizzativo; Gradimento positivo sui percorsi formativi e coinvolgimento nei percorsi formativi degli operatori selezionati e dei care giver; Miglioramento della soddisfazione di operatori, utenti e familiari nei vari aspetti dell'assistenza; Miglioramento delle condizioni di comfort nelle strutture sanitarie individuate; Realizzazione Carta regionale dei Servizi Socio-Sanitari;
RISULTATI ATTESI	I risultati attesi sono per la maggior parte stati descritti già nella sezione Obiettivi. A conclusione del Progetto la Regione Molise disporrà di un modello regionale di umanizzazione che favorirà il progressivo superamento di quelle barriere fisiche, temporali e relazionali concretamente superabili, capace di implementare il *value* dei processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali strutturati sia a livello regionale che aziendale. Questo modello garantirà inoltre un sistema di *public reporting* o *public accountabilit*y in grado di valutare e comparare la qualità assistenziale delle strutture ospedaliere non solo con gli indicatori delle prestazioni sanitarie. La Regione e la Direzione Generale per la Salute avranno costruito e potenziato (in un periodo temporale che deve essere fissato in 36 mesi, considerate anche le annualità precedenti) un sistema basato sul *benchmarking* tra le strutture sanitarie esistenti e congegnato di comune accordo con tutti gli attori della sanità pubblica e privata accreditata, che permetterà di poter misurare l'effettivo grado di umanizzazione delle strutture sanitarie con un set di indicatori condiviso ed un utile strumento in grado di favorire l'interlocuzione con i cittadini, rendendo quanto più trasparente ed efficiente l'uso delle risorse all'interno delle organizzazioni sanitarie.

	Altro risultato atteso è sul cambiamento organizzativo e sulla formazione, non solo degli operatori ma anche delle associazioni e dei cittadini. Un mutamento di paradigma dell'assistenza sanitaria che favorirà un aumento dell'empowerment, accompagnato dalla standardizzazione di procedure d'umanizzazione e dal coinvolgimento maggiore della cittadinanza e delle proprie rappresentanze nelle scelte decisionali.

PROSPETTO ECONOMICO DEL PROGETTO

DESCRIZIONE	**IMPORTO**
Personale a contratto	€ 100.000,00
Aggiornamento al Software, dispositivi tablet/pc, sito internet	€ 10.000,00
Video-soccorso per Pronto Soccorso Agnone e Video informativi per i Distretti Sanitari e Case della Salute	€ 80.000,00
Costi per stampa, traduzione e campagna informativa per Carta regionale dei Servizi Socio-Sanitari (formato cartaceo e digitale)	€ 10.000,00
Convegno conclusivo presentazione dati	€ 5.000,00
TOTALE	**€ 205.000,00**

Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE MOLISE
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n.73 del 20/12/2016
LINEA PROGETTUALE	N.3 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE.
TITOLO DEL PROGETTO	Estensione dall'Hospice al domicilio dell'Assistenza di Cure Palliative e Terapia del dolore.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 579.196,00**

IL PROGETTO	
CONTESTO	L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la European Association of Palliative Care (EAPC) definiscono le Cure Palliative come: "La somministrazione di cure attive e complete (care), nel momento in cui la malattia non risponde più al trattamento curativo. La terapia del dolore e degli altri sintomi e l'assistenza psicologica, sociale e spirituale sono caratteristiche prevalenti delle cure palliative. L'obiettivo è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia". Le cure palliative rappresentano, quindi, un approccio olistico al paziente, tradizionalmente inteso come "prendersi cura" (care) e rispondere ai bisogni del malato e della sua famiglia. Lo sviluppo delle cure palliative trova la sua localizzazione ottimale presso il domicilio del malato. La casa, e non l'ospedale, rappresenta, infatti, il luogo in cui la personalità, l'individualità della persona morente può essere espressa e riconosciuta fino all'ultimo; il nucleo familiare, con l'aiuto competente e solidale di una èquipe multidisciplinare, può esercitare un ruolo realmente significativo affinché gli ultimi giorni di vita del paziente trascorrano nella minore sofferenza possibile. I destinatari delle cure palliative sono i pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione non è possibile né appropriata, usualmente definiti pazienti 'terminali'. Diverse patologie possono presentare una fase terminale tale da giustificare un intervento palliativo (AIDS, malattie degenerative del sistema nervoso, malattie cardio- e cerebrovascolari, malattie epatiche, malattie renali, malattie respiratorie, malattie degenerative dell'apparato osteo-articolare, etc). La fase terminale di patologie evolutive e irreversibili viene definita dai seguenti criteri, contemporaneamente presenti:

	1. Criterio terapeutico: assenza o esaurimento di trattamenti curativi specifici, o inopportunità degli stessi 2. Criterio sintomatico: presenza di sintomatologie invalidanti che comportino una riduzione del Performance Status (uguale o inferiore a 50 nella scala di Karnofsky) 3. Criterio evolutivo: rapida evolutività della malattia con imminenza della morte, in genere entro 6 mesi (questo criterio temporale è di più difficile individuazione nelle malattie non oncologiche, dove a fasi acute possono seguire periodi di relativa stabilizzazione della patologia). Più estesamente, i criteri di ammissione ad un programma di cure palliative domiciliari (CPD) sono riconoscibili in: - consenso del malato e della sua famiglia; - diagnosi di patologia evolutiva e irreversibile in fase terminale (secondo i criteri sopramenzionati); - presenza di condizioni di non autosufficienza tali da non consentire l'accesso a strutture e servizi esterni; - livello di complessità sanitaria delle cure da erogare compatibile con l'ambiente domestico; - presenza continuativa ed adeguata di un familiare di riferimento; - idoneità dell'alloggio.
DESCRIZIONE	La Rete Locale di Cure Palliative, secondo la definizione del Documento dell'Intesa Stato Regioni N.151/CSR del 25 luglio 2012, è una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Cure Palliative erogate in ospedale, a domicilio, in Hospice ed in altre strutture residenziali. In relazione a quanto previsto dalla su richiamata normativa, si provvederà all'istituzione del Gruppo di Coordinamento della rete delle cure palliative che provvederà altresì a promuovere lo sviluppo degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore. Sono inoltre assegnate al Gruppo le seguenti funzioni: ■ coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure strutture ospedaliere, al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema; ■ monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali; ■ sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative; ■ definizione e monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della rete cure palliative, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative; ■ definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in cure palliative ai sensi dell'art.2, comma 1 della legge 38/2010; ■ promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2 della suddetta legge; ■ promozione e rnonitoraggio delle attività di ricerca in cure palliative. Inserimento nelle cure domiciliari Il medico Palliativista, di concerto con il Medico di Medicina Generale stabilisce l'appropriatezza delle cure domiciliari, in base ai seguenti criteri di eleggibilità: ■ i criteri generali di eleggibilità ■ famiglia o rete di sostegno informale presente e garante della presenza vicino al paziente ■ idoneità logistico-strutturale del domicilio ■ intensità assistenziale necessaria erogabile a domicilio ■ espresso desiderio del paziente a restare al domicilio proprio Individuata la eleggibilità alla modalità di Cure Palliative domiciliari, il paziente

	deve essere inserito nel sistema delle Cure Domiciliari, secondo la procedura già in essere attivata dal Medico di Medicina Generale. Nella medesima valutazione il Medico Palliativista ed il Medico di Medicina generale, in relazione alla intensità assistenziale inquadreranno le Cure Palliative Domiciliari da effettuare come: -interventi di base: erogati laddove possibile anche da Medici di Medicina generale e da infermieri dell'ADI , entrambi con una buona conoscenza di base di cure palliative. Laddove non possibile la Unità di Cure Palliative erogherà anche gli interventi di base. -interventi specialistici multidisciplinari: erogati direttamente dalla Unità Cure Palliative tramite le figure professionali previste dall'allegato 2 del documento d'Intesa Stato Regioni decretato il 25 luglio 2012 Il paziente sarà visitato a domicilio entro 48-72 ore dall'infermiere Case Manager e dal Medico di Cure Palliative. L'unità di Cure palliative (UCP) domiciliari che garantiscono: - interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale (MMG). Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale; - interventi di equipe specialistiche multiprofessionali dedicate. Queste cure sono rivolte a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati. Richiedono un livello elevato di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale. Le figure professionali coinvolte sono: infermiere, medico e/o specialista, professionisti della riabilitazione, dietista, psicologo, operatore socio-sanitario. La copertura assistenziale è assicurata sette giorni su sette, dieci ore al giorno dal lunedì al venerdì, sei ore al giorno il sabato e festivi, pronta disponibilità medica di 24 ore. Le cure palliative domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico da parte di un'equipe professionale e la definizione di un "piano di cure personalizzato". La quantificazione del personale impegnati nell'assistenza domiciliare è stata effettuata ai sensi dell'accordo Conferenza Stato Regioni del 25/07/2012 e dalla linee guida di riferimento sul Sistema delle cure domiciliari. Il fabbisogno è stato definito in funzione degli standard specifici per l'assistenza medica, l'assistenza infermieristica e l'assistenza globale dedicata al paziente. L'equipe delle cure palliative opera sotto la responsabilità di un medico e si modula sia in base alle specifiche necessità del paziente e del suo nucleo familiare, sia in base al luogo in cui si svolgono gli interventi terapeutici. Si riportano di seguito i requisiti organizzativi individuati per singolo paziente preso in carico. Parametri minimi di assistenza ■ con riferimento al servizio infermieristico di base si è previsto: – unità di presenza attiva h.12 dalle ore 8:00 alle ore 20:00; – reperibilità notturna e festiva; – 4 visite medie a settimane; – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 60 minuti; ■ con riferimento al personale medico si è previsto: – unità di presenza attiva h.12 dalle ore 8:00 alle ore 20:00; – 4 visite medie a settimane; – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 50 minuti

	■ con riferimento al servizio di assistenza di base si è previsto: – unità O.S.S. di presenza attiva h.12 dalle ore 8:00 alle ore 20:00; – 4 visite medie a settimane – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 60 minuti; ■ con riferimento allo psicologo si è previsto: – mediamente, una visita al mese effettuata da un psicologo specializzato in cure palliative; – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 50 minuti; ■ con riferimento all'assistente sociale si è previsto: mediamente, una visita al mese effettuata da un assistente sociale specializzato in cure palliative; – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 50 minuti; ■ con riferimento tecnico della riabilitazione si è previsto: mediamente, una visita al mese effettuata da un tecnico della riabilitazione specializzato in cure palliative; – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 50 minuti.
OBIETTIVI	Fornire al cittadino un miglioramento della qualità di vita nelle fasi di dolore cronico, indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, tali da permettergli di continuare a svolgere, nel possibile, una vita più vicina alla "normalità". Sviluppo di una rete di assistenza domiciliare palliativa di base e specialistica in grado di fornire una risposta concreta alle esigenze dei cittadini ampliando l'offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici. Tali cure domiciliari garantiscono, sempre coordinati dal Responsabile dell'Unita di Cure Palliative, sia gli interventi di base, sia interventi di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, per garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care- giver.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Attuazione del Progetto:12 mesi Tempistica di attuazione: trimestrale
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Interventi formativi e di aggiornamento per il personale. Eventi divulgativi per la popolazione. Qualità percepita dall'utente, rilevata da appositi questionari. Consumo di oppiacei. Richieste evase e liste d'attesa.
RISULTATI ATTESI	Assistenza domiciliare di cure palliative specialistiche di circa 150 pazienti dell'intero territorio regionale. Raggiungimento degli standard di qualità di vita nei soggetti affetti da patologia, rispondendo ai bisogni del paziente di tipo medico, infermieristico, psicologico, sociale, spirituale ed esistenziale. Oltre al supporto dei caregiver sarà previsto un addestramento degli stessi, in modo che possano soddisfare esigenze primarie del malato.

PROSPETTO ECONOMICO DEL PROGETTO

DESCRIZIONE	**IMPORTO**
PERSONALE	
Personale a contratto	€ 545.000,00
Apparecchiature e materiale vario	€ 34.196,00
TOTALE	**€ 579.196,00**

Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE MOLISE
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n.73 del 20/12/2016
LINEA PROGETTUALE	**N.4 - PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE**
TITOLO DEL PROGETTO	Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (in continuità con l'esercizio 2015)
REFERENTI	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Per la linea progettuale n. 4 Piano Nazionale della Prevenzione l'importo totale è di € 1.390.070,00 di cui **€ 6.982,65** è dedicata al progetto "Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016"

IL PROGETTO	
PREMESSA	Con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016 è stato approvato il Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 della Regione Molise dove sono stati inclusi programmi articolati in diversi interventi. In particolare si riporta quanto previsto nel **PROGRAMMA I** *«SCREENING ONCOLOGICI»:* *A. Screening della mammella* per il quale sono declinati i seguenti obiettivi specifici regionali: *Obiettivo specifico 1): Attivazione di un centro unico regionale di rilevamento dei soggetti a rischio eredo- familiare per tumore della mammella e delle possibili patologie correlate e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati;* *Obiettivo specifico 2): Attivazione di un ambulatorio regionale di riferimento per la patologia oncologica mammaria eredo familiare con sistema di sorveglianza e di supporto (counselling familiare, psiconcologia, valutazione genetica, ecc.);* *B. Screening del colon retto* con il quale si perseguono i seguenti obiettivi: *1) Incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di primo livello;* *2) Incrementare la percentuale di pazienti positivi al FOBT-test che eseguono le indagini endoscopiche di II livello.* *A. Screening della cervice uterina* con i seguenti obiettivi specifici regionali: *1) Promozione della c.d. "reingegnerizzazione" attraverso la messa in rete di tutti i Centri di prenotazione regionali (Cup- pass) con il Call-Center dei Programmi di Screening e l'informatizzazione degli ambulatori ginecologici dedicati allo screening, al fine di:*

	a. *incrementare la percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening, recuperando le c.d. "spontanee" dai cup – pass per reinserirle nel percorso di screening;* b. *incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di primo livello;* 2) *Pianificazione di un nuovo sistema di screening della cervice uterina con test HPV-DNA;* 3) *Miglioramento dell'appropriatezza clinica e della qualità dell'intervento di prevenzione ed utilizzo efficiente delle risorse;* Si riportano inoltre anche gli interventi previsti negli altri programmi: **PROGRAMMA II** *«LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E LE AZIONI IN FAVORE DEI MALATI CRONICI»: "ComunicAzione per la salute"- "FormAzione per il cambiamento" - "Sanità in salute" – "Vita SiCura" - "Non mi fermo" - L'allattamento al seno nella Regione Molise: dal rilievo del dato epidemiologico alla promozione* **PROGRAMMA III** *«SCREENING NEONATALI»: Screening audiologico neonatale - Screening oftalmologico neonatale* **PROGRAMMI : IV** *«SCUOLA, SALUTE E BENESSERE»* e **V** *«PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE»: Scuola, Salute e Benessere: ambiti di intervento e azioni* **PROGRAMMI VI** *«PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI»: Strada sicura - Il problema OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno) - Attività e obiettivi specifici* **PROGRAMMA VII** *«PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI»: Casa sicura* **PROGRAMMA VIII** *«INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI».* **PROGRAMMA IX** *«SALUTE E AMBIENTE»: Monitoraggio della qualità dell'aria - Il problema amianto nella Regione Molise - Il ruolo del C.O.R. - La rete "Salute-Ambiente" nella Regione Molise - Percorsi formativi ed informativi integrati in tema di Ambiente e Salute - I controlli in base ai regolamenti "REACH" e "CLP" - Regolamenti "REACH" e "CLP": La formazione - L'Edilizia eco-compatibile: il rischio "radon" - I rischi da CEM e raggi UV* **PROGRAMMA X** *«PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLA REGIONE MOLISE»: La sorveglianza epidemiologica regionale: ritardi e prospettive - I sistemi di sorveglianza regionale delle malattie infettive prioritarie - L'informatizzazione della sorveglianza delle malattie infettive - Il potenziamento della segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari - Le malattie croniche o di lunga durata: tubercolosi (TBC) e HIV - L'Anagrafe vaccinale informatizzata: interoperabilità - Coperture vaccinali e adesione consapevole alle vaccinazioni - La corretta informazione sulle vaccinazioni - Piani per il contrasto delle emergenze infettive - SORVEGLIANZA, GESTIONE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E DELLE ANTIBIOTICO-RESISTENZE (Azione 1: La sorveglianza delle infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) - Azione 2: Il monitoraggio del consumo di antibiotici - Azione 3: Informare per migliorare l'uso di antibiotici - Azione 4: La sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza)* **PROGRAMMA XI** *« SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA»: Ricetta veterinaria elettronica: Verso la «dematerializzazione» dell'intera gestione del farmaco veterinario - Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 1) Integrazione tra Sanità pubblica, Ambiente e Agricoltura - Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 2) Le attività della rete dei laboratori - Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 3) Gli audit previsti dall'articolo 4 paragrafo 6 del Regolamento CE 882/2004 - La rete dei laboratori: Protocolli per la collaborazione nel settore alimentare e veterinario - Le Anagrafi del settore veterinario:*

	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore mangimi; Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist" del Regolamento (CE) 852/2004 - La gestione delle emergenze veterinarie e di sicurezza alimentare - La sorveglianza della fauna selvatica: la prevenzione delle malattie infettive e diffusive di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali - Tecniche e organizzazione del controllo ufficiale: Aspetti relativi alla formazione e agli audit - *Celiachia, allergie e intolleranze alimentari: Linee guida ed iniziative per tutelare il consumatore, assicurando una produzione sicura di alimenti, confezionati e non, idonei alla sua patologia - Sale: "poco e iodato". Iniziative della Regione Molise per ridurre i disordini da carenza iodica* **PROGRAMMA XII** *«PREVENZIONE DEL RANDAGISMO»: La prevenzione del randagismo e delle malattie zoonosiche legate agli animali d'affezione - A) Promozione del possesso responsabile di animali d'affezione - B) Iniziative per favorire l'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà - Controlli sanitari sulle strutture di ricovero dei cani*
CONTESTO	Nell'ambito del PNP gli screening oncologici (di mammella, colon e cervice uterina) occupano un ruolo centrale per la loro importanza sociale, economica e sanitaria. Costituiscono un intervento di sanità pubblica su popolazione apparentemente sana, aventi il compito di individuare precocemente la neoplasia, adottare le migliore terapie possibile con l'obiettivo finale di ridurre la mortalità specifica per singola patologia. I Registri Tumori sono strutture deputate alla raccolta e analisi dei dati relativi ai tumori maligni infiltranti, valutare la loro incidenza, prevalenza, calcolarne la sopravvivenza su scale geografiche diverse (provinciale, regionale, nazionale, mondiale). Presupposto fondamentale di queste due strutture è che possano disporre di dati di alta qualità, in tempi adeguati che per gli screening assurgono a livello di indicatori di performance. Nella Regione Molise gli screening oncologici sono operanti sin dall'ottobre del 2002 mentre il registro tumori è operativo dal 1° giugno 2014 e si accinge a chiudere la raccolta dei dati del biennio 2010-2011. Ovunque è ormai in atto una interazione continua e costante tra Screening e Registri Tumori in cui questi ultimi operano come uno strumento di monitoraggio sull'efficacia quali-quantitativa dei programmi di screening oncologici. Nella nostra regione una delle criticità più importanti è la dinamica del flusso dei dati dalla lettera d'invito all'inizio dei trattamenti (medici e chirurgici), ai dati di sopravvivenza.
DESCRIZIONE	Il prossimo passaggio della gestione dei flussi di screening comporterà una vera e propria rivoluzione poiché si passerà dalla gestione di dati aggregati alla gestione di dati puntuali che consentiranno una migliore valutazione complessiva ma saranno anche fonte di potenziali problematiche se i dati non saranno coerenti, corretti, puntuali, provenienti da tutte le discipline coinvolte nello screening (amministrativi, tecnici/radiologi, chirurghi, patologi, oncologi, radioterapisti, ecc). Il progetto si propone di effettuare un monitoraggio del flusso dei dati per il consolidamento di un corretto sistema informativo degli screening prendendo in considerazione i vari livelli e gli indicatori di processo. Verranno analizzati almeno 2 indicatori per ogni screening e per ogni tipologia (indicatori strutturali, logistico-organizzativi e funzionali; indicatori del processo clinico-diagnostico, indicatori precoci d'impatto). Verrà effettuata anche una valutazione dei non rispondenti all'invito mediante intervista telefonica di un certo numero di soggetti in target per ogni screening, per definire le motivazioni della non risposta (invito ricevuto ma non adesione; invito non ricevuto;

<table>
<tr><td></td><td>invito ricevuto ma non adesione per esame già eseguito)</td></tr>
<tr><td>OBIETTIVI</td><td>Obiettivi qualitativi del progetto sono:
a) Selezione degli indicatori di valutazione dei flussi;
b) Definizione scheda intervista;
c) Definizione del campione da intervistare;
d) Valutazione del peso dei fattori interni al sistema screening che determinano perdita di dati (es.: mancata registrazione esami effettuati);
e) Valutazione del peso dei fattori esterni al sistema screening che determinano perdita di dati (es.: perdita di informazioni per i positivi che completano il loro percorso diagnostico-terapeutico al di fuori dello screening stesso);
f) Rilevazione e analisi delle criticità;
g) Adeguamenti e correttivi;
Obiettivi quantitativi del progetto sono:
a) Individuazione di almeno 2 indicatori per screening;
b) Misurazione del numero di positive/i al II livello che prosegue l’iter diagnostico-terapeutico nell’ambito dello screening ma di cui non si ha la registrazione;
c) Misurazione del numero di soggetti positivi allo screening di cui si perde traccia (proseguono al di fuori del percorso screening);
d) Correzione di almeno il 75% delle criticità rilevate dagli indicatori selezionati.</td></tr>
<tr><td>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</td><td>12 mesi (vedi crono programma)</td></tr>
<tr><td>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</td><td>
<table>
<tr><th>Indicatore</th><th>Stato attuale</th><th>Al 31.12.2017</th></tr>
<tr><td>Individuazione di almeno 2 indicatori per screening</td><td>0</td><td>≥ 6</td></tr>
<tr><td>Misurazione del numero di positive/i al II livello che prosegue l’iter diagnostico-terapeutico nell’ambito dello screening ma di cui non si ha la registrazione</td><td>0</td><td>≥ 90%</td></tr>
<tr><td>Misurazione del numero di soggetti positivi allo screening di cui si perde traccia (proseguono al di fuori del percorso screening)</td><td>0</td><td>≥ 90</td></tr>
<tr><td>Correzione delle criticità rilevate dagli indicatori selezionati</td><td>0</td><td>≥ 75</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

PROSPETTO ECONOMICO DEL PROGETTO

DESCRIZIONE	**TOTALE**
Definizione indicatori	€ 750,00
Incontro formativo	€ 2.000,00
Interviste, valutazione questionario, realizzazione reportistica	€ 3.000,00
Spese cancelleria e stampa questionari	€ 232,65
Editing report	€ 1.000,00
TOTALE	**€ 6.982,65**

Direzione Generale per la Salute

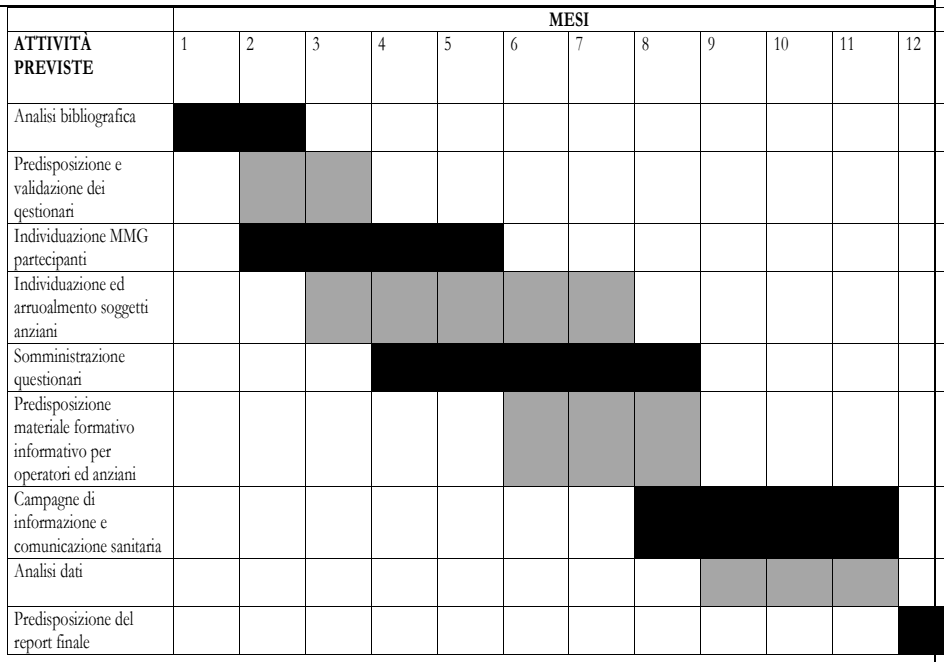
GENERALE	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n.73 del 20/12/2016
LINEA PROGETTUALE	**Linea n. 5 – Gestione della Cronicità**
TITOLO DEL PROGETTO	Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche e continuità dell'assistenza in soggetti non autosufficienti.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTI	A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 525.000,00**

INTERVENTO N.1 **Strategie ed interventi per potenziare informazione e comunicazione sanitaria sulle vaccinazioni, al fine di diffondere la cultura della prevenzione come scelta consapevole e responsabile del soggetto anziano.**

CONTESTO	Le dinamiche demografiche e le transizioni epidemiologiche evidenziano un costante incremento della speranza di vita e una tendenza progressiva all'invecchiamento della popolazione. Queste, se da un lato hanno rappresentato un rilevante successo di Sanità Pubblica, dall'altro, hanno contribuito a modificare radicalmente i bisogni della popolazione, costituendo una priorità di programmazione e sostenibilità per il Servizio Sanitario Nazionale. In questo contesto, l'assistenza primaria svolge un ruolo strategico in relazione ai destinatari, nei quali rientrano soggetti sani o apparentemente sani sui quali si può intervenire a scopo preventivo con il supporto della "medicina di iniziativa", basata sull'educazione alla salute e sulla partecipazione a programmi di prevenzione attiva sia primaria, sia secondaria, e soggetti non autosufficienti e/o fragili, tra cui gli anziani. A causa del declino dell'efficacia del sistema immunitario e dell'aumento di comorbidità, l'età avanzata rappresenta di per sé un fattore di rischio per l'aumento della suscettibilità alle infezioni di maggiore gravità e con una prognosi meno favorevole. Le vaccinazioni sono uno strumento fondamentale delle attività di promozione della salute e rappresentano uno degli interventi preventivi più efficaci contro malattie gravi e/o che possono causare importanti complicanze, sequele invalidanti e morte. Le attività di prevenzione primaria, in particolare le vaccinazioni per la tutela della salute del soggetto anziano, rientrano, quindi, a pieno titolo nel contesto dell'assistenza primaria. In Italia, l'influenza rappresenta ancora oggi un'importante causa di morte per patologia infettiva, con circa 8.000 decessi l'anno; negli anziani può causare complicanze tali da rendere necessario il ricovero ospedaliero, può portare alla perdita dell'autosufficienza e, in casi estremi, alla morte. Elevati tassi di mortalità si registrano anche per la polmonite pneumococcica: secondo i dati Istat, a causa dell'infezione, nel 2012 in Italia si sono verificati oltre 9.200 decessi e oltre 100.000 ricoveri ospedalieri in soggetti di età pari o superiore a 65 anni. Inoltre, l'herpes zoster o "Fuoco di Sant'Antonio", colpisce soggetti over 50 in due casi su tre e ogni anno, in Italia, circa 157.000 individui affetti sviluppano nevralgia post-erpetica, che può perdurare per anni e impedire il proseguimento di una vita normale. Secondo un'indagine realizzata dal Censis (Centro Studi Investimenti Sociali), la popolazione anziana ha una conoscenza imprecisa sulle vaccinazioni e solo una bassa percentuale vi fa ricorso. Dai dati della stagione antinfluenzale 2013-14, solo il 55,4% della popolazione di età pari o superiore a 65 anni si è vaccinata, con una copertura ben al di sotto degli obiettivi del 75% come soglia minima e del 95% come soglia ottimale, indicati da OMS e Consiglio Europeo. Un ulteriore calo (fino al -30%) per la vaccinazione anti-influenzale è stato osservato nel 2014-15. Alla base della decisione di vaccinarsi incidono aspetti individuali relativi al rischio di reazioni avverse, che è enormemente più basso rispetto alla probabilità di avere la malattia e sue complicanze. Inoltre, dal punto di vista della comunicazione tra medico e cittadino/paziente, questi aspetti sono spesso trascurati ed il cittadino può avere un'imprecisa o scorretta percezione del rischio, sia associato alla malattia, sia associato alle vaccinazioni. Uno dei fattori principali che determina il successo delle strategie vaccinali è rappresentato dalla possibilità di fornire una corretta informazione all'utente. Da qui, la necessità di implementare strategie di comunicazione basate sulla proattività della presa in carico del cittadino, intese come interventi di promozione della salute, indirizzati agli anziani, dove la comorbidità è più alta e i bisogni di salute sono sempre più articolati e complessi. Tali strategie sono da ritenersi strumenti indispensabili per diffondere la cultura vaccinale e prevenire la disinformazione.
DESCRIZIONE	Il progetto prevede la definizione, l'implementazione e la programmazione di efficaci strategie di comunicazione rivolte alla popolazione anziana della Regione Molise, con

	un approccio *ex ante*, *in itinere* ed *ex-post*, su alcune malattie infettive, di interesse geriatrico, prevenibili mediante vaccinazione (influenza, polmonite pneumococcica, Herpes zoster) e sui vaccini disponibili, allo scopo di fornire adeguate conoscenze, soprattutto sul piano della sicurezza vaccinale che può concorrere al mancato raggiungimento dei livelli ottimali di copertura. La realizzazione del programma verrà coordinato in collaborazione con professionisti della comunicazione (sociologi, psicologi, assistenti socio-sanitari, docenti universitari) e i destinatari diretti saranno tutti gli over 65 residenti nel territorio molisano. È, inoltre, previsto il coinvolgimento dei MMG e degli operatori sanitari dei reparti di Geriatria/Medicina Interna degli ospedali regionali, nonché dei farmacisti presenti sul territorio. Tali azioni strategiche, supportate dalle evidenze scientifiche, saranno volte a favorire la '*compliance*' degli anziani verso le vaccinazioni attraverso il potenziamento delle capacità comunicative dei MMG e degli operatori sanitari che, rappresentando la principale fonte di informazione su vaccini e programmi di vaccinazione, possono promuovere attivamente l'accettazione e sostenere il cittadino nel comprendere adeguatamente le informazioni per effettuare scelte consapevoli. Il progetto si propone di coordinare e di supportare la comunicazione sui temi di sicurezza ed efficacia delle vaccinazioni mediante l'aggiornamento dei professionisti sanitari e l'uso di strumenti di facile accesso, creando un linguaggio condiviso tra MMG e operatori sanitari e definendo modalità comunicative comuni e semplici nei confronti del cittadino che le deve recepire. L'interazione del cittadino con il MMG e gli operatori sanitari rappresenta, pertanto, un passaggio critico nel determinare l'attitudine del cittadino alla vaccinazione; attraverso una comunicazione efficace, possono essere chiariti eventuali dubbi, aumentare le conoscenze sui benefici della vaccinazione e motivare anche i soggetti poco inclini all'accettazione del vaccino. Saranno sviluppati, quindi, interventi mirati per garantire un'informazione puntuale sui vantaggi della vaccinazione, soprattutto contribuendo a stabilire o rafforzare un rapporto di fiducia del cittadino con i professionisti sanitari.
OBIETTIVI	<u>Obiettivo principale</u>: - incrementare l'informazione e la formazione nella popolazione anziana sulle malattie prevenibili con le vaccinazioni e sui temi di sicurezza ed efficacia dei vaccini, attraverso la coordinazione con professionisti della comunicazione e l'interazione con i professionisti sanitari, per aumentare le conoscenze su tali argomenti, la fiducia nelle vaccinazioni e per diffondere la cultura della prevenzione vaccinale come scelta consapevole e responsabile del soggetto anziano. Tale fase operativa sarà preceduta da una fase conoscitiva suddivisa in due momenti: a) revisione sistematica della letteratura su azioni di provata efficacia b) esecuzione di indagini volte a valutare i motivi di rifiuto/sfiducia verso i vaccini negli anziani e professionisti sanitari, al fine di individuare se la mancata adesione alla vaccinazione sia attribuibile a specifiche decisioni o a condizioni socio-culturali. <u>Obiettivi specifici</u>: - conoscenza delle principali criticità informative sulle vaccinazioni, mediante un'indagine sui determinanti delle scelte vaccinali con un questionario su conoscenze e comportamenti relativi alle vaccinazioni; - promozione della consapevolezza e della scelta responsabile a vaccinarsi da parte del soggetto anziano attraverso una campagna di informazione, mediante distribuzione di pacchetti informativi per far comprendere, con un linguaggio adeguato al target, nozioni di base, importanza e sicurezza dei vaccini, nonché affissione/stampa di materiale informativo esposto (opuscoli, poster, locandine/brochure ad hoc, immagini, slogan, etc.) presso studi medici, farmacie, laboratori analisi, da distribuire ai cittadini/assistiti. - - promozione di interventi di informazione e formazione sulle vaccinazioni rivolti specificatamente agli operatori sanitari, differenziando le strategie di intervento in base a sottogruppi selezionati (operatori che gestiscono soggetti con

	malattie croniche o che ricoverano soggetti ad alto rischio per le malattie sopracitate, etc.).
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Numero di pacchetti informativi/formativi prodotti rivolti alla popolazione anziana - Numero di incontri programmati ed effettuati sull'importanza delle vaccinazioni con il coinvolgimento di professionisti della comunicazione, MMG e operatori sanitari - Numero di pacchetti informativi/formativi realizzati sulle malattie prevenibili con le vaccinazioni rivolti agli operatori sanitari - Numero di incontri programmati durante i quali sono presentati i pacchetti formativi per gli operatori sanitari - Numero di MMG e operatori sanitari partecipanti - Numero di anziani arruolati
RISULTATI ATTESI	- Partecipazione allo studio della popolazione anziana superiore alla soglia del tasso di vaccinazione per influenza, polmonite pneumococcica, herpes zoster - Aumento delle conoscenze negli anziani sulle malattie infettive prevenibili con vaccini - Aumento delle conoscenze sull'importanza e il valore delle vaccinazioni per garantire un invecchiamento sano - Sensibilizzazione della popolazione generale - Miglioramento della partecipazione attiva dei MMG e degli operatori sanitari all'incentivazione delle vaccinazioni nella popolazione anziana assistita - Valutazione positiva degli eventi formativi - Aumento dei tassi specifici di coperture vaccinali - Riduzione dei ricoveri per malattie prevenibili con vaccini nella popolazione anziana

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

	MESI											
ATTIVITÀ PREVISTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisi bibliografica												
Predisposizione e validazione dei qestionari												
Individuazione MMG partecipanti												
Individuazione ed arruoalmento soggetti anziani												
Somministrazione questionari												
Predisposizione materiale formativo informativo per operatori ed anziani												
Campagne di informazione e comunicazione sanitaria												
Analisi dati												
Predisposizione del report finale												

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 1

DESCRIZIONE	**IMPORTO**
Personale a contratto	€ 60.000,00
Materiali di consumo, attrezzature, hardware, software	€ 20.000,00
Organizzazione di incontri e corsi di formazione, seminari, campagne di informazione, divulgazione scientifica	€ 20.000,00
Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali	€ 5.000,00
TOTALE	**€ 105.000,00**

INTERVENTO N.2 DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEI DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO

CONTESTO	In molti paesi c'è un aumento documentabile di casi di bambini – soprattutto maschi – con la diagnosi di **disturbi dello spettro autistico** (ASD) (sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico, secondo l'ICD-10, International statistical classification of diseasesand related health problems, cioè la Classificazione Internazionale delle Malattie pubblicata dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 1992). Negli ultimi anni si è costatato che i disturbi dello spettro autistico sono molto più frequenti rispetto a quanto ritenuto in passato. Questo significa che sempre più famiglie sono coinvolte e che spesso si sentono perse e non sanno come poter aiutare il loro bambino. Nello specifico si tratta di una "famiglia" di disturbi che comprendono le forme tipiche e atipiche di autismo e la sindrome di Asperger. In ogni caso si tratta di disturbi causati da un disordine organico dello sviluppo. Le aree prevalentemente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con gli altri (Baird et al., 2003; Berney, 2000;Szatmari, 2003). Questa sindrome ha esordio nei primi 3 anni di vita. Molti genitori notano i primi problemi nelle aree di comportamento sopra citate, tra i 15 ed i 18 mesi di vita del bambino (Ozand et al, 2003). Young et al (2003) suggeriscono che alcuni dei sintomi vengono notati dai genitori prima dei due anni di vita del bambino. La diagnosi precoce significa intervento precoce, e questo può condurre in alcuni casi ad una migliore prognosi in età adulta. Anche se i deficit sociali assumono un'espressività variabile nel tempo, l'autismo si configura come una "disabilità permanente" che accompagnerà l'individuo per tutto l'arco della vita con gravità variabili da soggetto a soggetto. I **disturbi dello Spettro Autistico** vengono inquadrati nell'ambito del DSM V (Manuale Statistico e diagnostico dei disturbi mentali) all'interno dei Disordini del NEUROSVILUPPO, eliminando la precedente suddivisione in sottocategorie prevista dalla DSM IV. Questa innovazione è nata dall'ampliamento delle conoscenze nell'ambito delle Neuroscienze e dalla constatazione che la precedente classificazione non era rispondente alla realtà clinica ed esperienziale. L'attenzione viene quindi posta più che ad individuare una sottocategoria, a coglierne la variabilità individuale, relativamente al grado di severità della sintomatologia, all'associazione con condizioni mediche, genetiche o con fattori ambientali, all'individuazione delle abilità verbali e delle abilità cognitive. Si sono dunque ridefinite le aree sintomatologiche organizzandole in due distinti ambiti: comunicazione sociale e interazione sociale ed interessi ristretti e ripetitivi. In questa area si includono anche le reazioni anormali agli stimoli sensoriali. Si è assistito ad un passaggio da una diagnosi categoriale ad una diagnosi dimensionale con l'introduzione della terminologia "Spettro dei Disturbi Autistici " (ASD). La possibilità di definire una gradazione nei livelli di gravità, in base ad indicatori delle aree della Comunicazione sociale e degli interessi ristretti e comportamenti ripetitivi dal livello 1 al 3 consente di definire l'intensità del supporto da fornire a bambini ed adolescenti con ASD e questo rappresenta un punto importante sia per l'inquadramento che per la valutazione degli esiti degli interventi. Le Linee Guida Nazionali " Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo, con particolar riferimento ai disturbi dello spettro autistico" sono state elaborate all'interno del primo

	programma nazionale di ricerca sulla salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, il Programma Strategico " Un approccio epidemiologico ai disturbi dello spettro autistico" (data di pubblicazione: ottobre 2011 e data di aggiornamento: ottobre 2015), e recepite nell'Accordo Stato-Regione (Atti n.132/ c.u. del 212/11/2012). A seguire, "in conformità a quanto previsto dalla risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite n. A/RES/67/82 del 12 dicembre 2012 sui bisogni delle persone con autismo, viene emanata il 18 agosto 2015 una legge " Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie. L'innovazione consiste nel riconoscimento delle prestazioni relative alla diagnosi precoce, alla cura e al trattamento individualizzato nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Nel testo viene fatta esplicita raccomandazione di attenersi alle Linee Guida Nazionali elaborate e continuamente aggiornate dall'Istituto Superiore di Sanità nel predisporre l'approccio metodologico diagnostico e terapeutico che di conseguenza deve basarsi sulle più recenti e accreditate evidenze scientifiche. A tal proposito viene predisposto che ad occuparsi siano "equipe territoriali multiprofessionali all'interno dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile e **dei servizi per l'età adulta** che partecipino alla definizione del piano di assistenza, ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza anche in sinergia con le altre attività dei servizi stessi." Dalla analisi integrata delle Linee Guida e della più recente letteratura si apprende che allo stato **non vi sono evidenze conclusive e certe in merito ad uno specifico modello di intervento.** La maggiore raccomandazione consiste nel predisporre l'intervento abilitativo in modo tempestivo, intensivo e strutturato cercando di modulare gli approcci psicoeducativi adeguandoli alle esigenze individuali. A tal fine è importante effettuare una diagnosi accurata con il relativo funzionale. Importante è la rilevazione dei comportamenti "problemi" , scegliendo le più opportune strategie terapeutiche, abilitative-riabilitative ed educative-didattiche. Ciò deve avvenire nel rispetto dei LEA, prevedendo "equipe specialistiche dedicate ai Disturbi dello Spettro Autistico nell'ambito de**i servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta,** anche in collaborazione con le altre attività dei servizi stessi, che partecipino alla definizione del piano di assistenza (PAI(PEI), ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza nelle varie aree della vita del soggetto (scuola, famiglia, lavoro, centro semiresidenziale/ residenziale)."
DESCRIZIONE	**La metodologia è articolata in più fasi, sotto specificate:** Il progetto sarà coordinato dall' U.O.S. a V.D. di NPI e Riabilitazione dell'età evolutiva con sede a Campobasso che si occupa della fascia di età 0-18 anni e vedrà coinvolte le Associazioni delle famiglie. Si articolerà in due ambiti: uno rivolto **al percorso di rilevazione e diagnosi precoce e al relativo percorso terapeutico abilitativo/riabilitativo** e un altro rivolto **alla creazione di Rete di soggetti autorizzati alla somministrazione dell'ABA a persone affette da autismo.** Viene scelto il programma ad indirizzo comportamentale ovvero un approccio che prevede una collaborazione costruttiva ed indispensabile tra le diverse forze che interagiscono attorno al singolo soggetto. I tre principali sottosistemi che formano il sistema curante, sono: - il sistema socio-sanitario - il sistema scolastico; - il sistema famiglia. Si tratta di creare una interazione che permette lo scambio di competenze e il supporto reciproco fra i vari sistemi, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del soggetto autistico. La metodologia prevede: A) VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA INFANTILE 1. Anamnesi: accurata e mirata alle possibili cause: sofferenza encefalica precoce (pre o perinatale) o post-natale (infezioni, traumi, encefalopatie epilettiche…); alterato sviluppo delle tappe motorie, prassiche e linguistiche, dell'organizzazione affettivo-relazionale; inadeguate esperienze ambientali. Rilievo di disturbi neurologici (epilessia, disturbi

	motori, disturbi del sonno, cefalea…) e/o psichiatrici (ritardo mentale, disturbi generalizzati dello sviluppo, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo di personalità, psicosi…). 2. Esame somatico obiettivo: misurazione della circonferenza cranica, valutazione dell'accrescimento staturo-ponderale e rilievo di eventuali disfunzioni-alterazioni di organi e apparati, in particolare uditivo e visivo. 3. Esame neurologico: valutazione dell'organizzazione posturale-motoria, delle abilità prassiche manuali, della coordinazioni visuo-motoria, della dominanza laterale; rilievo di segni patologici (spasticità, discinesie, atassia, aspetti disprassici e disartrici…). Esame dei segni neurologici minori. B) PERCORSO PSICODIAGNOSTICO: Indagine psicodiagnostica sarà rivolta attraverso metodi di osservazioni diretta e indiretta ad inquadrare la tipologia del disturbo autistico, secondo le linee guide prodotte dalla S.I.N.P.I.A. (Società Di Neuropsichiatria per l'Infanzia e Adolescenza). La valutazione NPI e psicologica si svolgerà secondo un'ottica multifunzionale, valutando i contesti di vita familiare, scolastici e sociali. Tra le varie Scale e Metodi raccomandati dalla linee guida e dalle più aggiornata letteratura, si possono individuare: - Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (Lord et al., 2000) - Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (Lord et al., 1994) - Scala Vineland per la rilevazioni delle funzioni adattive - PEP-R, Profilo Psico-educativo (Schopler). C) APPROCCIO TERAPEUTICO L'obiettivo principale di questo progetto è creare una rete tra tutte le figure professionali, familiari e sociali presenti nella vita del bambino, in modo che egli abbia chiarezza e coerenza negli apprendimenti e relazioni sociali. Il programma comportamentale rappresenta una modalità di presa in carico globale della persona con autismo o con disturbo generalizzato dello sviluppo: consiste, infatti, in un sistema di servizi che comprende scuole, centri abilitativi e riabilitativi, centri diurni per minori e per adulti. All'interno del programma sono messe a punto metodologie educative e strategie abilitative, basate sull'educazione strutturata e su un approccio cognitivo-comportamentale. L'insegnamento strutturato ha come strumento principale di comunicazione il supporto visivo: al fine di favorire una migliore riuscita dell'intervento viene applicata una strategia di strutturazione dell'ambiente che utilizza uno dei possibili punti di forza delle persone con autismo, cioè l'abilità di elaborare proprio le informazioni visive. Considerato che le difficoltà dei ragazzi con problemi di autismo non riguardano solo il linguaggio verbale ma anche tutta una serie di caratteristiche legate alla pragmatica della comunicazione e alle regole sociali di tipo non verbale, l'organizzazione dello spazio è fondamentale. La terapia avverrebbe sia a livello sanitario che nella scuola del bambino, dove gli operatori si recherebbero settimanalmente per condividere con le insegnanti il programma educativo e/o sostenere il loro lavoro in caso di difficoltà o cambiamenti. La famiglia parteciperebbe, settimanalmente o mensilmente, al lavoro col bambino e le terapiste, in modo che essa sia il più possibile informata e formata sul lavoro svolto col figlio, possa anch'essa prendere parte alle attività, proseguirle eventualmente a casa, e creare una rete più coerente e chiara d'intervento. La famiglia può in qualsiasi momento chiedere un colloquio con l'equipe professionale per chiedere chiarimenti e/o aiuto. CENTRO ABA La fase successiva è l'inserimento in un Centro ABA che sarà organizzato in spazi e moduli differenti a seconda delle attività e degli interventi da svolgere. E' fondamentale prevedere interventi diretti ai soggetti con Disturbo dello

	Spettro Autistico e alle loro famiglie (parent training; counselling genitoriale) e indiretti rivolti agli operatori scolastici e/o altri operatori di altre Agenzie sociali.
OBIETTIVI	Al fine di garantire un efficace intervento sono necessari: 1. Collaborazione con la famiglia: se gli operatori professionali sono esperti di bambini, di autismo e di trattamenti educativi speciali, i genitori sono, dal canto loro, i migliori esperti del proprio bambino; da un'efficace collaborazione si possono quindi ottenere i risultati migliori. 2. Personalizzazione dell'intervento: ogni bambino con disturbo dello spettro autistico è unico, e per questo l'approccio comportamentale non propone un percorso rigido da applicare passo per passo a tutti i bambini, ma fornisce linee e strumenti per individuare i punti di forza, gli stili di apprendimento, le difficoltà, gli obiettivi e le priorità di ciascuno. 3. Diagnosi e valutazione precisa: una diagnosi corretta (secondo i criteri del DSM V o dell'ICD-10) è essenziale ai fini dell'intervento, così come esso non può prescindere da una precisa conoscenza delle abilità del bambino in aree essenziali: imitazione, percezione, motricità fine, motricità globale, coordinazione occhio-mano, capacità cognitive e capacità verbali; si valutano inoltre le modalità di interazione sociale e di comunicazione. 4. Programmazione: il lavoro educativo con il bambino autistico si svolge in tutti i suoi ambienti di vita: non solo, quindi, in ambito sanitario, ma anche e soprattutto a casa e a scuola. Coinvolge tutte le aree indagate in fase di valutazione privilegiando quelli che sono i punti di forza del bambino piuttosto che le sue carenze: si promuove l'uso indipendente di quelle capacità che il bambino ha mostrato di possedere e lo sviluppo di quelle apparse come «emergenti», ovvero in fase di acquisizione. Gli obiettivi educativi — a lungo, medio e breve termine — vengono individuati nelle aree funzionali dell'autonomia, della socializzazione, della comunicazione, dell'apprendimento e del tempo libero. 5. Strutturazione: nell'insegnare al bambino autistico occorre venire incontro alle peculiari modalità di essere e di agire proprie della persona con autismo: occorre progettare e organizzare lo spazio fisico e lo scorrere del tempo per aiutarlo a comprendere cosa ci si aspetta da lui in un dato momento, dove dovrà impegnarsi, per quanto tempo, cosa succederà dopo. E' importante non solo individualizzare un progetto abilitativo sulla base della valutazione del bambino, ma anche avere una visione d'insieme di quelle che sono le risorse, i vincoli e i bisogni dei contesti in cui il bambino è inserito (primi tra tutti, famiglia e scuola). Ciò implica che le metodologie dovranno adattarsi al contesto e non viceversa. <u>ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO</u> L'intervento da realizzare da parte del 'soggetto erogatore dovrà rispettare gli elementi base di un programma comportamentale ABA per soggetti autistici. L'intervento' dovrà caratterizzarsi come *Intensivo* ossia prevedere un minimo di 10/12 ore settimanali che potranno variare in base alle singole necessità del soggetto e al tipo di rapporto con operatore (l: 1 o 1:2 se sì lavora in piccolo gruppo in alcune attività specifiche). Il piano di intervento dovrà prevedere programmi *individualizzati* in base a valutazioni effettuate mediante somministrazione di test standardizzati (VB-MAPP, PEP 3, ABLLS) e *comprensivo* ossia intervenire sulle aree fondamentali dello sviluppo: cognitiva, linguistica e delle abilità sociali. Dovrà altresì prevedere il coinvolgimento massiccio della famiglia e il suo adeguato supporto e formazione sulla comprensione e gestione delle dinamiche educative. L'intervento deve essere articolato prevedendo momenti di insegnamento sia in ambiente strutturato che di insegnamento in ambiente naturale (NET). Infine, con cadenza almeno mensile, dovrà essere effettuata una *Supervisione* qualificata garantita da un professionista BCBA certificato.

	OGGETTO DELLA PRESTAZIONE L'attività assistenziale deve essere garantita a livello domiciliare, ambulatoriale ed in ambienti sociali esterni (parchi, cinema, scuola) il piano assistenziale elaborato in base al bisogno dell'utente definirà la percentuale degli interventi tra domiciliari e ambulatoriali. L'attività deve prevedere: - almeno 45 (quarantacinque) ore mensili se il rapporto l:1 (incrementato del 30% se il lavoro si svolge in piccolo gruppo composto massimo da 3 pazienti); - almeno una supervisione mensile di 3 (tre) ore più 1 (una) dedicata alla stesura di report che indichi gli obiettivi raggiunti in rapporto a quelli prefissati. Il report dovrà poi essere inviato all'ASREM di volta in volta. Il piano assistenziale, il numero di ore e la loro strutturazione potrà essere modificato da parte dell'equipe multi-professionale su segnalazione del supervisore BCBA. STRUTTURAZIONE E PRESENTAZIONE DEI PROGRAMMA INDIVIDUALIZZATO: Per rispondere alle diverse esigenze i piani assistenziali verranno differenziati in primo luogo per fasce di età indicando in ogni caso le aree di intervento e gli obiettivi specifici che saranno successivamente oggetto di valutazione. Infanzia da 0 a 9 anni: il programma dovrà indicare gli obiettivi per le seguenti aree: • Abilità di richiesta • Imitazione motoria e verbale • Abilità pre-accademìca • Autonomie personali di base • Toilet-training • Training per dormire • Lavoro sui comportamenti maladattivi Adolescenza da 10a 17 anni: il programma dovrà indicare gli obiettivi per le seguenti aree: • Comunicazione funzionale • Abilità accademiche • Competenze socio-relazionali • Autonomie personali avanzate • Abilità domestiche di base' • Introduzione alla sessualità • Lavoro sui comportamenti disadattavi Il piano dovrà contenere inoltre indicazioni dettagliate circa: • la tipologia di operatore coinvolto e il numero dì ore che dedicherà all'assistenza. Le figure professionali in possesso delle adeguate competenze sul metodo ABA, comprovata da specifica certificazione sono: psicologo, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici del comportamento. In caso di necessità le ore programmate possono essere distribuite tra figure professionali diverse in possesso dei requisiti; • il numero di supervisioni necessarie.

REQUISITI	REQUISITI NECESSARI PER LA FORMAZIONE DI CENTRI EROGATORI ABA • Possesso di una sede idonea agli interventi con rapporto 1/1 (almeno quattro ambienti dedicati alla terapia 1 a 1) sala di attesa, piccola palestra per attività motoria adattata. • Elenco degli operatori che vengono coinvolti nell'assistenza, certificando l'esperienza maturata come tecnici del comportamento e la presenza all'interno di almeno un supervisore certificato BCBA attraverso la presentazione del relativo contratto di lavoro. • Presenza all'intero della struttura di uno Psicologo certificato per somministrazione in ambito clinico per diagnosi di autismo (ADOS ADI ecc.) con esperienza formativa documentata presso un servizio pubblico di valutazione e diagnosi funzionale per l'autismo; • Presenza di almeno un Terapista della Riabilitazione Psichiatrica con almeno tre anni di esperienza documenta nell'ambito della somministrazione di terapie comportamentali ABA • Un operatore con laurea in Scienze e Tecniche dell'Attività Motoria Preventiva ed Adattata.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Il progetto prevede un periodo di **un anno o due** con verifica semestrale. I primi tre mesi sono rivolti alla definizione del profilo funzionale e della definizione degli interventi. Tra il 4 e il 5 mese i bambini e i ragazzi vengono inseriti nei rispettivi Centri , con la specifica modulazione del loro intervento. Il campione è rappresentato da bambini e ragazzi residenti della Regione Molise, la sede prevede centralità sulla zona di Campobasso . Il progetto prevede una verifica ogni 6 mesi attraverso valutazioni diagnostiche e funzionali specifiche.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	**Indicatori di Processo** Interventi di Supporto ai soggetti interessati e alle loro famiglie; **Indicatori di risultato** • Miglioramento dell'adattamento dei soggetti ai contesti di vita • Miglioramento dei comportamenti "problemi" • Miglioramento della comunicazione • Miglioramento delle interazioni sociali e delle relazioni interpersonali

RISULTATI ATTESI	La valutazione del progetto riguarderà gli esiti specifici dei singoli interventi e la validità dei processi sull'impatto generale, costruendo una rete specifica e interattiva fra gli operatori dell'età evolutiva sul territorio regionale e con le Associazioni dei familiari. Si ribadisce che il goldend standard dell'indicazione di buon esito generale sono la promozione e il mantenimento del più alto livello possibile della Qualità di vita del soggetto con Disturbo dello Spettro Autistico e nell'ambito familiare che nel contesto scolastico. - Assicurare appropriatezza clinica - Offrire opportune strategie terapeutiche, abilitative-riabilitative ed educative-didattiche - Ridurre il ricorso a percorsi di cura e intervento in strutture extra regionali - PARTNER DEL PROGETTO: - U.O.S. a V.D. di NPI e Riabilitazione dell'età evolutiva, anche con funzione di coordinamento. - Servizi Asrem per l'età evolutiva presenti a livello regionale. - Associazioni delle famiglie di soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico. - Associazioni sportive e ricreative. - Pediatri. - Associazioni di volontariato.

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 2

DESCRIZIONE	**IMPEGNO**
Acquisto di Servizi/ convenzioni	€ 400.000,00
Materiali di consumo, attrezzature, hardware, software	€. 20.000,00
TOTALE	**€ 420.000,00**

Direzione Generale per la Salute

GENERALITA’	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n.73 del 20/12/2016
LINEA PROGETTUALE	**N. 6 – RETI ONCOLOGICHE**
TITOLO DEL PROGETTO	Progettazione e realizzazione della rete oncologica regionale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTI	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 250.000,00**

IL PROGETTO	
CONTESTO	Il cancro costituisce in tutti i paesi occidentali una delle due principali cause di mortalità, insieme alle malattie cardiovascolari. Si sono messe in evidenza caratteristiche essenziali di un servizio sanitario che intenda rispondere pienamente ai bisogni dei malati di cancro, cosi come delle persone a rischio e dei loro familiari. Tra queste è importante ricordare i servizi (ospedalieri, territoriali, domiciliari) di alto livello; il personale altamente competente ed affidabile; l’appropriatezza di cura ed assistenza erogata in ogni momento della malattia; la disponibilità delle tecnologie più innovative sia per la diagnosi che per la terapia; la possibilità di accedere facilmente per tutti i pazienti eleggibili e desiderosi di parteciparvi alla ricerca clinica e ai trials clinici. La “mission” , affidata dalla legislazione al nostro servizio sanitario, comporta la necessità che abbia queste caratteristiche e che le metta a disposizione di tutti i cittadini in modo “equo”. A tal proposito sono state definite le caratteristiche indispensabili perché si possa definire presente in una regione una rete oncologica. In dettaglio è necessario: presenza di una autorità centrale regionale in grado di governare i collegamenti tra le diverse strutture, la pianificazione dell’uso delle risorse, la definizione e valutazione dei pazienti per le diverse patologie neoplastiche; diffusione nel territorio di centri di accesso alla rete oncologica in grado di prendere in carico il singolo caso assicurando la regia dell’intero percorso;

	esistenza di un modello organizzativo che preveda l'integrazione multiprofessionale con la costituzione di gruppi tumore-specifici che adottano il modo condiviso percorsi di cura mandatori per tutti i professionisti impegnati; individuazione delle strutture di riferimento per il trattamento dei diversi tumori in base alla loro incidenza/prevalenza epidemiologica, alla comprovata efficacia della numerosità dei casi trattati con appropriatezza , alla presenza delle necessarie tecnologie e all'expertise dei professionisti; coinvolgimento dei servizi territoriali per le azioni di promozione della salute/prevenzione , adesione agli screening, tempestività diagnostica, equità di accesso, integrazione dei percorsi di cura, programmazione del follow up, interventi riabilitativi e facilitanti il reinserimento sociale, cure palliative; partecipazione e corresponsabilizzazione dei distretti sanitari e dei medici di medicina generale; promozione di rapporti con i pazienti e le loro associazioni per una presenza attiva nei momenti delle scelte programmatorie e per una valutazione della qualità percepita; informatizzazione che consenta a tutti i nodi della rete di accedere alle principali informazioni caratterizzanti la storia del paziente e assicuri attraverso un sistema dedicato di prenotazioni la regia dei diversi momenti del percorso; facilitazione della ricerca clinica con la semplificazione e condivisioni delle procedure e l'istituzione di un servizio di data-management con una piattaforma informatica unificata per la raccolta dei dati; nascita di infrastrutture di sistema quale il laboratorio per le indagini di patologia molecolare e la ricerca delle mutazioni genomiche con una piattaforma per la gestione di tali dati; progetti di comunicazione per presentare ai cittadini le opportunità fornite dalla rete e renderli in grado di decidere consapevolmente sui diversi aspetti del loro percorso di cura; programma di formazione e aggiornamento per tutti gli operatori della rete su problemi clinici organizzativi relazionali; definizione degli indicatori di struttura, processo e risultato per ciascuno dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali previsti e audit periodici per l'adozione di eventuali provvedimenti correttivi. Si evidenzia che le continue innovazioni sia dal punto di vista della diagnosi precoce e delle terapie avanzate (farmaci biologici ed immunoterapie ad esempio) legano molto strettamente l'ambito assistenziale con la ricerca universitaria. Nella programmazione della rete occorre quindi strutturare una stretta coordinazione tra tutti gli eventi diagnostici-clinici e clinico-assistenziali dell'oncologia con i vari servizi, attraverso la creazione di PAI e PDTA specifici in cui le singole attività e ciascun servizio, pur organizzati territorialmente sul modello hub & spoke, siano strettamente integrate. Il valore aggiunto della ricerca e dell'assistenza Universitaria consente non solo di poter sperimentare nuove tecnologie diagnostiche, terapeutiche, assistenziali, ma anche nuovi modelli organizzativi economicamente sostenibili; ad esempio attraverso metodologie innovative per la gestione strategica delle risorse e il controllo di gestione (HTA) ed elaborando piani sperimentali per applicazioni di e-Health in oncologia. Con riferimento, inoltre ai Centri Hub, rappresentati da un insieme di strutture di assistenza ad alta complessità dove siano presenti tutte le specialità necessarie per la gestione di una singola patologia oncologica e sede di gruppi interdisciplinari di patologia e con il compito di coordinamento dei protocolli clinici, definiscono il piano assistenziale individuale e sono funzionalmente integrati con l'attività didattica e di ricerca dell'Università del Molise (DiMeS). La rete oncologica, organizzata secondo un modello HUB e SPOKE, con una serie di strutture di primo livello (SPOKE) collegate managerialmente a centri sopra ordinati di maggiore specializzazione diagnostica o terapeutica (HUB), (…) coprirà l'intero territorio

	della Regione Molise (…) con la collaborazione (pag. 98 DCA n. 60/2015), delle UO di Medicina, U.O. di Chirurgia, U.O. di Diagnostica per Immagini, radioterapia, Medicina Nucleare, Anatomia Patologica/ e biologia Molecolare, Cure Palliative,Terapia Antalgica, Hospice e, per la didattica e la ricerca, dell'Università del Molise (DiMeS). In considerazione del ruolo così assunto dalla didattica e dalla ricerca, e, consequenzialmente, dall'Università del Molise (DiMeS), si rende necessario specificare ed integrare la progettualità con le ulteriori specifiche "AZIONI" (pag. 100 DCA n. 60/2015) strettamente collegate alla realizzazione del progetto: Realizzazione di programmi di ricerca innovativi in campo diagnostico, terapeutico, assistenziale e di HTA, gestiti in coordinazione con l'Università del Molise (DiMeS); Realizzazione di programmi di formazione specifica e specialistica in collaborazione con l'Università del Molise (DiMeS) in campo oncologico e gestionale in oncologia. In regione esistono competenze e figure professionali oncologiche altamente qualificate, ma che risultano spesso operanti in maniera autonoma e non coordinata tra loro, con una evidente dispersione di risorse umane ed economiche, peraltro sempre molto limitate, sia nel campo dell'attività assistenziale che in quello della ricerca, difatti sono attive solo due UU.OO.CC. presso gli ospedali di Campobasso e Isernia, mentre negli altri ospedali regionali non sono operative unità operative di Oncologia Medica. Tutto questo è in linea con quanto realizzato negli anni precedenti durante i quali è stata sviluppata un'adeguata programmazione volta a migliorare complessivamente tutti gli ambiti coinvolti nella lotta contro il cancro sia per quanto riguarda la prevenzione che per la qualità dell'assistenza e della ricerca.
DESCRIZIONE	Il presente progetto, giusta prosecuzione di quello precedente consentirà di mettere in atto le azioni atte a rispettare gli indicatori elencati in precedenza. Il coordinamento della rete oncologica, gli indirizzi strategici e le verifiche periodiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati è svolto a livello centrale I compiti specifici del coordinamento sono individuati come segue: definizione di linee guida per l'organizzazione delle strutture coinvolte e condivisione di un piano oncologico coordinamento e indirizzo della rete; promozione e sostegno delle attività di ricerca; adozione, divulgazione e verifica linee guida; monitoraggio e valutazione delle attività assistenziali; indirizzo e coordinamento di formazione, informazione e comunicazione, sviluppo del sistema informativo e sorveglianza epidemiologica; valutazione delle nuove tecnologie e monitoraggio del corretto utilizzo di strumenti innovativi di diagnosi e cura (telemedicina) e dell'accesso ai trattamenti innovativi; armonizzazione dell'acquisizione e dell'uso delle nuove tecnologie; Così come espresso all'interno delle azioni propedeutiche alla presente, il perscorso sarà assicurato dai modelli utilizzati in ambito nazionale. Accanto alle linee generali, si è pensato di focalizzare, all'interno del progetto, l'attenzione anche sulla prevenzione del tumore alla mammella. È dato acclarato che ogni 2,5 minuti ad una donna viene diagnosticato un cancro al seno. Ogni 7,5 minuti una donna muore a causa della malattia. Una diagnosi precoce del cancro rende possibile che il trattamento sia più efficace, meno aggressivo, meno costoso e con riflessi sociali assai più ridotti. E' dunque nella mission stessa di un sistema sanitario intraprendere tutte le strategie possibili per raggiungere tale obiettivo. Se si pensa poi che l'investimento possa essere facilmente recuperato in poco tempo, rende ancora più importante, direi improcrastinabile, l'acquisto di un'apparecchiatura elettromedicale come la MAMMI-PET. Bisogna sottolineare, però, che l'efficacia e l'efficienza dell'utilizzazione di questa PET-dedicata passa per il consensus strategy ovvero attraverso un lavoro d'equipe in presenza di una Breast-unit: il senologo, il medico nucleare,

	l'oncologo, il radiologo, l'anatomo-patologo che devono interagire all'interno proprio di una struttura organizzata quale appunto U.O. di senologia. Senza questa condizione la MAMMI-PET rimane ai margini e dunque non pone le basi di una diagnostica precoce. La vittoria contro questa terribile malattia è a portata di mano per molte donne e per le loro famiglie , ma non ancora per tutti, in quanto vi è ancora una significativa mortalità. Nessun trattamento è definitivo e ci sono, purtroppo ancora recidive, sia locali che a distanza, fino al 25% delle pazienti! Migliorare la sopravvivenza e la cura è l'obiettivo, e la tecnologia può aiutare i professionisti che si prendono cura di ogni donna dallo screening, alla diagnosi, al trattamento. Alla rete collaborano le UO di Medicina, U.O di Chirurgia, UO Diagnostica per Immagini, Radioterapia, Medicina Nucleare, Anatomia Patologica/genetica e biologia molecolare, Cure palliative, Terapia antalgica, Hospice. Il percorso è attivato dunque da un centro specialistico della rete e/o da una struttura non facente parte della rete, anche extraregionale, le unità cliniche multidisciplinari definiscono il percorso diagnostico-terapeutico ospedaliero al quale farà seguito, all'atto della dimissione, la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per l'assistenza territoriale. Tutto il percorso sarà reso armonico mediante l'integrazione dei software a livello regionale per far si che al paziente possa essere assicurata un'assistenza adeguata.
OBIETTIVI	Il coordinamento delle strutture regionali al fine di permettere la continuità assistenziale nella fase di diagnosi e di cura sia intra che extra ospedaliera; l'integrazione di tutte le competenze cliniche consolidando le capacità d'integrazione professionale dei vari soggetti coinvolti nella gestione e dare a loro la possibilità di espletare la propria opera su tutto l'ambito regionale; il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza attraverso il coinvolgimento dei professionisti nella valutazione dell'efficacia, della appropriatezza, della sicurezza e dell'equità e dell'efficienza dell'attività clinica l'integrazione tra le strutture oncologiche regionali in un sistema che coinvolgesse anche i medici di medicina generale, ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione agli innumerevoli bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia. Garantire la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione attraverso la valutazione, pianificazione, coordinamento, monitoraggio,selezione delle opzioni e dei servizi. La figura dello specialista deve affiancare il MMG nella gestione delle criticità e nelle risposte ai bisogni che, di volta in volta, si presentano lungo il percorso di malattia nel paziente neoplastico. Presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale, attuando percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali adeguati e tempestivi, riducendo le liste di attesa e perseguendo la continuità assistenziale; Integrazione fra i diversi livelli: promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura ospedaliera e territoriale, riabilitazione, assistenza psicologica e sociale, in modo che almeno l'85% dei pazienti oncologici segua il percorso integrato; Ridurre i tempi di attesa per i pazienti sia per ricoveri che per esecuzione esami e cure. Equità nell'accesso ai servizi e ai trattamenti, superamento delle disomogeneità territoriali e riduzione dei disagi logistici e di orientamento dei pazienti Soddisfare la domanda, anche sommersa, di protezione sanitaria della popolazione; Ottimizzare le risorse ospedaliere regionali.

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

Azioni ***Mesi***

Sezione 1. *Strumenti di valutazione della qualità percepita*

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
valutazione delle nuove tecnologie e monitoraggio del corretto utilizzo di strumenti innovativi di diagnosi e cura	▨	▨										
Formulazione set di indicatori regionale			▨	▨	▨	▨	▨					
Analisi e Sviluppo sistema Sorveglianza Epidemiologica							▨	▨	▨	▨	▨	
Analisi e sviluppo di un sistema MAMMI-PET								▨	▨	▨	▨	▨
Convegno presentazione report e dati ricerca												▨

Sezione 2. *Percorsi formativi*

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
Percorsi formativi a supporto del processo di utilizzo dei nuovi mezzi	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨

INDICATORI
(di struttura, di processo, di risultato)

Garantire la presa in cura del paziente;
Migliorare la tempestività nell'individuazione di pazienti bisognosi di cure
Individuare in maniera efficace bisognosi di cure anche non oncologici
Miglioramento della diversificazione delle cure domiciliari
Assicurare al paziente, anche pediatrico, assistenza adeguata
Miglioramento dell'assistenza del paziente nella continuità assistenziale tra hospice, domicilio, ospedali.

RISULTATI ATTESI

Efficace integrazione tra le varie figure professionali, in particolare tra lo staff di cura ospedaliero ed il MMG; creazione di una rete oncologica regionale facilita la collaborazione e l'interscambio tra le varie èquipes di cure oncologiche, simultanee e gli Hospices.
Impatto sulla salute pubblica in termini di anni di vita persi;
Riduzione della mobilità passiva;
Riduzione della degenza ospedaliera;
Riduzione dei costi diretti ed indiretti legati alla gestione del paziente oncologico;
Riduzione dei costi legati ad una più efficiente ed efficace gestione delle risorse umane e materiali;
Riduzione dei tempi di risposta per l'accesso domiciliare;
coinvolgimento di almeno il 60% dei MMG;ù
Attività di formazione gestita dal DiMeS (UNIMOL);
Inserimento di nuovi PDTA/PIC e linee guida specifiche con nuovi protocolli diagnostici e terapeutici;
Sperimentazione MAMMI-PET e risultati ottenuti;
Attività di valutazione e validazione della rete (HTA).

PROSPETTO ECONOMICO DEL PROGETTO

DESCRIZIONE	**TOTALE IMPEGNO ECONOMICO (IN EURO)**
Personale a contratto	€ 200.000,00
Materiali di consumo, attrezzature, hardware, software	€. 20.000,00
Organizzazione di incontri e corsi di formazione, seminari, campagne di informazione, divulgazione scientifica	€. 20.000,00
Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	€. 10.000,00
TOTALE	**€ 250.000,00**