



*Regione Campania
Il Presidente*

*Commissario ad acta per il
Piano di rientro del Settore Sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

DECRETO COMMISSARIALE n. 62 del 14.06.2012

Oggetto: Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011.

PREMESSO che:

- a) con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b) l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale";*
- c) con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- d) con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- e) con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco ed il dr. Achille Coppola sub Commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- f) che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22.02.2012 dal Sub Commissario Dott. Achille Coppola, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23.03.2012, i compiti ad esso attribuiti sono stati assegnati al Sub Commissario Dott. Mario Morlacco;

RILEVATO che:

- a) il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, a cui occorre far riferimento non essendo ancora approvato il PSN 2009/2011, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti, sociali e civili, in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Accordo del 23 marzo 2005, ai sensi

dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN;

- b) l'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 prevede tra l'altro che, il CIPE su proposta del Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti, ai sensi del successivo comma 34bis;
- c) il comma 34bis del predetto art. 1, aggiunto dall'art. 33 delle legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'art. 79, comma 1quater, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, aggiunto dalla relativa legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133, prevede che per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel PSN, le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro della salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.
- d) la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministro della salute, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del FSN ai sensi del comma 34;
- e) a decorrere dall'anno 2009, il CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni provvede a ripartire tra le regioni, le quote vincolate, all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti a titolo di finanziamento della quota indistinta del FSN di parte corrente;
- f) al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'Economia e delle Finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministro della salute dei progetti presentati dalle regioni;
- g) la mancata presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata;
- h) con l'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 20 aprile 2011 Rep. Atti n. 84/CSR del 20 aprile 2011, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, si è convenuto che debba essere garantita per l'anno 2011:
- h.1 una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite per l'anno 2010 (Accordo 8 luglio 2010)
- h. 2 le linee progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, siano le stesse di cui all'allegato A all'Accordo 8 luglio 2010

VISTO l'allegato A, del sopra citato Accordo, che individua le linee progettuali ed i vincoli specifici per l'utilizzo da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, dei fondi di cui al summenzionato articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011

PRESO ATTO:

- a) che per l'anno 2011 sono individuate le seguenti linee progettuali:

- a.1 cure primarie
 - a.2 la non autosufficienza
 - a.3 la promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità
 - a.4 le cure palliative e la terapia del dolore
 - a.5 interventi per le biobanche di materiale umano
 - a.6 la sanità penitenziaria
 - a.7 l'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano
 - a.8 tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita
 - a.9 malattie rare
 - a.10 valorizzazione dell'apporto del volontariato
 - a.11 riabilitazione
 - a.12 la salute mentale
 - a.13 piano nazionale di prevenzione
- b) che sull'impiego delle risorse, la Regione Campania è tenuta al rispetto dei seguenti vincoli specifici stabiliti con il richiamato Accordo:
- b.1 Cure primarie: il 25% delle risorse;
 - b.2 La non autosufficienza (compresa l'assistenza ai pazienti in stato vegetativo) per l'anno 2011 si introduce un vincolo di euro 25.983.088 di cui euro 2.165.257 da destinare ai progetti in materia di Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti ed euro 2.165.257 per i progetti in materia di Assistenza ai pazienti affetti da demenza;
 - b.3 Cure palliative e Terapia del dolore: in attuazione della legge 9 marzo 2010 n. 38, si applica un vincolo di euro 10.826.287;
 - b.4 Interventi in materia di biobanche di materiale umano: si conferma un vincolo di euro 1.623.943;
 - b.5 Malattie rare si introduce un vincolo di euro 2.165.257;
 - b.6 Piano Nazionale della Prevenzione: si conferma il vincolo di euro 26.983.088.

CONSIDERATO che:

- a) nella seduta del 20 aprile 2011 Rep. Atti n. 83/CSR, la Conferenza Stato-Regioni ha sancito, inoltre, l'intesa ai sensi dell'art. 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2011, con cui è stato stanziato per la Regione Campania un importo pari a € 152.581.384,00 di cui verrà erogato da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze il 70 per cento a titolo di acconto;
- b) all'erogazione della quota residua del 30 per cento si provvederà nei confronti delle singole regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministro della salute;
- c) ciascun progetto, ai fini dell'erogazione di quanto stanziato, debba essere corredato di un prospetto in cui siano evidenziati:
 - gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - i costi connessi;
 - gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'investimento proposto;

CONSIDERATO altresì che:

- a) con Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 27 luglio 2011, Rep. Atti n. 135/CSR si è convenuto di integrare le linee progettuali relative all'Accordo perfezionato nella seduta della Conferenza Stato – Regioni del 20 aprile 2011, con le linee di indirizzo in materia di "Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e C.A." da ricondurre all'interno della Linea progettuale 1. Cure primarie da cui attingere anche le risorse vincolate per tale linea;

- b) in conformità alle linee progettuali di cui all'Accordo Stato – Regioni del 20.04.11 integrato con successivo Accordo del 27/07/2011 e al Piano Sanitario Regionale, i competenti uffici regionali hanno provveduto alla predisposizione dei sottoelencati progetti che allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante:
- b.1 Linea progettuale 1 – Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h24: riduzione accessi impropri nelle strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi
 - b.2 Linea progettuale 1 – Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e C.A.
 - b.3 Linea progettuale 1 – La diagnosi precoce e la cura del prediabete, del diabete e dell'obesità in età evolutiva attraverso una rete integrata tra cure primarie e assistenza ospedaliera
 - b.4 Linea progettuale 2 – La rete territoriale dell'assistenza ai non autosufficienti
 - b.5 Linea Progettuale 2 - Assistenza a pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
 - b.6 Linea progettuale 2 – Assistenza ai pazienti affetti da demenza
 - b.7 Linea progettuale 3 – Percorsi assistenziali territoriali di presa in carico per soggetti in Stato vegetativo (SV) e in Stato di Minima Coscienza (SMC): le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) e l'assistenza domiciliare
 - b.8 Linea progettuale 4 – Cure palliative e terapia del dolore
 - b.9 Linea progettuale 5 – Interventi per le biobanche di materiale umano – Banche di sangue
 - b.10 Linea progettuale 5 – Biobanche oncologiche per la conservazione e lo studio di materiale Oncologico
 - b.11 Linea progettuale 6 – Tutela della salute in carcere: azioni mirate alle donne detenute, ai minori, agli internati – informatizzazione dei servizi
 - b.12 Linea progettuale 7 – L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano
 - b.13 Linea progettuale 8 – Miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita
 - b.14 Linea progettuale 8 – Progetto NETCOP: NETwork Campano Oncologia Pediatrica
 - b.15 Linea progettuale 9 – Creazione di consorzi interregionali per gruppi di malattie rare per la definizione di protocolli diagnostico – terapeutici – assistenziali condivisi
 - b.16 Linea progettuale 11 – Sperimentazione di una rete di assistenza riabilitativa per le persone con danni midollari e gravi cerebro lesioni acquisite
 - b.17 Linea progettuale 12 – Individuazione e interventi precoci nelle psicosi – La presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva – La presa in carico dei disturbi mentali nella persona anziana – Gli interventi terapeutico – riabilitativi integrati

RILEVATO che:

- a) l'art. 1 comma 7 dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome concernente il nuovo "Patto per la salute" (Rep. Atti 243/CSR del 03/12/2009) stabilisce che le risorse di cui all'art. 1, commi 34 e 34 bis della L. 662/96 non sono da considerarsi contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei LEA; per le regioni interessate ai Piani di rientro la fissazione degli obiettivi va integrata con quella dei medesimi piani;
- b) con decreto del Presidente della Giunta Regionale, Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro è stato adottato il piano di riassetto della rete ospedaliera e territoriale regionale e pertanto, le singole linee progettuali vanno ad integrarsi con le azioni da porre in essere nell'ambito del programma operativo approvato dal Presidente della Giunta Regionale – Commissario ad Acta – con Decreto n. 41 del 14/07/2010, di cui il piano di razionalizzazione della rete ospedaliera è parte;
- c) il conseguimento da parte dei Direttori Generali delle aziende sanitarie degli obiettivi previsti dalle singole linee progettuali rappresentano oggetto di valutazione da parte della Regione;
- d) i fondi destinati agli "Obiettivi di Piano" rappresentano una quota del fondo sanitario regionale di parte corrente, il riparto delle risorse alle aziende sanitarie delle singole linee progettuali va effettuato secondo i parametri definiti con DGRC n. 726 del 24/04/2007, salvo diversa indicazione contenuta nei singoli progetti.

RITENUTO per quanto su esposto:

- a) di dover approvare il riparto delle risorse vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale a valere sul FNS 2011, per complessivi euro 152.581.384,00 tra le tredici linee progettuali così come di seguito specificato:
 - a.1 cure primarie euro 38.145.346,00
 - a.2 la non autosufficienza euro 25.983.088,00 di cui euro 2.165.257,00 per l'Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti ed euro 2.165.257,00 per l'Assistenza a pazienti affetti da demenza
 - a.3 la promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità euro 7.000.000,00
 - a.4 le cure palliative e la terapia del dolore euro 10.826.287,00
 - a.5 interventi per le biobanche di materiale umano euro 1.623.943,00
 - a.6 la sanità penitenziaria euro 10.000.000,00
 - a.7 l'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano euro 2.000.000,00
 - a.8 tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita euro 10.854.375,00
 - a.9 malattie rare euro 2.165.257,00
 - a.10 riabilitazione euro 7.000.000,00
 - a.11 la salute mentale euro 10.000.000,00
 - a.12 piano nazionale di prevenzione 26.983.088,00
- b) di approvare, altresì i sopra elencati progetti allegati, da inoltrare al Ministero della Salute per il seguito di competenza ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni Rep. Atti n. 84/CSR del 20 aprile 2011 integrato con successivo Accordo del 27 luglio 2011, Rep. Atti n. 135/CSR;
- c) di precisare che il Progetto triennale per l'attuazione del Piano nazionale della prevenzione – Linea progettuale 13 – è stato approvato con DGRC n. 309 del 21/06/2011;
- d) di precisare altresì che per la Linea progettuale 10 prevista dall'Accordo la Regione Campania ha ritenuto per l'anno 2011 di non presentare alcun progetto;
- e) di incaricare il Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti, comprese eventuali modifiche ed integrazioni di carattere tecnico ai progetti richieste dal Ministero della Salute in sede di esame dei medesimi;
- f) di precisare che per la linea progettuale 5 in Regione Campania non è attiva la Biobanca di tessuto muscolo – scheletrico per cui il finanziamento viene suddiviso fra la Biobanca di sangue cordonale e Biobanche oncologiche per la conservazione e lo studio di materiale oncologico.

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. di approvare il riparto delle risorse vincolate, pari a € 152.581.384,00 di cui all'allegato sub A dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 20 aprile 2011 Rep. Atti n. 83/CSR, assegnate alla Regione Campania per l'elaborazione di specifici progetti, ai sensi dell'art.1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle linee prioritarie individuate dagli Accordi Stato - Regioni del 20 aprile 2011 e del 27 luglio 2011 secondo gli importi di seguito indicati:
 - 1.1. cure primarie euro 38.145.346,00
 - 1.2. la non autosufficienza euro 25.983.088,00 di cui euro 2.165.257,00 per l'Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti ed euro 2.165.257,00 per l'Assistenza a pazienti affetti da demenza

- 1.3. la promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità euro 7.000.000,00
 - 1.4. le cure palliative e la terapia del dolore euro 10.826.287,00
 - 1.5. interventi per le biobanche di materiale umano euro 1.623.943,00
 - 1.6. la sanità penitenziaria euro 10.000.000,00
 - 1.7. l'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano euro 2.000.000,00
 - 1.8. tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita euro 10.854.375,00
 - 1.9. malattie rare euro 2.165.257,00
 - 1.10. riabilitazione euro 7.000.000,00
 - 1.11. la salute mentale euro 10.000.000,00
 - 1.12. piano nazionale di prevenzione 26.983.088,00
2. di approvare i seguenti progetti che, allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:
- 2.1 Linea progettuale 1 – Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h24: riduzione accessi impropri nelle strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi
 - 2.2 Linea progettuale 1 - Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e C.A.
 - 2.3 Linea progettuale 1 – La diagnosi precoce e la cura del prediabete, del diabete e dell'obesità in età evolutiva attraverso una rete integrata tra cure primarie e assistenza ospedaliera
 - 2.4 Linea progettuale 2 – La rete territoriale dell'assistenza ai non autosufficienti
 - 2.5 Linea progettuale 2 – Assistenza a pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
 - 2.6 Linea progettuale 2 – Le demenze: sviluppo della rete territoriale di assistenza ai soggetti affetti da demenze
 - 2.7 Linea progettuale 3 – Percorsi assistenziali territoriali di presa in carico per soggetti in Stato vegetativo (SV) e in Stato di Minima Coscienza (SMC): le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) e l'assistenza domiciliare
 - 2.8 Linea progettuale 4 – Cure palliative e terapia del dolore
 - 2.9 Linea progettuale 5 – Interventi per le biobanche di materiale umano – Banche di sangue
 - 2.10 Linea progettuale 5 – Biobanche oncologiche per la conservazione e lo studio di materiale Oncologico
 - 2.11 Linea progettuale 6 – Tutela della salute in carcere: azioni mirate alle donne detenute, ai minori, agli internati – informatizzazione dei servizi
 - 2.12 Linea progettuale 7 – L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano
 - 2.13 Linea progettuale 8 – Miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita
 - 2.14 Linea progettuale 8 – Progetto NETCOP: NETWORK Campano Oncologia Pediatrica
 - 2.15 Linea progettuale 9 – Creazione di consorzi interregionali per gruppi di malattie rare per la definizione di protocolli diagnostico – terapeutici – assistenziali condivisi
 - 2.16 Linea progettuale 11 – Sperimentazione di una rete di assistenza riabilitativa per le persone con danni midollari e gravi cerebrolesioni acquisite
 - 2.17 Linea progettuale 12 – Individuazione e interventi precoci nelle psicosi – La presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva – La presa in carico dei disturbi mentali nella persona anziana – Gli interventi terapeutico – riabilitativi integrati
3. di precisare che il Progetto triennale per l'attuazione del Piano nazionale della prevenzione – Linea progettuale 13 – è stato approvato con DGRC n. 309 del 21/06/2011;

4. di precisare che i fondi destinati agli “Obiettivi di Piano” rappresentano una quota del fondo sanitario regionale di parte corrente, per cui il riparto delle risorse alle aziende sanitarie delle singole linee progettuali va effettuato secondo i parametri definiti con DGRC n. 726 del 24/04/2007, salvo diversa indicazione contenuta nei singoli progetti.
5. di trasmettere, il presente provvedimento con i relativi progetti sopraelencati al Ministero della Salute per la valutazione in ordine all’ammissibilità al finanziamento e per il successivo inoltro alla Conferenza Stato – Regioni ai sensi degli accordi del 20 aprile 2011 e 27 luglio 2011;
6. di incaricare il Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria di provvedere all’ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti, comprese eventuali modifiche ed integrazioni di carattere tecnico ai progetti richieste dal Ministero della Salute in sede di esame dei medesimi;
7. di inviare il presente atto all’Area Generale di Coordinamento 19 Piano Sanitario Regionale, all’Area Generale di Coordinamento 20 Assistenza Sanitaria, al Settore Stampa. Documentazione, Informazione per la pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario ad Acta
Dott Mario Morlacco

Il Coordinatore A.G.C. 19
Dott. Albino D’Ascoli

Il Coordinatore dell’ A.G.C. 20
Assistenza Sanitaria
Dott. Mario Vasco

Il Funzionario P.O.
Dott.ssa Francesca Maria Gaito



*Giunta Regionale della Campania
Area Generale di Coordinamento
Assistenza Sanitaria*

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

Annualità 2011

Indice

Premessa	4
Linee progettuali	
Linea progettuale 1 – Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h24: riduzione accessi impropri nelle strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi	8
Linea progettuale 1 – Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli Organizzativi 118 e C.A.	10
Linea progettuale 1 – La diagnosi precoce e la cura del prediabete, del diabete e dell'obesità in età evolutiva attraverso una rete integrata tra cure primarie e assistenza ospedaliera	14
Linea progettuale 2 – La rete territoriale dell'assistenza ai non autosufficienti	22
Linea progettuale 2 – Assistenza a pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti	37
Linea progettuale 2 – Assistenza ai pazienti affetti da demenza	39
Linea progettuale 3 – Percorsi assistenziali territoriali di presa in carico per soggetti in Stato vegetativo (SV) e in Stato di Minima Coscienza (SMC): le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) e l'assistenza domiciliare	42
Linea progettuale 4 – Cure palliative e terapia del dolore	45
Linea progettuale 5 – Interventi per le biobanche di materiale umano – Banche di Sangue	49
Linea progettuale 5 – Biobanche oncologiche per la conservazione e lo studio di materiale oncologico	53
Linea progettuale 6 – Tutela della salute in carcere: azioni mirate alle donne detenute, ai minori, agli internati – informatizzazione dei servizi	57
Linea progettuale 7 – L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano	60
Linea progettuale 8 – Miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita	63
Linea progettuale 8 – Progetto NETCOP: NETWORK Campano Oncologia Pediatrica	69
Linea progettuale 9 – Creazione di consorzi interregionali per gruppi di malattie rare per la definizione di protocolli diagnostico – terapeutici – assistenziali condivisi	72

Linea progettuale 11 – Sperimentazione di una rete di assistenza riabilitativa per le persone con danni midollari e gravi cerebro lesioni acquisite	78
Linea progettuale 12 – Individuazione e interventi precoci nelle psicosi – La presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva – La presa in carico dei disturbi mentali nella persona anziana – Gli interventi terapeutico – riabilitativi integrati	82

PREMESSA

La Regione Campania, con la programmazione 2011 di sviluppo delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ritiene di proseguire sulla linea già tracciata nell'anno precedente affinché le azioni intraprese siano consolidate, per estendere i benefici ad aspetti non sufficientemente approfonditi e confermando la necessità di una nuova e più moderna organizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale distrettuale, con particolare riferimento all'area delle cure primarie.

Infatti il rafforzamento di tutte le linee progettuali è da considerarsi condizione indispensabile per affrontare in maniera adeguata le difficoltà legate alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni e degli interventi, ai tempi e alle liste d'attesa, alla sostenibilità economica del sistema sanitario.

Nel convenire che debba essere garantita per l'anno 2011 una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite per l'anno precedente, i principi fondanti della nuova programmazione si rinvengono:

- nella centralità della “persona” e nella personalizzazione degli interventi;
- nell'integrazione del MMG con il territorio e nel lavoro in associazione;
- nella presa in carico e nel lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza;
- nella garanzia del diritto all'accesso;
- nella tutela delle “fragilità” ed umanizzazione delle cure.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI

1. La centralità della “persona” e la personalizzazione degli interventi

L'attenzione alla “persona” nella erogazione degli interventi assistenziali in genere e sanitari specifici, è proposta con particolare enfasi nella programmazione regionale, configurandone una “centralità” di interventi riferiti alla persona. Il MMG, quale primo riferimento della persona da assistere nel territorio, è chiamato a svolgere un ruolo primario su questo versante, considerato anche il tipo di rapporto “fiduciario” che instaura con l'assistito.

Lo sviluppo di modelli organizzativi ospedalieri e territoriali con la finalità di contribuire ad una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e i modelli territoriali, costituiscono le vere risposte cui far riferimento per una definitiva sistematizzazione della problematica assistenziale in questione.

Nell'attuale situazione di riorganizzazione della rete di offerta sanitaria, appare tuttavia realistico poter realizzare nel breve periodo misure che consentano di allestire strutture in grado di decongestionare, almeno in parte, il notevole afflusso di pazienti in alcuni grandi ospedali, soprattutto in aree urbane. Le famiglie campane, infatti, si rivolgono al Pronto Soccorso per una sempre maggior esigenza di ottenere dal servizio pubblico una risposta a bisogni urgenti o, più spesso, percepiti come tali, e per la convinzione di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore e in tempi brevi, rispetto a quello erogabile in altri livelli assistenziali.

2. L'integrazione con il territorio del MMG

Ciò potrà avvenire solo ricercando formule di lavoro “insieme” che non rappresentino soltanto una dichiarazione di intenti, ma reale ed effettiva integrazione di attività tra diversi MMG di uno stesso ambito territoriale, tra MMG e altre figure professionali sanitarie e tra questa équipe e il personale amministrativo.

L'uscita dall'isolamento potrà realizzarsi con interventi di razionalizzazione della rete dell'emergenza - urgenza anche e soprattutto attraverso l'integrazione dell'assistenza territoriale mediante l'adozione di modelli organizzativi che, nel rispetto dei diversi contesti regionali presentino caratteristiche di integrazione al fine di ampliare l'orizzonte dell'assistenza sanitaria.

Il piano di riorganizzazione della rete territoriale prevede, coerentemente con quanto previsto dagli AA.CC.NN. della Medicina generale e della Pediatria di libera scelta, lo sviluppo di forme organizzative complesse (UCCP) al fine di realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso.

La realizzazione di tali forme organizzative è parte integrante dell' AIR in via di definizione con i MMG. In particolare lo sviluppo delle forme associative della Medicina generale sarà rivolto unicamente all'evoluzione dell'attuale medicina di gruppo in forme organizzative più complesse come previsto dall'ACN in vigore.

Le forme organizzative, in relazione alle esigenze locali possono svilupparsi secondo modelli più o meno complessi ma che comunque, come su detto, presentano tutte un denominatore comune "ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso".

In particolare si passa da forme organizzative che prevedono lo sviluppo della medicina di gruppo in H12 con sede unica dei MMG che hanno, come popolazione di riferimento gli assistiti in carico ai medici costituenti il gruppo, con presenza di personale amministrativo ed infermieristico, a forme organizzative più complesse rappresentate dal Presidio Ambulatoriale Distrettuale e dal Presidio Ambulatoriale Territoriale Integrato che hanno come popolazione di riferimento non soltanto gli assistiti ma tutti i cittadini, compresi i non residenti.

In tale quadro si inserisce il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato dalla Regione Campania che prevede la riconversione di alcune strutture ospedaliere quale strumento per il potenziamento della rete territoriale

Negli stabilimenti delle strutture dismesse, le Aziende Sanitarie Locali provvedono, utilizzando gli spazi a disposizione, ad offrire ai cittadini adeguate forme di assistenza extraospedaliera incentrate sui sistemi di "cure primarie" volte a garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute.

Pertanto laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale, consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini, vanno allocate piattaforme territoriali attrezzate denominate "strutture polifunzionali per la salute" (SPS).

La SPS si identifica con una sede fisica e rappresenta un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati.

Essa costituisce, quindi, un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra servizi e i cittadini, restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di "salute", sia come diritto di ogni cittadino, che come interesse della comunità. Si tratta pertanto di una iniziativa che può essere di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale.

3. La presa in carico e il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza

La presa in carico globale dell'assistito nel percorso assistenziale diventa garanzia per la continuità dei processi di cura-assistenza. Ciò potrà realizzarsi se le equipe di professionisti organizzeranno le proprie attività nel sistema di rete che comprende le diverse realtà assistenziali del Distretto. Il MMG garantirà la continuità terapeutico-assistenziale anche in un'ottica di promozione complessiva della salute sia del paziente, sia della famiglia e della comunità. La continuità delle cure non potrà non prevedere la "presenza" del medico in tutti i vari "passaggi" del proprio assistito nel suo percorso di assistenza, a partire dalle cure domiciliari e fino al suo "ritorno a casa" dopo l'ospedalizzazione e la transitoria istituzionalizzazione.

4. La garanzia del diritto all'accesso

La garanzia del diritto all'accesso da parte dell'assistito inteso in senso ampio quale "accessibilità" non solo in termini di riduzione delle attese e dei tempi connessi, ma anche come "unitarietà dell'accesso" per i diversi momenti o processi assistenziali (punto unico d'accesso alle cure presso le equipe di professionisti) e come definizione trasparente di criteri di priorità di accesso in relazione alle diverse esigenze assistenziali del paziente.

5. La tutela delle "fragilità" e l'umanizzazione delle cure

La tutela delle "fragilità", intese in senso vasto a partire dal transitorio episodio di malattia e fino alla fragilità della malattia cronica invalidante, troverà concretezza nel:

potenziamento delle cure domiciliari

sviluppo e implementazione della integrazione sanitaria e socio-sanitaria

attenzione preventiva a particolari target di popolazione da assistere quali: anziani e/o non autosufficienti, disabili, minori a rischio, famiglie "fragili", etc.

In tale contesto, è opportuno tenere conto anche di quanto previsto nell'allegato C del DPCM 1/4/2008 per il reinserimento sociale dei pazienti internati negli OPG che sono giunti a termine della misura di sicurezza e che restano ancora internati, in proroga alla stessa, per la mancanza di adeguati progetti di reinserimento nel territorio di provenienza.

La Regione Campania ha ritenuto di delineare in tal senso le misure più idonee per il reinserimento di tali pazienti affinché il trattamento farmacologico e quello riabilitativo – risocializzante possano compiersi nel miglior interesse del paziente, per migliorare il benessere della persona e il suo inserimento all'interno del contesto sociale.

GLI ELEMENTI DI CONTESTO

A livello sovraregionale, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, nel riaffermare i principi di uniformità delle prestazioni sanitarie e di equità del sistema da intendersi non come potenzialità erogativa indifferenziata ma come capacità di assicurare ciò che è necessario per annullare le disuguaglianze sociali e territoriali esistenti, prende atto del divario strutturale e qualitativo tra le diverse regioni, si fa carico delle modifiche rilevanti avvenute nel quadro epidemiologico e demografico del Paese e dei nuovi bisogni socio-sanitari che ne conseguono, recepisce le ricadute dell'evoluzione scientifica e tecnologica collocando i suoi obiettivi e le sue strategie all'interno del contesto socio-economico del Paese.

Il Nuovo Patto per la Salute 2010–2012, siglato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 3 dicembre 2009 è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema; spetta alle Regioni il compito di assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria, in condizioni di efficienza ed appropriatezza..

A livello regionale, le scelte programmatiche ed organizzative già effettuate, fortemente necessitate dalle esigenze scaturenti dal Piano di Rientro, sono ribadite nel Decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 27.09.2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale (...)", che evidenzia la assoluta necessità che una buona programmazione riequilibri il rapporto oggi esistente fra livello essenziale ospedaliero e livello essenziale di assistenza territoriale, spostando sul territorio risorse economiche, umane e tecnologiche, atte a garantire percorsi diagnostici e terapeutici che oggi trovano inappropriate risposte negli ospedali.

Passaggi fondamentali per raggiungere tale obiettivo sono, quindi, da un lato la preliminare razionalizzazione della funzione ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggior efficienza nell'utilizzo delle risorse e, dall'altro, la contestuale elaborazione di percorsi territoriali condivisi ed efficienti, la progressiva introduzione del concetto di "Gestione Controllata delle Risorse", la

progettazione di profili di assistenza a livello distrettuale. Si potrà così potenziare “la Presa in Carico” come un percorso verso cui indirizzare la persona, che tenendo conto da un lato delle Linee Guida e dall’altro della concreta potenzialità del territorio in termini di offerta dei servizi, riesca a limitare l’accesso a prestazioni e servizi impropri.

Tutto questo presuppone la creazione di un “Distretto forte” che assuma un ruolo centrale nel sistema di conoscenza del bisogno reale dei cittadini e di governo dei percorsi di soddisfacimento della domanda, per la cui compiuta definizione si rimanda al nuovo Piano Sanitario Regionale della Campania.

Linea Progettuale 1

**Assessorato alla Sanità
Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria**

Linea Progettuale 1

Le Cure Primarie

Scheda di Progetto

Titolo del progetto

**MODALITÀ ORGANIZZATIVE PER GARANTIRE L'ASSISTENZA SANITARIA IN H 24:
RIDUZIONE ACCESSI IMPROPRI NELLE STRUTTURE DI EMERGENZA E GESTIONE DEI
CODICI BIANCHI.**

Area Competente: AGC 20 Assistenza Sanitaria

Referenti operativi e amministrativi

- per il Sub-progetto 1 - Settore 05 Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi dell'Emergenza – 118;
- per il Sub-progetto 2 - Settore 01 Assistenza Sanitaria.

Tempi Previsti: 3[^] annualità del progetto approvato con DGR n. 995 del 22/5/2009.

Costi dell'intero progetto: euro 18.572.673,00

Sub Progetti	Finanziamento
1 Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi)	8.572.673,00
2. Strutture Polifunzionali per la salute (PSP)	10.000.000,00
TOTALE	18.572.673,00

Per il Sub Progetto 1, si prevede, in linea con quanto sancito in Conferenza Stato-Regioni, la prosecuzione del progetto già approvato con DGRC n. 995 del 22 maggio 2009 per il quale era stata prevista una durata triennale.

Nel corso del terzo anno di attività, per il sub progetto 2, si prevede, nello specifico, il coinvolgimento di tutte le Aziende Sanitarie per la messa a regime di almeno un presidio ambulatoriale distrettuale negli stabilimenti di strutture dismesse, utilizzando gli spazi a disposizione, per offrire ai cittadini adeguate forme di assistenza extraospedaliera incentrate sui sistemi di cure primarie volte a garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute.

Azioni

Prosecuzione di tutte le Azioni già declinate nella DGRC n .995/2009

Indicatori

Come da DGRC n. 995/2009.

Linea Progettuale 1

**Assessorato alla Sanità
Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria**

Linea Progettuale 1

Le Cure Primarie

Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e C.A.

Scheda di Progetto

Titolo del progetto:

“Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e CA”.

Area Competente: AGC 20 Assistenza Sanitaria

Referenti operativi e amministrativi

- Settore 05 Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi dell’Emergenza – 118;
- Settore 01 Assistenza Sanitaria.

Tempi Previsti: biennale

Costi dell’intero progetto: euro 18.572.673,00

Negli ultimi anni si è assistito, su tutto il territorio nazionale, ad un costante e progressivo **incremento degli accessi ai Pronto Soccorsi (PS), ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) ospedalieri**. Il significativo maggior afflusso di Utenza ha riguardato sostanzialmente le patologie di media-bassa criticità clinica che spesso possono trovare una adeguata e migliore risposta clinico-assistenziale nell’ambito della rete dei servizi di cure primarie, ove adeguatamente strutturata. Questo rilevante aumento di utenza ha determinato un sovraffollamento dell’area di emergenza e urgenza intra-ospedaliera con disagi e disservizi, anche a pazienti che necessitano, in tempi rapidi, di prestazioni polispecialistiche tipicamente ospedaliere. È quindi necessario sviluppare percorsi organizzativi integrati con l’obiettivo di ridurre gli accessi impropri, razionalizzare le risorse presenti sul territorio e rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute della popolazione. Ciò si può realizzare attraverso l’integrazione delle strutture, servizi e figure professionali, quali MMG, PLS e MCA con le strutture e le professionalità del sistema di emergenza territoriale in una logica di rete. **L’integrazione del servizio di CA con il sistema 118** deve consentire di intercettare preventivamente i malati con condizioni di media-bassa criticità clinica e di inviarli, ove possibile, ai servizi distrettuali (medicina generale, assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale, farmacia) assicurando al cittadino la necessaria continuità dell’assistenza.

La quota parte di pazienti che accedono inappropriatamente alle cure specialistiche ospedaliere e che dovrebbero trovare più adeguate risposte nella assistenza primaria è da ricercare prevalentemente sia tra la utenza trasportata dal 118 che non presenta patologie tempo dipendenti o che non necessita di cure in ambiente ospedaliero, sia soprattutto nel preponderante afflusso di accessi autonomi al PS. Spesso la probabilità maggiore di **inappropriatezza di accesso al PS/DEA** viene imputata ai codici bianchi e ad una quota parte dei codici verdi che vengono attribuiti ai pazienti che afferiscono o che vengono trasportati a tali strutture. Al riguardo è utile rammentare che i **sistemi di Triage** nascono ed insistono nei Servizi di Pronto Soccorso con un numero di passaggi superiore ai 25.000 anno per espletare le funzioni di accoglienza degli utenti, di identificazione e riconoscimento delle priorità di accesso alle prestazioni sulla base di pochi segni e sintomi indirizzandoli all’area di trattamento più idonea. L’attività di triage svolta tramite l’impiego di classificazione a codici colore non esprime quindi la complessità clinico assistenziale del paziente e, a volte, solo dopo più approfonditi accertamenti può essere determinata la tempestività e la competenza specifica più adeguata per decidere un trattamento ospedaliero. Ciò significa che talvolta pazienti codificati in fase iniziale a bassa priorità di accesso possono necessitare, a seguito di più accurati approfondimenti, di valutazioni tempestive e specialistiche e viceversa, il tutto rafforzando l’importanza di una **forte integrazione tra il settore dell’emergenza e urgenza e il settore dell’assistenza primaria**.

Gli ultimi Piani Sanitari Nazionali, hanno descritto indirizzi per il rafforzamento organizzativo-professionale dell’area delle cure primarie, indicando nell’integrazione multi professionale, nella continuità dell’assistenza e nella presa in carico di soggetti affetti da patologie croniche, le leve principali per lo sviluppo di una rete assistenziale in grado di gestire la cronicità e rispondere alla domanda “a bassa intensità”. Gli ultimi Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale definiscono una organizzazione della medicina convenzionata

esclusivamente in forma associata: i Medici di Medicina Generale (MMG), i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli Specialisti eventualmente inseriti nelle attività di cure primarie devono far parte di forme associative definite dalle Regioni e integrarsi fra di loro per l'erogazione dell'assistenza primaria.

Pertanto l'erogazione delle Prestazioni di assistenza Primaria deve essere garantita nelle 24 ore, ad esempio attraverso il seguente percorso:

- ricezione della richiesta da parte della CURAP, (Centrale Uniche di Riferimento per l'Assistenza Primaria – CURAP);
- consiglio telefonico, sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione con i MMG e con gli altri operatori sanitari del Distretto;
- rinvio al medico curante del cittadino (o alla forma associativa cui afferisce l'assistito), che si impegna a dare la propria disponibilità quotidiana rispondendo prontamente alla CURAP dal proprio telefono cellulare;
- invio ad ambulatorio di Continuità Assistenziale, gestito da MMG/PLS anche integrati con i MCA e con personale infermieristico ed amministrativo, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali, presso la sede del Distretto, o anche in prossimità di un PS/DEA (purché ben distinto e separato dai percorsi dedicati alla emergenza).
- attivazione dei MCA sul territorio per intervento domiciliare, qualora presenti in quella fascia oraria.

A questo scopo, **la centralizzazione delle chiamate per i servizi di Guardia Medica (MCA)** rappresenta un'esigenza irrinunciabile anche al fine di una necessaria riprogrammazione dei servizi in funzione dei volumi e della tipologia delle attività.

Sistemi di ricezione delle richieste

Emergenza e urgenza: Già oggi, qualora ritenga di aver bisogno di una risposta sanitaria immediata per una esigenza che, a suo giudizio, richiede un intervento tempestivo, il cittadino compone il numero telefonico 118, unico numero sul territorio nazionale per l'attivazione del servizio di emergenza e urgenza sanitaria. A tale numero telefonico risponde un sistema dedicato che garantisce nel più breve tempo possibile, nel rispetto di quanto previsto dal DPR 27/3/92 e suoi successivi documenti attuativi, l'intervento di un'equipe con conseguente trattamento tempestivo e trasporto del paziente presso un Pronto Soccorso o un Dipartimento di Emergenza, salvo i casi che possono essere risolti dall'equipe di soccorso direttamente sul territorio. Tale funzione di ricezione delle chiamate di urgenza ed emergenza è assicurata con personale sia sanitario che tecnico appositamente addestrato per la gestione e lo smistamento di questa tipologia di chiamate.

Assistenza primaria: Il cittadino che necessita di una prestazione sanitaria di cura e assistenza primaria che, sia di giorno che di notte, sette giorni su sette, rientra tra le prestazioni erogabili dal MMG/PLS, oggi non ha dappertutto una garanzia di risposta nelle 24 ore. Per poter assicurare la continuità delle cure primarie è necessario attivare la funzione di ricezione delle richieste di assistenza primaria attivabile 24 ore/24.

Tale funzione di ricezione delle chiamate di assistenza primaria deve essere assicurata attraverso la **centralizzazione delle chiamate di CA** su un numero unico regionale, sul modello di quanto già avvenuto per il 118, tenuto conto delle iniziative in atto in ambito nazionale per la realizzazione del numero unico 116117 (servizio di guardia medica non urgente), finalizzate ad armonizzare la situazione italiana con quella di altri Paesi europei. Per garantire un livello di risposta adeguata ed uniforme il personale medico deve poter usufruire di percorsi formativi specifici nella fase di accesso al sistema e di percorsi di aggiornamento continuo finalizzato agli aspetti clinico assistenziali, relazionali e organizzativi del servizio stesso.

Il modello della Regione Campania per realizzare la citata centralizzazione delle chiamate di CA prevede l'istituzione di un'area dedicata all'attività della CA nell'ambito delle CO 118. Le chiamate al servizio di CA provenienti dal territorio di riferimento sono centralizzate presso la sede della Centrale integrata di 118 e CA. La presenza del numero dei medici deve essere sempre proporzionale al carico di lavoro del servizio. Le postazioni territoriali di CA devono essere sempre coordinate dal personale presente nella centrale integrata. È possibile ampliare l'orario di servizio di CA nelle ore diurne e in tal caso i medici presenti in centrale provvedono ad indirizzare i pazienti alle eventuali équipes territoriali, forme associate di MMG/PLS, localmente attive e segnalate alla centrale dalle singole Aziende Sanitarie. Il personale di centrale, sia sanitario che tecnico appositamente addestrato, fornirà risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione tra MMG e gli altri operatori sanitari del Distretto, e condivisi con il 118 e i DEA per le parti di interazione, per dare risposte adeguate riguardo ai più comuni problemi di salute che i cittadini possono segnalare. Poiché è verosimile che il cittadino possa commettere

errori nell'attivare l'una o l'altra delle funzioni sopra elencate, è necessario che le due funzioni siano supportate da un'unica piattaforma tecnologica.

Riguardo alle fasce orarie di presenza dei Medici di Continuità Assistenziale (sia per attività ambulatoriale che domiciliare), si ritiene opportuno considerare anche differenziazioni di orari di servizio che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno giornaliero e una più ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 – 8.00) anche in funzione della necessaria integrazione con le forme di associazione dei MMG ai fini della copertura h. 24, disciplinati con protocolli chiari e condivisi con il 118. Nelle strutture di primo soccorso e di quelle sorte a seguito dei processi di riorganizzazione ospedaliera deve essere favorito l'utilizzo di dotazioni strumentali di primo livello. Nelle stesse strutture si ritiene altresì necessaria l'accessibilità alla piattaforma informatica comune e la consultazione delle banche dati degli assistiti. Inoltre, nelle zone rurali e a forte dispersione di densità abitativa deve essere potenziata la rete virtuale delle comunicazioni tra cittadino e servizi delle cure primarie, facilitando in tutti i modi l'utilizzo della telemedicina.

La riorganizzazione del sistema di Emergenza Urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale richiede una puntuale **informazione** al cittadino, destinatario ultimo del percorso riorganizzativo nel suo complesso.

La conoscenza dell'esistenza dei numeri dell'emergenza sanitaria e della continuità assistenziale va incentivata attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione volti a far conoscere a tutte le fasce di popolazione, con particolare riguardo a quelle più deboli, in quali casi è opportuno chiamare il 118 e in quali casi occorre rivolgersi al numero unico di Continuità Assistenziale e come comportarsi per ottenere un intervento efficace e mirato sulle effettive richieste di assistenza espresse dal cittadino.

Piattaforme informatiche e tecnologiche: Attualmente la normativa nazionale prevede l'utilizzo del 118 come numero unico di Emergenza Sanitaria, mentre i numeri di accesso alla CA non sono stati normalizzati. La normativa europea ha definito l'obbligo a introdurre sia i numeri di emergenza (Numero Unico Europeo 112) in modo integrato con i numeri di emergenza nazionali, sia la possibilità di utilizzare il numero 116117 per il Servizio di Guardia Medica per cure non urgenti. Poiché attualmente è in corso di progettazione la migrazione del 118 verso il 112 prevedendo l'impiego di nuove soluzioni tecnologiche di tipo telefonico e informatico è auspicabile che dove ciò avviene sia integrato nel percorso anche lo sviluppo delle soluzioni tecnologiche 116117 lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle due numerazioni.

Il fatto di poter condividere all'interno di una unica piattaforma tecnologica ambedue i servizi produce numerosi vantaggi:

- Garantisce affidabilità e sicurezza di funzionamento al sistema (mantenimento delle funzionalità del sistema in caso di guasti, eventi climatici eccezionali, reinstradamento rapido delle chiamate in caso di interruzioni di funzionamento degli impianti, gestione guasti, ecc);
- Le chiamate che giungono al 118 possono essere prese in carico dall'operatore e, se di competenza della CA, trasferite alla relativa centrale o viceversa, unitamente ai dati di intervista, in modo del tutto trasparente per l'utente.
- Presa in carico di chiamate originate da cittadini diversamente abili (es. Impiego sistemi ricezione SMS da persone non udenti).
- Messa a disposizione del personale operante sul territorio di supporti di vario tipo: dati relativi ai pazienti, sicurezza per le persone, mediazione multilingue, registrazione informatizzata delle attività.
- Possibilità di definire in modo flessibile i punti di ricezione delle chiamate dirette alla CA; ad esempio le chiamate possono essere prese in carico da una apposita centrale operativa di CA, nelle fasce notturne possono essere prese in carico presso le postazioni di CA essendo le stesse di tipo dinamico e modificabili nel corso del tempo in relazione alla zona di competenza, all'orario di funzionamento e alle modalità di risposta.
- Possono essere introdotti e gestiti in modo più efficiente i vari impianti di registrazione, localizzazione del mezzo mobile di CA sul territorio, sistemi di sicurezza degli operatori di CA, teletrasmissione, con disponibilità per la CA di supporti cartografici digitali specifici.

Area di sperimentazione: una provincia della Regione Campania

Durata del progetto: 2 anni

Finanziamento: quota parte del finanziamento 2011 previsto per le cure primarie pari ad € 18.572.673

Linea Progettuale 1

**Assessorato alla Sanità
Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria**

Linea Progettuale 1

Le Cure Primarie

Scheda di Progetto

Titolo del progetto:

LA DIAGNOSI PRECOCE E LA CURA DEL PREDIABETE, DEL DIABETE E DELL'OBESITA' IN ETA' EVOLUTIVA ATTRAVERSO UNA RETE INTEGRATA TRA CURE PRIMARIE E ASSISTENZA OSPEDALIERA

Area Competente: AGC 20 Assistenza Sanitaria

Referenti operativi e amministrativi

- Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria
- Settore 01 Assistenza Sanitaria.

Tempi previsti: 12 mesi

Costo dell'intero progetto: 1 Milione di Euro

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO**1. Condizioni socio economiche, analisi demografica e stili di vita regionali**

Secondo i dati Istat disponibili al 1 gennaio 2010 la nostra regione conta 5.824.662 residenti con la più alta proporzione di popolazione in età evolutiva. In modo particolare il 17% ha un'età < a 14 anni mentre nella restante parte del paese tale proporzione non supera il 14%. La provincia di Napoli è la più giovane della regione con tassi di natalità più alti dell'intero paese.

Le condizioni socio-economiche, che sono considerate tra i più potenti indicatori di salute di una popolazione, e in modo particolare gli stili di vita che ne derivano e correlano con un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione, sono scadenti: il grado di alfabetizzazione e il PIL pro capite è il più modesto del paese e questo comporta una minor consapevolezza dei rischi di salute e una minor capacità di prevenirli.

I fattori di rischio cardiovascolari come obesità infantile e diabete sono in aumento: la prima causa di morte sono le malattie cardiovascolari (44/10000) con una differenza notevole con la media nazionale (35/10.000) e anche tasso di mortalità per diabete (5,2/10000) è circa il doppio rispetto a quello nazionale (3/10000).

La Campania risulta la regione italiana con il più alto tasso di mortalità per le donne e per gli uomini è seconda solo alla Valle d'Aosta.

2. Obiettivi del Piano Sanitario Regionale**a. Integrazione tra le cure primarie e l'assistenza ospedaliera**

Il Piano Sanitario della Campania definisce le linee prioritarie di sviluppo del servizio sanitario regionale e offre servizi, attività e prestazioni sanitarie necessarie alla prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie. Le linee strategiche della politica sanitaria regionale sono rivolte alla riorganizzazione delle cure primarie attraverso il

rafforzamento della rete territoriale dell'assistenza ma anche attraverso l'integrazione tra i diversi soggetti che operano nel sistema (ospedale-territorio) e il miglioramento e la riorganizzazione del sistema informativo e di quello della formazione del personale. Le cure primarie possono essere definite come l'assistenza sanitaria essenziale rappresentando il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario. Esse sono orientate alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto cura e family learning) e sociali (reti di prossimità) a disposizione dell'individuo. L'assistenza ospedaliera, nel nuovo quadro organizzativo nazionale, fa dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica il fulcro di tutta la sua attività. Questa è un'area-sistema profondamente diversa con sue peculiarità ma che da sola non riesce a svolgere il suo ruolo se non integrandosi in tutte le sue fasi alle cure primarie offerte al territorio. Una rete ospedaliera che si occupa della migliore diagnosi e cura e una territoriale che lavora sulla prevenzione ma anche sul follow-up del paziente è l'unico sistema concepibile che rende universalmente accessibile e socialmente accettabile il nostro sistema sanitario regionale.

b. **Priorità d'intervento: obesità e diabete infantile.**

La Regione Campania per le considerazioni su espresse, e con l'obiettivo di ridurre le complicanze, intende assicurare la migliore cura e un corretto follow-up ai pazienti obesi e diabetici in età evolutiva.

ANALISI DELLA SITUAZIONE ATTUALE REGIONALE

1. Attività svolte per la prevenzione e la cura dell'obesità infantile.

Per la prevenzione e cura dell'obesità in età evolutiva e delle sue complicanze la Regione Campania ha definito le linee guida sulla prevenzione e il trattamento dell'obesità infantile individuando i tre livelli di assistenza alla patologia.

Il **I livello** rappresentato dai pediatri di famiglia con il compito di: promuovere l'allattamento al seno e il corretto svezzamento; monitorare la corretta educazione alimentare e il corretto stile di vita dei propri pazienti; individuare i pazienti in sovrappeso ed obesi e gli eventuali fattori di rischio associati.

Il **II livello** rappresentato dai presidi ospedalieri e servizi territoriali aziendali con il compito di gestire i bambini in sovrappeso con fattori di rischio (diabete, ipertensione, dislipidemie,..) ed obesi non gravi.

Il **III livello** rappresentato dall'AOU Federico II/AORN Santobono con il compito di gestire l'obesità grave, complicata (associata a diabete e/o ipertensione e/o dislipidemie e/o steatoepatite...) ed obesità resistente al trattamento convenzionale.

2. Attività svolte per la diagnosi e la cura del diabete infantile: Rete di diabetologia pediatrica

La Rete regionale di Diabetologia pediatrica campana, nata nel 2002, ha individuato i 3 livelli di assistenza al diabete in età evolutiva affiancando ai Centri regionali (**III livello**) i centri aziendali (**II livello**) di assistenza ai pazienti con diabete e con sindrome metabolica. I centri aziendali hanno avuto il compito di coinvolgere nella più attenta e qualificata gestione dei pazienti i pediatri e i medici di libera scelta e i pediatri e i medici ospedalieri (**I livello**). Il Progetto Rete negli anni dal 2003 al 2009 ha raggiunto i seguenti obiettivi: la formazione, da parte dei Centri Regionali, di un II livello di assistenza a bambini con diabete infantile in Campania rappresentato da 30 pediatri ospedalieri e di comunità provenienti da tutte le ASL campane. La Rete di Diabetologia pediatrica campana (2010-2011) ha garantito:

- 1) un servizio di consulenza continua tra Centri Regionali e pediatri del II livello sia per problematiche di tipo diabetologico che di tipo psicologico e alimentare;
- 2) la creazione regionale di un percorso formativo continuo per medici e pediatri di libera

scelta (I livello) che hanno in cura pazienti diabetici rappresentato da un incontro annuale regionale di aggiornamento sulla patologia diabetica e da diversi incontri distrettuali con il II livello;

- 3) il miglioramento delle conoscenze dei medici e pediatri di P.S. (I Livello);
- 4) la creazione e la diffusione di specifici protocolli per il trattamento delle emergenze-urgenze del bambino diabetico.

Altro compito della rete diabetologia è stato sensibilizzare non solo alla diagnosi precoce del diabete autoimmune, ma anche di quello non autoimmune (monogenico) con particolare attenzione alle famiglie con anamnesi positiva per diabete tipo 2 e ai pazienti obesi con insulinoresistenza e/o sindrome metabolica.

1. **Descrizione ed analisi del problema obesità infantile: i dati**

Sono stati selezionati negli ambulatori pediatrici regionali di III livello circa 1500 pazienti obesi in età evolutiva inviati al III livello (AOU Federico II / SUN / AORN Santobono) per approfondimento diagnostico.

Le indagini e i principali test diagnostici forniti **tutti in ambiente ospedaliero** hanno dimostrato che almeno la metà dei soggetti selezionati poteva essere gestita al I e II livello.

La selezione del paziente obeso in età evolutiva da inviare all'assistenza ospedaliera è stata inadeguata e ha causato una impropria ospedalizzazione con ingiustificata centralizzazione della patologia che provoca un

continuo allungarsi delle liste d'attesa sature di pazienti gestibili attraverso la prevenzione e le cure del I livello (come si evince dallo schema di seguito riportato).

Attività ambulatoriale annuale: 1100 pazienti

Obesità complicata	88 (8%)	}	40
Obesità grave	220 (20%)		
Obesità resistente a trattamento	122 (12%)		
Sovrappeso e obesità non grave	660 (60%)		

Solo il 40% dei pazienti è stato opportunamente selezionato ed è stato inserito in un programma intensivo che si è sviluppato in varie fasi:

A) valutazione iniziale del paziente attraverso colloqui e compilazione di questionari che coinvolgono tutte le figure del team multidisciplinare, quindi oltre il medico endocrinologo, anche la dietista, la biologa nutrizionista, lo psicologo;

B) ricovero per approfondimento diagnostico delle complicanze: (endocrino-metaboliche, ortopediche, respiratorie,...);

C) consegna della dieta e delle regole per una corretta attività motoria;

D) follow up che prevede inizialmente incontri pomeridiani con frequenza quindicennale che coinvolgono l'intero team multidisciplinare e, in presenza di aderenza terapeutica al trattamento, incontri mensili;

- E) rivalutazione del paziente e delle complicanze dopo riduzione di almeno il 10% del peso corporeo, attraverso attività di Day Hospital;
- F) affido al pediatra di famiglia dei casi trattati con successo.

2. Descrizione ed analisi del problema prediabete e diabete infantile

Nel corso del progetto Rete di Diabetologia Pediatrica sono stati selezionati dagli ambulatori regionali circa 1000 pazienti in età evolutiva inviati al III livello (AOU Federico II e SUN) per approfondimento diagnostico per iperglicemia e insulino resistenza.

Le indagini e i principali test diagnostici forniti **tutti in ambiente ospedaliero** hanno dimostrato che almeno l'80% dei soggetti selezionati poteva essere gestita dalle cure primarie. In molti casi non è stato confermato il sospetto diagnostico.

Analisi del problema

La selezione del paziente con iperglicemia in età evolutiva da inviare all'assistenza ospedaliera è stata inadeguata e ha causato una impropria ospedalizzazione con ingiustificata centralizzazione della patologia e

dal continuo allungarsi delle liste d'attesa, già sature di pazienti diabetici in follow-up (come si evince dallo schema di seguito riportato).

Attività DH/ambulatoriale annuale III livello: 4000 pazienti

Diabete autoimmune in follow up	3600 (90%)
Diabete autoimmune di nuova diagnosi	120
Diabete non autoimmune (monogenico, sindromico, di tipo 2)	400 (10%)
Iperglicemia occasionale (da stress, erronee) e insulino resistenza	100 (2,5%)

In sintesi attualmente, in mancanza di uno specifico percorso assistenziale, il prediabete, il diabete e l'obesità infantile vengono gestiti per una quota predominante dai Centri di III livello e laddove funzionanti dai centri aziendali di II livello generando una mancata appropriatezza tra i motivi di accesso ad ambulatori specialistici, D.H., ricovero e la diagnosi di dimissione.

Rispetto agli anni precedenti va comunque segnalata una maggiore appropriatezza del percorso diagnostico-assistenziale sui vari livelli, scaturita dall'implementazione dei progetti regionali Rete di diabetologia pediatrica e Crescere Felix.

Soluzioni progettuali proposte

- Rete assistenziale unica di diagnosi e cura del prediabete, del diabete e dell'obesità in età evolutiva come modello organizzativo unico regionale
- Deospedalizzazione di patologie comuni in età infantile con riduzione dei costi. Una

deospedalizzazione del paziente con iperglicemia e in follow-up per diabete, obeso non grave e non complicato consentirebbe in aggiunta anche lo snellimento delle liste di attesa e la garanzia di un più rapido accesso alle cure anche di quella parte di bambini affetti da diabete all'esordio o complicato e obesità grave complicata che invece spesso restano non trattati.

OBIETTIVI GENERALI DEL PROGETTO

L'**obiettivo principale** sarà quello di realizzare un **network assistenziale unico su scala regionale- aziendale-territoriale (3 Livelli assistenziali)** in cui il paziente, **elemento centrale**, sia circondato da un sistema in grado di soddisfare tutti i suoi bisogni con rapidità, efficienza e competenza, riducendo al minimo disagi e spostamenti. Un sistema assistenziale che garantisca al bambino con *prediabete e diabete* le migliori cure a più livelli e un completo inserimento nel sistema sociale e al bambino *obeso o in sovrappeso* tutte le misure necessarie per evitare l'obesità grave, la sindrome metabolica e il diabete tipo 2.

In sintesi questo progetto ha come **obiettivi realizzativi**:

1. Coordinamento, integrazione e proseguimento dei progetti regionali: "Crescere Felix" e "Rete di diabetologia pediatrica regionale" con l'ampliamento della rete di diabetologia infantile che diviene una **rete integrata per obesità e diabete infantile** (andando verso una rete assistenziale unica per le malattie croniche in età evolutiva) tra cure primarie e assistenza ospedaliera;
2. **Deospedalizzazione** attraverso la riduzione del numero di accessi inappropriati al III livello
3. Organizzazione **del sistema informatico delle aziende sanitarie e ospedaliere regionali e collegamento con i PLS, per la messa in rete di tutti i livelli che partecipano alla gestione del paziente** (anche con l'utilizzo di risorse già esistenti);
4. Individuazione di nuovi protocolli diagnostico-terapeutici condivisi dai livelli e per questo integrati attraverso **percorsi di formazione** che supportino il sistema ai vari livelli di assistenza.

Obiettivi Realizzativi:

Per ampliare la rete di diabetologia infantile che diviene una rete integrata per obesità e diabete infantile (andando verso una rete per le malattie croniche in età evolutiva) realizzando tutti gli obiettivi premessi bisognerà identificare e assegnare dei compiti specifici ai vari livelli della rete dotandola dei sistemi informatici adatti. I tre livelli saranno così impostati:

- CENTRI REGIONALI DI DIABETOLOGIA PEDIATRICA e III LIVELLO OBESITA'INFANTILE di SUN, FEDERICO II e AORN SANTOBONO (III Livello)
- CENTRI DIABETOLOGIA PEDIATRICA E ALTRE STRUTTURE AZIENDALI (II Livello)
- AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AAFFTT) dei MMG e PLS (I Livello)

COMPITI E COMPETENZE

A. I Centri Regionali di Diabetologia pediatrica e le strutture del III livello per la cura dell'obesità infantile (**III livello**):

- 1- garantiranno gli attuali standard di cure attraverso controlli ambulatoriali, D.H. e ricoveri alla prima diagnosi e per successive emergenze.
- 2- Continueranno e amplieranno all'obesità infantile l'attività di formazione continua dei pediatri del I e II livello creati dai precedenti Progetti,
- 3- organizzeranno la formazione in diabetologia e obesità infantile pediatrica per

- infermieri, psicologi e dietiste presenti ai vari livelli
- 4- continueranno l'attività di consulenza continua ai livelli aziendali e territoriali per quel che riguarda le problematiche psicologiche e di natura nutrizionale.
 - 5- garantiranno uno scambio di informazioni in rete continuo tra i tre livelli assistenziali attraverso la creazione di un software appositamente dedicato che tuteli la salute e la privacy dei pazienti.
 - 6- invieranno ai vari livelli raccolte bibliografiche, segnalazioni di novità scientifiche, reports di congressi, tramite posta elettronica (indirizzo di posta elettronica dedicato necessario e obbligatorio per tutti i partecipanti) e tramite spedizioni postali.

B. Le ASL organizzeranno e renderanno operativo il II livello di assistenza pediatrico attraverso il Centro di Diabetologia Pediatrica aziendale e le strutture semplici distrettuali integrate ospedale-territorio di diagnosi e cura dell'obesità infantile. Il centro e le strutture distrettuali collaboreranno nella gestione del paziente reinviandolo al I livello per follow-up o affidandolo al III livello per situazioni gravi complicate. I Centri Aziendali di diabetologia pediatrica e le strutture semplici distrettuali per la cura e la diagnosi dell'obesità infantile (**II livello**), attraverso il personale e i mezzi adeguati forniti dalle ASL, collaboreranno con il III livello nella gestione e nel follow-up del paziente diabetico con:

- o visite ambulatoriali e ove possibile ricoveri anche in regime di D.H. ,
- o l'informatizzazione dei dati dei pazienti e lo scambio di informazione tra i livelli,
- o il coinvolgimento e la formazione nella Rete del personale non medico che assiste il paziente al II livello (psicologi, infermieri pediatrici, assistenti sociali, dietiste),
- o il coinvolgimento e la formazione del personale scolastico docente e non per individuare specifici percorsi circa la prevenzione dell'obesità, l'alimentazione e la somministrazione della dose insulinica pre-prandiale ai bambini delle scuole materne e elementari,
- o il coinvolgimento delle istituzioni locali, delle associazioni sportive e delle associazioni no profit nei progetti che riguardino la prevenzione dell'obesità e il completo inserimento del paziente diabetico nel tessuto sociale
- o il monitoraggio continuo dei parametri di qualità dell'assistenza locale ai pazienti pediatrici in sovrappeso o obesi e con diabete (gravità dei pazienti al primo ricovero, qualità della vita per pazienti e famiglie, modalità e frequenza di esordio delle complicanze, frequenza scolastica, etc.) e della prevalenza di eventuali complicanze nella popolazione assistita
- o la prevenzione del diabete tipo 2 e della Sindrome Metabolica in età pediatrica (intolleranza al glucosio in età pediatrica), studiando con percorsi ambulatoriali e approfondimenti diagnostici anche in D.H. le famiglie con storia di diabete tipo 2, MODY e i pazienti in età evolutiva con gravi segni e sintomi di iperinsulinismo. I dati raccolti e i pazienti più complessi saranno inviati ai Centri regionali per gli studi epidemiologici e gli approfondimenti specialistici delle forme di diabete non autoimmune.

C. Le AAFTTT (**I livello**) collaboreranno con il II livello aziendale nella gestione dei pazienti attraverso:

- a. trattamento del sovrappeso (linee guide su alimentazione, es. fisico)
- b. diagnosi precoce del diabete non autoimmune
- c. controllo dell'accrescimento e dello sviluppo puberale del bambino obeso e diabetico,
- d. gestione delle urgenze a letto del paziente con diabete (malattie intercorrenti)
- e. razionalizzazione della prescrizione di presidi medici e dell'insulina
- f. informatizzazione dei dati dei pazienti e scambio dati con II livello

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

Fattibilità: i precedenti progetti regionali realizzati completamente sono la risorsa principale del progetto. Da questa base che vede già una integrazione tra ospedale e territorio e che ha già

prodotto un miglioramento nei percorsi diagnostico-terapeutici e una riduzione degli accessi impropri al II livello.

La ridotta ospedalizzazione e la semplicità di accesso alle cure per le patologie su elencate è legata al proseguimento dei due progetti regionali che hanno come punto di forza quello di aver già individuato gli attori ai vari livelli ma la scarsità delle risorse umane disponibili per l'implementazione delle attività del progetto resta la principale criticità.

Trasferibilità dal SSR al SSN

Il sistema sanitario della Regione Campania in tutte le analisi che sono state prodotte ha evidenziato l'assoluta necessità di riequilibrare il rapporto oggi esistente fra livello essenziale ospedaliero e livello essenziale di assistenza territoriale spostando sul territorio risorse economiche, umane e tecnologiche semplificando percorsi diagnostici e terapeutici e utilizzando gli ospedali solo in caso di reale necessità.

E' pertanto necessaria la conoscenza del bisogno reale che consente l'eliminazione della domanda indotta attraverso un network sociosanitario realizzato intorno la paziente (cure primarie) che ci consente di individuare il reale bisogno della popolazione. Ma l'appropriatezza della cura impone anche che la rete di offerta sia configurata, come in questo progetto, quale insieme fortemente integrato Ospedale-Territorio. L'appartenenza all'uno o all'altro livello non deve contenere più elementi di divisione, di funzioni o attività, ma deve rappresentare come prevede il Piano Sanitario Nazionale soltanto "una linea continua di gradienti di intensità della risposta socio-assistenziale-sanitaria calibrata sul reale bisogno di salute del cittadino".

3. PIANO DI VALUTAZIONE

Per l'obiettivo generale e per ogni obiettivo specifico deve essere espresso l'indicatore attraverso il quale può essere misurato il risultato da raggiungere nonché il livello atteso di risultato.

Ai fini del monitoraggio del progetto, va altresì costruito un cronoprogramma dal quale si possano evincere le principali attività sottese al raggiungimento di ogni singolo obiettivo specifico.

A riguardo si anticipa che la valutazione, oltre ad una relazione finale, prevede, così come indicato nel cronoprogramma, una rendicontazione in itinere da trasmettere alla Regione – Settore Assistenza Sanitaria, mediante un rapporto tecnico e un rapporto finanziario semestrali:

- il rapporto tecnico verrà elaborato indicando le azioni svolte nel semestre di riferimento, allo scopo di monitorare lo stato di avanzamento del progetto, rispetto alla sequenza temporale prevista nel cronoprogramma;
- il rapporto finanziario dovrà descrivere le spese sostenute nel semestre per ogni voce inclusa nel piano finanziario.

Linea Progettuale 2

Area 20: Assistenza Sanitaria
Settore 03: Fasce Deboli

Linea Progettuale 2

La rete territoriale dell'assistenza ai non autosufficienti.

Scheda di Progetto

Durata del progetto:

12 mesi dall'avvio

Referente:

Settore Fasce Deboli

Importo assegnato a valere sulla quota del FSN:**€25.983.088 -fondo vincolato di cui 2.165.257 per l'assistenza a soggetti affetti da demenza
2.165.257 per soggetti affetti da malattie neuromuscolari degenerative****Premessa**

Nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013 (decreto commissariale n.22/2011) e nel Programma Operativo 2011-2012 predisposto subordinatamente al richiamato Piano Sanitario e al decreto n. 49 del 27.09.2010 sulla riorganizzazione della rete territoriale e ospedaliera sono richiamati e definiti gli obiettivi relativi alla costituzione ed implementazione di una rete per la non autosufficienza, in coerenza con quanto già programmato e stabilito attraverso la progettazione dei fondi a destinazione vincolata dell'anno 2010 (delibera di giunta regionale n.39 del 14.02.2011).Nel presente atto di programmazione in armonia con **l'art. 1 comma 7 dell'intesa stato-regioni concernente il Patto per la Salute del 3/12/2009** sono definiti interventi, obiettivi e risultati che si intendono realizzare e perseguire utilizzando tali fondi , coerentemente con il Piano di rientro e con i documenti che lo attuano.

Le strategie definite nei documenti citati sono mirate ad una ristrutturazione della rete di assistenza e una ridefinizione delle attività del distretto il cui ruolo di programmazione e di riqualificazione degli interventi alla persona viene rafforzato; sono infatti definiti e articolati anche temporalmente, obiettivi di rafforzamento della governance territoriale e della capacità di gestione e programmazione dei servizi sociosanitari.

Ognuno dei 72 distretti della Regione Campania al termine del processo di riqualificazione avviato con i richiamati decreti 49/2010 e 22/2011 ha la possibilità di disporre a livello distrettuale di posti letto territoriali per la gestione della cronicità dalla rete dei servizi e che deve necessariamente prevedere la strutturazione di équipe specifiche con la presenza oltre che dei medici specialisti a seconda del bisogno sanitario trattato, infermieri necessariamente anche dei MMG e PLS. Ogni distretto dovrà inoltre predisporre di un proprio atto di programmazione che a partire dalla analisi del bisogno di salute rilevato possa definire le risorse umane, tecnologie e finanziarie necessarie a rispondere in modo adeguato ed appropriato sia in termini di qualità dei servizi che dell'appropriatezza della risposta.

Destinatari

Per implementare la rete per la non autosufficienza, quindi ci rifacciamo al Piano sanitario regionale nel quale la rete dei servizi a favore dei non autosufficienti prende in carico varie categorie di soggetti:

- anziani,
- soggetti affetti da patologie cronico degenerative,
- soggetti affetti da demenze,
- disabili -adulti e minori- in condizione di disabilità stabilizzata con perdita parziale o totale della autosufficienza ai quali si riconducono anche soggetti affetti da stati vegetativi e di minima coscienza,
- i soggetti affetti da malattie neurodegenerative.

Occorre fornire una risposta organica al bisogno assistenziale che garantisca una continuità assistenziale tra l'ospedale e/o strutture intensive al territorio, favorendo la prossimità al domicilio, anche attraverso il rafforzamento e potenziamento delle risposte di tipo semiresidenziale, domiciliare e residenziale. Come definito nel Piano Sanitario e nel Programma

Operativo, per la tipologia di utenti, la durata e le modalità della presa in carico è necessario per quest'area d'intervento:

- colmare i vuoti nel sistema di offerta territoriale di tipo residenziale con particolare riguardo per quelle patologie che richiedono interventi ad alta integrazione sanitaria: "Malattie Neurologiche ad Interessamento NeuroMuscolare" (MNINM) tra le quali la sclerosi laterale amiotrofica Sla, per gli stati di minima coscienza, stati vegetativi.
- sostenere e supportare la domiciliarità e gli interventi di tipo semiresidenziale che favoriscano la permanenza a domicilio del soggetto
- fornire sostegno ai familiari anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di familiari
- Sviluppare i servizi di prossimità, di ospitalità temporanea e di interventi domiciliari anche temporanei, in cooperazione con le associazioni e il mondo del volontariato
- definire percorsi flessibili di presa in carico per garantire il passaggio da un regime assistenziale all'altro rapidamente e secondo il bisogno espresso
- definire strumenti di valutazione adatti a misurare oltre che il potenziale residuo e le capacità di recupero anche tempestivamente la variazione

OBIETTIVI

Nei confronti di tali categorie e della non autosufficienza in generale, risulta necessario strutturare un sistema territoriale di welfare idoneo ad accompagnare e tutelare le persone in condizione di non autosufficienza nell'ambito della rete integrata dei servizi e degli interventi, secondo l'approccio della continuità assistenziale, garantendo alle persone non autosufficienti:

- l'universalità dell'accesso, attraverso la rete dei servizi territoriali sociali e sanitari in grado di accogliere la domanda sociale e di accompagnarla verso la definizione del percorso personalizzato;
- l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie, attraverso la presa in carico e la valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente;
- la progettualità personalizzata e partecipata;
- l'introduzione di prestazioni aggiuntive e innovative, dirette a coprire in modo più esteso ed appropriato i bisogni delle persone disabili, minori, adulti ed anziani non autosufficienti;
- la definizione e la costruzione di un modello organizzativo semplificato per l'accesso ai cittadini evitando inutili passaggi, assicurando chiarezza nell'iter, certezza nei tempi di presa in carico e di erogazione delle prestazioni riconosciute nei piani individualizzati.

Alla luce delle considerazioni appena formulate, il programma che qui si propone si articola su tre macroazioni:

- 1) coprire il fabbisogno di posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali
- 2) riorganizzare la rete di assistenza territoriale
- 3) attuare il programma di implementazione del sistema di cure domiciliari di cui alla D.R.G.C. 41/2011.

Conseguentemente le risorse dedicate saranno ripartite in misura congrua alle azioni definite; è opportuno definire il programma della non autosufficienza seguendo il richiamato programma operativo che già delinea gli interventi e le azioni nonché i risultati e gli indicatori.

Attraverso le macro azioni sono sintetizzati i punti salienti del programma per l'implementazione della rete non autosufficienza ricompreso nel Piano Sanitario Regionale approvato nel decreto 22/2011 e che qui si sceglie di non declinare puntualmente ma di ricondurli agli interventi di riqualificazione del sistema di offerta territoriale/distrettuale. Di seguito, pertanto, si riporta in modo semplificato la tabella riconducibile agli obiettivi della non autosufficienza che ci presenta tre tipologie di interventi e di azioni che implicano un impegno a livello regionale e aziendale .

Interventi	azione	Risultati programmati	Indicatori di risultato
1- Attivazione strutture territoriali	Attivazione posti letto di rsa per anziani e soggetti affetti da demenza	Attivazione posti letto residenziali e semiresidenziali per demenze	Numero pl attivati
		Emanazione di documento per regolamentare l'attivazione dei posti letto per stato vegetativo e le tariffe associate	Effettiva attivazione del livello di assistenza programmato e regolamentato
		Attivazione posti letto per stato vegetativo e minima coscienza	Numero pl attivati
2- Riorganizzazione della Rete di assistenza Territoriale	Implementazione del sistema di accesso ai servizi territoriali	Emanazione di un documento contenente la definizione delle PUA e la relativa modulistica	Numero di PUA attivate su numero di PUA da attivare al 31 dicembre 2012.
		Emanazione di un documento contenente i criteri di valutazione per utenti destinati a servizi di assistenza territoriale e le linee guida per la valutazione multidimensionale	Numero di prestazione di carattere territoriale prenotate tramite PUA su numero di prestazioni erogate complessivamente al 31 dicembre 2012.
		Emanazione di un documento contenente i criteri di valutazione per utenti destinati a servizi di assistenza territoriale e le linee guida per la valutazione multidimensionale	Emanazione di un documento contenente i criteri di valutazione per utenti destinati a servizi di assistenza territoriale e le linee guida per la valutazione multidimensionale
3- Potenziamento dell'assistenza domiciliare	Piano di attuazione e qualificazione dell'assistenza domiciliare	Riqualificazione dei centri di coordinamento dell'assistenza domiciliare	Adozione formale con decreto del fabbisogno regionale di ADI e del relativo budget di risorse umane, finanziarie e tecnologiche prestazionale entro il 31 dicembre 2011.
		Definizione del	Adozione formale con

		fabbisogno di adi a livello regionale e di asl e delle relative risorse umane, finanziarie, tecnologiche	decreto del fabbisogno regionale di ADI e del relativo budget di risorse umane, finanziarie e tecnologiche prestazionale . Adozione formale con decreto del fabbisogno regionale di ADI e del relativo budget di risorse umane, finanziarie e tecnologiche prestazionale
		Piano di fattibilità per l'implementazione di sistemi di aiuto economico alle famiglie e a sostegno delle cure domiciliari	Incremento della Presa in carico in ADI degli ultrasessantacinquenni in considerazione del target al 3,5%-obiettivo di servizio s06.
		Elaborazione dei piani di formazione a livello di asl per il personale dei cad e per il personale dell'assistenza informale	Adozione formale dei programmi di formazione e avvio dei percorsi entro il 31 dicembre 2011.
		Completamento della copertura del sistema informativo SIAD	Copertura del Sistema informativo SIAD sul 100% dei soggetti presi in carico in ADI entro il 31 dicembre 2012.

Quanto riportato nella precedente tabella costituisce una parte degli interventi definiti con il programma operativo riportati perchè significativi per la definizione della rete per la non autosufficienza; non tutti gli interventi e le azioni riportate verranno integralmente riportate fra le azioni e gli obiettivi da conseguire con il presente finanziamento poiché sono da ritenersi propedeutiche e anche già realizzate al momento dell'accesso della Regione Campania a questi fondi.

Inoltre, si precisa che i richiamati documenti relativi alla definizione di linee di indirizzo in materia di accesso -PUA e di valutazione multidimensionale richiamati nella tabella dovranno trattare in modo organico questi nodi tematici :

- accesso unitario attraverso la **porta unitaria di accesso**, come modalità univoca di accesso per i richiedenti e di segnalazione dei casi
- **Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVI)**, per effettuare la valutazione con **scheda multidimensionale (SVAMA-ICF-SVAMDI)**
- **Piano Individualizzato di Assistenza (PAI)**, redatto dall'UVM, in cui è evidenziato il piano di cura e assistenza alla persona, è individuato il case manager
- **Protocolli e procedure dimissioni protette**

I documenti sono in fase di elaborazione e pertanto per ciò che concerne il presente programma una delle azioni proposte sarà relativa al recepimento, adozione e applicazione da parte delle AA.SS.LL. e il monitoraggio dell'applicazione delle stesse.

Inoltre, in merito ai **sistemi informativi regionali** dedicati, e alla implementazione di procedure di raccolte dati relative alle cure domiciliari e prestazioni residenziali e semiresidenziali per soggetti non autosufficienti, si intende rafforzare e completare il percorso già avviato come segue:

- prevedere un raccordo con le azioni previste dal ministero relative all'istituzione di un *osservatorio per la non autosufficienza attraverso il "sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi sociali e sociosanitari in favore delle persone non autosufficienti (c.d. SINA-definito dallo schema del disegno di legge "recante norme relative alle persone non autosufficienti, alle politiche sociali e alla famiglia,*
- prevedere una integrazione tra il patrimonio informativo disponibile in ambito "sanitario" ed in ambito "sociale" per un monitoraggio complessivo del fenomeno della non autosufficienza, correlando i dati delle banche dati con i dati epidemiologici e delle sdo al fine di costituire un patrimonio informativo sulla non autosufficienza

Criteria di riparto del fondo

Nel rispetto del vincolo posto per la linea delle demenze e delle malattie neuromuscolari , pari a 2.172.000 per ciascuna linea, di seguito si propone:

Residenzialità- implementazione*	demenze	Stato vegetativi	Fornitura dei comunicatori per pazienti affetti da malattie neuromuscolari degenerative		
totale	4000000	4000000		1.000.000	
Domiciliarità-rete di assistenza territoriale non residenziale	Demenze	Stato vegetativi		sla	Anziani, soggetti fragili e non autosufficienti
	2.172.000	2000000		1172000	11.655.756
Sub Totale	6172000	6000000		684.08.00	17.36.00
Totale finanziamenti o linea					25.000.000

La somma assegnata per il programma di residenzialità è destinato alle AA.SS.LL. impegnate ai sensi del Decreto 49/2010 nella riconversione di ospedali in strutture che prevedano posti letto dedicati a tale tipologia di utenti e pertanto verrà assegnata con procedura ad evidenza, privilegiando le AA.SS.LL. già impegnate nel programma di riconversione. Pertanto tale linea di finanziamento sarà attivata in coerenza con i documenti programmatori e si provvederà con avvisi o manifestazioni di interesse.

Per ciò che concerne il fabbisogno relativo all'attivazione delle strutture per pazienti in stato vegetativo e minima coscienza, è stato considerato quanto già definito nel programma operativo 2011-2012 nel quale è effettuata una proiezione dei costi attraverso la valorizzazione della manovra di attivazione dei posti letto per tale tipologia di utenti. Al di là della tempistica proposta nel documento citato, ciò che qui si intende utilizzare è la quantificazione del costo e l'impegno di risorse che le AA.SS.LL. devono mettere in campo. Ipotizzando che il valore medio della tariffa/die per strutture per pazienti in stato vegetativo è quantizzata nel programma operativo in 220 euro, la somma di 4.000.0000 può ampiamente garantire l'implementazione di 40 posti letto che risponderebbero in parte al fabbisogno di posti letto fissato dal richiamato decreto 49/2010 e al programma operativo che ne declina gli obiettivi in uno specifico cronogramma.

Ciò consentirebbe, unitamente a quanto definito con il programma di utilizzo dei fondi a destinazione vincolata del FSN 2009 e 2010 di arrivare ad una copertura complessiva di 80m posti letto per pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza.

Si precisa che si procederà a ripartire il fondo tenendo distinte le quote vincolate e che ciascuna azienda sarà tenuta a ripartire la cifra assegnata avendo cura di mantenere il vincolo di destinazione nei termini previsti dall'art. 1 comma 7 dell'intesa stato-regioni concernente il Patto per la Salute del 3712/2009

Il fondo da destinare alle attività di tipo domiciliare è destinato alle aziende sanitarie locali con i seguenti criteri:

per implementare il sistema di cure domiciliari a favore dell'anziano fragile non autosufficiente e dei minori il fondo di euro 12.000.000 sarà così assegnato:

- il 50% ripartito in parti uguali fra le AA.SS.LL. e il 50% in base alla popolazione residente ultrasessantacinquenne.

Per i cittadini affetti da demenza, il fondo sarà ripartito come segue, 4.000.000 di euro destinati all'implementazione dei posti letto residenziali e semiresidenziali, €2.172.000 equivalente al fondo vincolato sarà destinato alle cure domiciliari e assegnato per il 50% in base alla popolazione residente e per l'ulteriore 50% in base alla popolazione residente ultra65enne

Per l'implementazione del programma di assistenza a favore dei pazienti in stato vegetativo-stato di minima coscienza, il fondo complessivo di 6.000.000 sarà destinato nella misura di 4.000.000 al programma di implementazione dei posti letto in strutture residenziali e la rimanente parte pari a 2.000.000 sarà alle cure domiciliari e assegnato per il 50% in base alla popolazione residente e per l'ulteriore 50% in base ai casi già trattati.

Inoltre fra i criteri di accesso al finanziamento le singole AA.SS.LL. saranno inseriti quale obbligo e vincolo della programmazione la standardizzazione delle procedure di ammissione alle prestazioni che tengano conto dell'urgenza e della tempestività dell'erogazione; inoltre la definizione di protocolli di dimissione protetta e di procedure di continuità assistenziale della rete che garantisca ai soggetti non autosufficienti di accedere al sistema di offerta cambiando anche il regime assistenziale ad ogni variazione delle condizioni cliniche e del bisogno.

In particolare attraverso interventi concreti e mirati le AA.SS.LL. dovranno provvedere a :

1. definire ed applicare protocolli procedurali tra gli attori della rete
2. definire funzioni di coordinamento per la rete della non autosufficienza
3. adottare procedure semplificate per l'accesso alla rete dei servizi
4. potenziare i Centri Diurni,
5. potenziare la rete di strutture per ricoveri estivi e di sollievo soprattutto in quelle aree ancora carenti.

6. Potenziare il sistema integrato di interventi e servizi domiciliari, sostenendo una migliore integrazione tra offerta sanitaria e supporto sociale, tra competenze assistenziali e potenzialità di diagnosi e di prevenzione
7. favorire il modello Hub e spoke per la presa in carico e dei centri di riferimento per quelle patologie che lo richiedono
8. definire protocolli per l'applicazione dei percorsi di umanizzazione e continuità assistenziale
9. adottare procedure semplificate ed unitarie per l'assistenza farmaceutica, protesica integrativa e medico legale
10. attivare corsi di formazione per operatori, MMG, familiari-

Di seguito si riportano schede di dettaglio per gli obiettivi e le azioni per l'implementazione delle cure domiciliari nonché per le attività connesse alla assistenza ai soggetti affetti da demenza, pazienti affetti da malattie neuromuscolari invalidanti degenerative e pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza

IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI PER I SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

Descrizione:

IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

A tal fine la Regione Campania ha predisposto una serie di atti di programmazione definiti anche congiuntamente tra gli uffici dell'area assistenza sociale e sanitaria per fornire indicazioni in merito al sistema di erogazione delle cure domiciliari.

Tale esigenza è nata dalla necessità di recepire quanto disposto dal Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 che ha definito gli obiettivi di innalzamento della qualità della vita misurabili attraverso il miglioramento di servizi di cura alla persona; tra questi per le Regioni Obiettivo convergenza sono stati indicati anche i servizi di assistenza domiciliare integrata – ADI erogata favore degli anziani ultrasessantacinquenni congiuntamente dal sistema sanitario e dal sistema sociale.

E' stato avviato un meccanismo di concertazione e di definizione di obiettivi comuni nell'implementazione del sistema di cure domiciliari territoriali a partire dalla ridefinizione del sistema regionale di cure domiciliari resasi necessaria anche a seguito dell'evoluzione del quadro normativo ed un arricchimento del glossario utilizzato in materia di cure domiciliari.

Si è passati dalla definizione di ADI, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare riabilitativa, assistenza sanitaria alla definizione "Cure domiciliari". Con tale termine si intende quel sistema integrato di prestazioni erogate a domicilio a favore di soggetti in particolare condizioni di non autosufficienza temporanea o durevole o di disabilità accertata. Con questo termine si distinguono in modo esclusivo le cure sanitarie e sociosanitarie dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio assistenziale e tutelare. Le cure domiciliari "*... consistono in trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana*".(documento del Ministero della Salute "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" - 2006)

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari Integrate sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il

- recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali;
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della “dimissione protetta”;
 - supportare i “caregiver” e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento;
 - migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

Il documento ministeriale citato articola le cure domiciliari in tre tipi:

- Cure Domiciliari di tipo prestazionale;
- Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello, e terzo livello;
- Cure Domiciliari palliative per malati terminali.

Tutte le AA.SS.LL. sono obbligate dal piano sanitario regionale a regolamentare l'organizzazione e il funzionamento del sistema di cure domiciliari integrate, come previsto dalla Delibera di Giunta regionale n.41/2011. Già attraverso i precedenti atti di programmazione dei fondi a destinazione vincolata la necessità di riorganizzare e di rivedere la rete territoriale di tipo domiciliare è stata definita quale obiettivo per le aziende sanitarie, pertanto attraverso questa azione di miglioramento e qualificazione del sistema di cure domiciliare si intende ridisegnare il modello di presa in carico in modo complessivo e contestualmente introdurre elementi innovativi nella governane del sistema a partire dalle cure domiciliari integrate che si suddividono in :

Le *Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello* comprendono quelle già definite in

precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati articolati come previsto dal documento ministeriale citato.

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni, medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio-assistenziali: tali prestazioni sono integrate tra loro in un *mix* all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale.

Le *Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative per malati terminali*(che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare - Cure Palliative) sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze, così come riportato nell'allegato 1 al documento ministeriale citato. Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale- del profilo individuato come terzo livello e cure palliative- concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare. Tali cure sono richieste dal medico responsabile delle cure del paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e, per le cure palliative, è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'équipe di cura e comunque da medici specificatamente formati.

Gli ospedali che attualmente erogano interventi di ospedalizzazione domiciliare devono necessariamente raccordarsi con il distretto territoriale competente, attraverso specifici protocolli che adeguino le procedure ai nuovi indirizzi nazionali e regionali.

Nel delineare il sistema di offerta di tipo domiciliare, si devono precisare alcuni aspetti per i pazienti ad alta complessità assistenziale, quali i pazienti affetti da malattie ad interessamento neuromuscolare, SLA e stati vegetativi, nell'attivazione dei percorsi di cure domiciliari già ADI e dell'assistenza domiciliare ospedaliera - ADO affinché sia assicurata:

- a) la valutazione delle condizioni di stabilità clinico-funzionale, delle abilità assistenziali della famiglia e della idoneità del domicilio, soprattutto per i pazienti dimessi da parte dell'equipe di riferimento della struttura ospedaliera di neuroriabilitazione (cod 75) e/o delle "Unità per Stati vegetativi" (cod 99),
- b) l'acquisizione della relativa valutazione di rientro per l'organizzazione del rientro domiciliare protetto attraverso specifica valutazione multidimensionale coinvolgendo, al riguardo, il medico di medicina generale del paziente;
- c) la redazione di apposito Progetto assistenziale individuale che deve riportare in modo specifico il livello di gravità della patologia e le specifiche disabilità, nonché il trattamento proposto con l'indicazione degli esiti attesi.

Il sistema ADI/CDI, finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali, presuppone un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema, che consenta di considerare l'unicità della persona in tutte le sue dimensioni, superando l'approccio settoriale e specialistico ed integrando competenze e servizi diversi.

I principali attori del sistema territoriale di assistenza domiciliare sono:

per l'Area sanitaria

- Unità Operative Distrettuali;
- Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera Scelta;
- Servizi di medicina specialistica;
- Altri servizi Sanitari territoriali e ospedalieri;

per l'Area sociale

- Servizi Sociali Professionali dell'Ambito Territoriale;
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale;
- Altri servizi sociali dell'Ambito Territoriale;
- Enti gestori dei servizi sociali;
- Rete familiare e parentale volontariato;

Obiettivi :

L'obiettivo di tipo procedurale ed organizzativo è definire percorsi di presa in carico del soggetto non autosufficiente per ogni tipologia di bisogno assistenziale, dalla richiesta o segnalazione all'erogazione del servizio.

Altro obiettivo è dotare i centri erogatori dei servizi (uu.oo., strutture residenziali)

La scelta regionale è utilizzare questi fondi CIPE, anche in continuità con i precedenti progetti

L'intervento della Regione Campania può quindi essere costruito lungo due direttrici:

- migliorare/uniformare i sistemi valutazione multiprofessionale e multidimensionale del bisogno individualizzati per fornire adeguate risposte in termini di progetti di presa in carico sanitari e sociosanitari;
- introdurre e migliorare i sistemi di autovalutazione delle aziende sanitarie

Come già definito nella prima sezione di questo documento, sono in fase di elaborazione due diversi documenti inerenti il sistema di accesso alle prestazioni di tipo domiciliare e il sistema di valutazione multidimensionale.

Saranno elaborati i profili assistenziali per ogni singola patologia in base ai quali definire i progetti personalizzati e piani esecutivi, a partire dal profilo di autonomia determinato dall'utilizzo della scheda di valutazione Sva.M.A e della S.Va.M.Di. in fase di elaborazione ed approvazione.

Ulteriore strumento di programmazione di cui le AA.SS.LL. potranno servirsi è la definizione di un sistema di tariffazione per le cure domiciliari basato sulla determinazione del bisogno e del conseguente carico assistenziale richiesto in termini di figure professionali e frequenze degli accessi.

Risultati attesi

1-incrementare in termini numerici l'assistenza domiciliare e domiciliare integrata, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare di secondo e terzo livello, per i cittadini ultrasessantacinquenni, favorendo l'accesso dei cittadini

2--innalzare la qualità dei servizi erogati

3-favorire la responsabilizzazione e partecipazione dei cittadini¹

4-implementare un sistema informativo regionale

Per valutare l'impatto dei risultati attesi si rappresenta che nel richiamato documento ministeriale sono fissati gli indicatori e gli standard assistenziali minimi relativi alle cure domiciliari. Nello specifico è data particolare enfasi alle cure domiciliari già definite ADI rivolte a pazienti ultrasessantacinquenni.

Tab. 2 – Profili di cura e standards qualificanti delle cure domiciliari

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA= GEA/GD C*	ATTIVAZIONI E UVI	Durata a media	Complessità	
					Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
CD prestazioni (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale		No		Infermiere (min.15-max30') Professionisti della riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di primo livello (già ADI)	Clinico funzionale e sociale	Fino a 0,30	Si	180 giorni	Infermiere (max: 30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore	5 giorni su 7 8 ore die

¹ i servizi debbono accertare le aspettative e le priorità dei pazienti; coinvolgere i pazienti nei propri piani di cura ed assistenza ed utilizzare, nel rispetto dei diritti e delle libertà individuali, l'approccio della decisione condivisa, richiedere il loro feedback, anche sui servizi ed avviare conseguenti processi di miglioramento (Piano sanitario nazionale 2005-2008)

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA= GEA/GD C*	ATTIVAZIONE E UVI	Durata a media	Complessità	
					Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
					sociosanitario (60')	
CD integrate di secondo livello (già ADI)	Clinico funzionale e sociale	Fino a 0,50	Si	180 giorni	Infermiere (min.30-max.45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD integrate di terzo livello (già OD)	Clinico funzionale e sociale	Superiore a 0,50	In relazione al bisogno espresso	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure palliative malati terminali² (già OD CP)	Clinico funzionale e sociale	Superiore a 0,60	In relazione al bisogno espresso	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore

AZIONI E CRONOGRAMMA

Durata del progetto 12 mesi dall'attuazione, nella sua fase operativa; di seguito si riportano le macroazioni suddivise per tipologie di azioni: azioni a regia regionale, azioni realizzate dalle AA.SS.LL.

	1 semestre	2 semestre
Obiettivi Regionali	1. Diffusione del documento linee di indirizzo sulle cure domiciliari in Regione Campania	6-Monitoraggio e valutazione dell'impatto del nuovo sistema di cure domiciliari nella organizzazione aziendale

² Le figure professionali e le relative funzioni per questa tipologia di Cure Domiciliari sono disciplinate da normativa specifica, nazionale e regionale, pertanto la tabella può essere integrata

	2- Definizione di strumenti di monitoraggio per il raggiungimento degli obiettivi aziendali	7-Completamento dei sistemi informativi dedicati secondo il cronoprogramma ministeriale
	3 Definizione del sistema di remunerazione	8-Raggiungimento del target assegnato al 2012 di incremento % di anziani assistiti in ADI 3.5% a livello regionale
	4-Definizione dei profili assistenziali	
	5-Definizione di strumenti di verifica e di monitoraggio dell'applicazione delle linee di indirizzo	9-Monitoraggio dell'applicazione e del raggiungimento del target assegnato ad ogni azienda per l'ADI
Obiettivi Aziendali	10-Recepimento ed applicazione delle linee di indirizzo da parte delle AA.SS.LL.	
	11-Attivazione del coordinamento delle cure domiciliari nelle AA.SS.LL. e /o nelle SPS come programmate nel Piano Ospedaliero Decreto 49/2010	
		17-Applicazione del sistema di remunerazione
	12-Potenziamento dei sistemi informativi dedicati	18-Applicazione dei profili assistenziali
	13-Definizione degli standard minimi assistenziali	19-Applicazione delle linee di indirizzo regionali su accesso e valutazione multidimensionale
	14-Formalizzazione nella programmazione aziendale degli strumenti di valutazione multidimensionale	-20-Raggiungimento del target in termini % di incremento degli assistiti anziani in assistenza domiciliare integrata assegnati alle singole AA.SS.LL. (.3,5% di anziani ultrasessantacinquenni)
	15--Applicazione degli strumenti di valutazione svama e svamdi	21-Monitoraggio delle azioni avviate nel primo semestre
	16-Piani di formazione per gli operatori delle cure domiciliari	

Diagramma di gant per le azioni a regia regionale

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

1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

Diagramma di gant per le azioni a regia aziendale

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												

INDICATORI:

Si deve prevedere che ciascuna azienda sanitaria rappresenti la propria attività attraverso singoli **indicatori** (indicatori di risorse, di risultato, di processo, di struttura) al fine di produrre una rapida fotografia dei risultati raggiunti considerando il rapporto tra lo stato iniziale e l'incremento/miglioramento che l'azione realizzata produce. Pertanto nell'azione di regia la regione Campania provvederà a definire con le singole aziende gli indicatori territoriali specifici.

Per l'**indicatore di risorse** occorre valutare non solo l'impiego di personale dedicato alle attività di incremento delle cure domiciliari, ma anche il rapporto fra risorse finanziarie dedicate e numero di assistiti/ore erogate. Inoltre per l'azienda sanitaria si può anche misurare la capacità di attivare risorse/fondi dedicati al sistema di cure domiciliari (finanziamenti aggiuntivi, risorse derivanti da accordi con gli enti locali...)

Per **indicatori di processo** si possono intendere tutti quegli elementi che consentono di misurare il raggiungimento di un'efficiente configurazione di modelli di presa in carico, il tempo medio di attivazione del servizio a favore degli utenti che ne fanno richiesta, il grado di specializzazione in ogni singolo dipartimento/u.o, distrettuale della prestazione erogata.

Per **indicatore di risultato**, s'intende il tasso percentuale di utenti non autosufficienti e familiari raggiunti e presi in carico dai servizi sociosanitari, che in tale contesto misuriamo come incremento dell'offerta distrettuale, prevalentemente domiciliare da assicurare agli utenti.

Per **indicatore di struttura**, si possono ricondurre a tale tipologia di indicatori il prodotto di un'azione di riorganizzazione del modello di erogazione, organizzazione del servizio territoriale

Indicatore di risultato	
--------------------------------	--

	incremento percentuale del 15% di utenti non autosufficienti assistiti in ass.domiciliare ³
	incremento numerico del 25% di valutazioni e rivalutazioni multidimensionali per sogg. Non autosufficienti su numero di valutazioni multidimensionali
	Incremento del 50% della partecipazione dei M.M.G.-P.L.S. alle U.V.I. sul numero di sedute U.V.I.
	Copertura per il sistema informativo regionale di 90% delle Aziende Sanitarie(decreti ministeriali 1 e 2 del 17/12 /2008-in applicazione della delibera di Giunta Regionale della Campania del 31 /12/2008)
	Incremento percentuale di almeno il 70% di case manager (MMG-PLS) sul numero complessivo di progetti personalizzati.
Indicatore di processo	
	Incremento percentuale del 50% di carte dei servizi adottate dalle aziende per le cure domiciliari e servizi distrettuali a favore di soggetti non autosufficienti
	Definizione per la totalità delle aziende sanitarie di strumenti per rilevare il grado di coinvolgimento dei familiari
	Adozione di atti deliberativi dedicati alla messa a regime del sistema di cure territoriali per soggetti non autosufficienti per almeno l'80% delle aziende
	Riduzione del tempo medio di attesa per la presa in carico/almeno il 70%
	Rapporto fra utenti presi in carico e utenti in lista di attesa-diminuzione di almeno il 50%
	100% di progetti personalizzati/numero di utenti non autosufficienti in carico al sistema di cure domiciliari
Indicatore di struttura	
	Definizione di un modello organizzativo e gestionale per almeno il 50% delle aziende
	Sperimentazione di modelli gestionali innovativi di presa in carico domiciliare per soggetti non autosufficienti per almeno il 50% delle aziende.
	Copertura del 100% dei coordinamenti aziendali (CAD) per le cure domiciliari.

3

Per tale tipologia di indicatore occorrerà programmare gli indicatori definiti per ciascuna azienda sanitaria nell'ambito del Piano d'Azione Obiettivo di servizio relativo all'indicatore S06 e al dispositivo relativo al meccanismo della premialità per attingere al fondo FAS. Con atto di giunta n. 487/2010 è stato definito il criterio di riparto di tale fondo attribuito e riconosciuto alla Regione Campania per l'indicatore S06 ed è stato inoltre definito il target in termini percentuali che ciascuna azienda sanitaria locale dovrà raggiungere al termine della programmazione 2007-2013 per ottenere la restante somma di premialità

Linea Progettuale 2

Area 20: Assistenza Sanitaria

Settore 03: Fasce Deboli

Linea Progettuale 2

La Non Autosufficienza

Assistenza a pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti

Scheda di Progetto

Durata del progetto:

Annuale dall'avvio

Referente:

Settore Fasce Deboli

Importo assegnato:2.165.257**Contesto**

Si conferma l'attuazione della successiva linea d'intervento nelle 7 AASSLL della regione anche con la collaborazione – attraverso specifici protocolli d'intesa, partenariati, ecc. – con le AAOO e AAUUPP del territorio regionale. In particolare, si raccomanda alle Aziende di tener conto delle indicazioni del Tavolo Tecnico Regionale sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), istituito con decreto presidenziale n. 168 del 2010 e s.m.i., che sta predisponendo nuove linee guida per la presa in carico dei pazienti con SLA avendo già la Regione individuato i Centri di Riferimento territoriali per le malattie rare.

OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO

In continuità con gli interventi di assistenza proposti per le annualità precedenti, le Aziende possono presentare interventi finalizzati ai seguenti obiettivi:

dotazione di comunicatori ai pazienti SLA;

implementazione percorsi di presa in carico;

miglioramento della qualità di vita dei pazienti attraverso la massima agevolazione della loro permanenza a domicilio.

TEMPI DI ATTUAZIONE

Azioni	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Incremento pazienti con comunicatore												
2. Implementazione presa in carico globale												
3. Agevolazione permanenza a domicilio												

CRITERI DI RIPARTO ED ASSEGNAZIONE DEL FONDO

Acquisto/noleggio comunicatori e relativa assistenza: € 1.000.000

Implementazione percorsi di presa in carico: € 1.172.122

INDICATORI

N° pazienti con MNINM presi in carico dal sistema sanitario regionale;

N° nuovi pazienti dotati di comunicatore;

N° mesi intercorrenti tra accoglimento istanze e assegnazione comunicatori;

N° protocolli d'intesa/accordi/collaborazioni per la realizzazione di percorsi di presa in carico globale;

N° prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie erogate per pazienti MNINM

Linea progettuale 2

**Area 20 Assistenza Sanitaria
Settore 03-Fasce Deboli**

Linea Progettuale 2

***Le demenze: sviluppo della rete territoriale
di assistenza ai soggetti affetti da demenze***

Scheda di Progetto

DURATA: 12 mesi

Importo destinato : 6.165.257,00 comprensivi dell' importo vincolato : €. 2.165.257,00

Criteri riparto:

Il fondo assegnato a questa linea è così ripartito:

- € 2.165.257 equivalente al fondo vincolato sarà destinato alle cure domiciliari e assegnato per il 50% in base alla popolazione residente e per l'ulteriore 50% in base alla popolazione residente ultra65 nell'importo da destinare alle singole AA.SS..LL. sarà ripartito per il 50% in base alla popolazione anziana ultrasessantacinquenne residente ;
- € 4.000.000 di euro destinati all'implementazione dei posti letto residenziali e semiresidenziali ,

LOCALIZZAZIONE: AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE CAMPANIA

FINALITA' DEL PROGETTO

Stabilizzare il sistema di offerta territoriale basato sul modello hub- and- spoke e preveda tutte le fasi dall'accesso, valutazione, definizione dei percorsi diagnostici e di cura ed erogazione dei servizi.

Destinatari: cittadini affetti da demenza, persone con disturbi cognitivi di varia natura, vasculopatie cerebrali, ecc. e i loro familiari

OBIETTIVI GENERALI

- implementare l' "Osservatorio Regionale Permanente sulle Demenze".
- Potenziare e incrementare l'attività dei centri di valutazione Alzheimer intesi come Centri di valutazione Demenza - Clinica della memoria, dedicati alla diagnosi precoce, alla prevenzione ed alla presa in carico assistenziale di pazienti con disturbi cognitivi che possono precedere l'insorgere di una demenza conclamata.
- Definire e implementare percorsi di prevenzione
- Applicare e monitorare i percorsi diagnostici in base ai profili assistenziali.
- Potenziare e rafforzare la rete dei servizi territoriali, residenziali, semiresidenziali e domiciliari.
- Definire piani aziendali per la formazione degli operatori
- sostenere i familiari anche attraverso ricoveri di sollievo ed interventi domiciliari temporanei, anche attraverso la valorizzazione del volontariato.

In particolare attraverso interventi concrete e mirate si dovrà provvedere a :

1. definire ed applicare protocolli procedurali tra gli attori della rete
2. adottare procedure semplificate per l'accesso alla rete dei servizi
3. potenziare i Centri Diurni,
4. potenziare la rete di strutture per ricoveri estivi e di sollievo soprattutto in quelle aree ancora carenti.
5. Potenziare il sistema integrato di interventi e servizi domiciliari, sostenendo una migliore integrazione tra offerta sanitaria e supporto sociale, tra competenze assistenziali e potenzialità di diagnosi e di prevenzione
6. favorire il modello Hub e spoke per la presa in carico
7. definire protocolli per l'applicazione dei percorsi di umanizzazione e continuità assistenziale
8. adottare procedure semplificate ed unitarie per l'assistenza farmaceutica, protesica integrativa e medico legale

9. attivazione di corsi di formazione per operatori, MMG, familiari-

Risultati attesi

- miglioramento dello stato funzionale (fisico, cognitivo ed affettivo);
- riduzione della comparsa di stress psicofisico nel caregiver.
- riduzione della istituzionalizzazione
- riduzione ricorso al ricovero inappropriato
- riduzione della spesa sanitaria
- miglioramento della rete di assistenza
- incremento del numero di pazienti assistiti
- innalzamento delle competenze nella gestione di cura da parte del caregiver formale e/o informale
- innalzare il grado di soddisfazione del paziente e del caregiver
- riduzione dei fenomeni di migrazione sanitaria

Indicatori:

- numero Centri Diurni per la Demenza, strutture per ricoveri estivi e di sollievo istituiti e/o attivi
- numero utenti inseriti
- numero accordi interistituzionali
- esistenza accordi/convenzioni formali con associazioni di volontariato per la realizzazione delle attività di cui sopra
- numero piani di assistenza individualizzati
- numero utenti in carico a domicilio nell'anno solare
- numero protocolli e attività formative per il personale di assistenza su come garantire una corretta alimentazione e una corretta somministrazione degli alimenti
- numero pazienti seguiti
- numero delibere o protocolli riabilitativi
- numero schede dimissioni protette
- numero sospette diagnosi MMG inviate al territorio
- materiale informativo prodotto
- numero partecipanti coinvolti
- numero di percorsi formativi
- n. u.v.a./centri di demenze

CRONOGRAMMA E TEMPI DI ATTUAZIONE RELATIVI ALLE MACRO AZIONI DEFINITE

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

Linea Progettuale 3

Area 20 Assistenza Sanitaria
Settore 03 Fasce Deboli

Linea Progettuale 3

Percorsi assistenziali territoriali di presa in carico per soggetti in Stato Vegetativo (SV) e in Stato di Minima Coscienza (SMC): le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) e l'assistenza domiciliare

SCHEMA DI PROGETTO

Durata del progetto:
annuale dall'avvio

Referente:
Settore Fasce Deboli

Importo assegnato
7.000.000

Criteri di riparto

Per l'implementazione del programma di assistenza a favore dei pazienti in stato vegetativo-stato di minima coscienza, il fondo complessivo di 7.000.000 sarà destinato nella misura di 4.000.000 al programma di implementazione dei posti letto in strutture residenziali e la rimanente parte pari a 3.000.000 sarà alle cure domiciliari e assegnato per il 50% in base alla popolazione residente e per l'ulteriore 50% in base ai casi già trattati. La somma per la rete di assistenza territoriale sarà destinata alle aziende che attiveranno le SUAP almeno 2 aggiuntive a quelle previste con le precedenti annualità.

CONTESTO

La presente linea progettuale prevede il mantenimento delle strutture **S.U.A.P.** finanziate e realizzate con la precedente annualità e propone l'implementazione di ulteriori 2 SUAP anche in armonia con quanto previsto dal piano sanitario decreto del commissario ad acta n 22/2011 nonchè l'implementazione delle cure domiciliari, incrementando il numero di assistiti rispetto all'anno precedente. Si confermano altresì gli obiettivi generali e le azioni previsti nella precedente annualità.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. verifica prima fase applicativa delle linee guida per la cura e l'assistenza dei soggetti in SV e in SMC;
2. implementare ma soprattutto portare a regime, in tutte le Aziende Sanitarie Locali, percorsi, procedure e protocolli condivisi di assistenza domiciliare integrata (ADI) o ospedaliera (ADO)
3. favorire i protocolli condivisi di dimissione protetta
4. aggiornare i dati del Registro Regionale delle persone in SV e in SMC
5. implementare le strutture speciali distrettuali di accoglienza permanente (SUAP) dei soggetti in SV e SMC, già realizzate nella precedente programmazione;
6. monitorizzare gli outcome raggiunti in ADI/ADO e SUAP, adeguando i loro requisiti strutturali ed organizzativi in base alle conoscenze mediche ed agli avanzamenti tecnologici;
7. standardizzare gli strumenti di monitoraggio: cartella clinica, report giornalieri.
8. alimentare i sistemi informativi, correlando le banche dati esistenti.

INDICATORI

Di struttura:

- numero di equipe interdisciplinari aziendali (almeno 1 per ogni ASL), numero di équipes domiciliari

Di processo:

- numero di piani personalizzati, protocolli di verifica e presa in carico globale (almeno 1 per ogni utente)

Di risultato

- numero di pazienti assistiti (almeno il 75%)
- numero di realtà associative coinvolte (almeno il 70%)

RISULTATI ATTESI

- 1) organizzazione equipe multidisciplinari aziendali
- 2) implementazione dei percorsi di ADI/ADO
- 3) implementazione delle SUAP già realizzate
- 4) standardizzazione procedure di presa in carico globale attraverso specifici piani personalizzati di assistenza
- 5) assistenza domiciliare al 75% dei cittadini richiedenti e risultati idonei.
- 6) definizione e stipula di protocolli di dimissione protetta

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

Linea Progettuale 4

**Area 20 Assistenza Sanitaria
Settore 03 Fasce Deboli**

Linea progettuale 4

Cure Palliative e terapia del dolore

Scheda di Progetto

Durata del progetto:
annuale dall'avvio

Referente:
Settore Fasce Deboli

Importo assegnato vincolato
€ 10.826.287

Criteri di riparto

L'importo vincolato previsto dall'accordo 2011 sarà ripartito tra le 7 AA.SS.LL in base alla popolazione residente, raccomandando il vincolo di una riserva del 20% sull'importo assegnato da destinare ad interventi a favore dei minori, le stesse potranno attivare protocolli d'intesa con le AA.OO per la gestione delle attività .

CONTESTO

La Regione Campania nel 2011 ha recepito con delibere 275/2011 e 276/2011 rispettivamente gli accordi stato regioni del 16 dicembre 2010 e del 28.10.2010 che hanno definito ulteriori obblighi a carico delle regioni in materia di rete delle cure palliative e degli ospedali-territorio senza dolore. Sono stati infatti ribaditi gli obiettivi di implementazione della rete assistenziale nonché il vincolo per le regioni di costituire strutture di coordinamento con funzioni specifiche.

Sono confermate in ciascuna azienda sanitaria le reti di assistenza ai malati terminali pur presentando difformità di organizzazione, con l'attuazione degli accordi sopracitati la regione intende superare tali criticità e rendere omogenei le modalità di erogazione ed infrastrutturazione attraverso la costituzione dei previsti coordinamenti regionali.

Gli utenti che fruiscono di cure domiciliari di terzo livello, quindi anche di tipo palliativo sono complessivamente 4862. Questo valore risulta esiguo considerando gli standard qualificanti definiti dalla commissione lea . L'ambito d'intervento anche per l'anno 2011 è costituito dalle 7 Aziende Sanitarie Locali del territorio della Regione Campania che attivano programmi d'intervento anche in collaborazione con le AAOO .

DESCRIZIONE

Finalità del presente programma d'interventi è sostenere ed implementare una rete territoriale per la presa in carico domiciliare e la terapia del dolore ai pazienti terminali oncologici e non .

La Regione Campania, con DGRC n 41/2011 ha recepito il documento tecnico sul sistema delle cure domiciliari, proposto dalla Commissione LEA - Nuova caratterizzazione delle cure domiciliari e ospedalizzazione a domicilio, che colloca le cure domiciliari ai malati terminali all'interno dei LEA Distrettuali e definisce i destinatari di tale tipologia di intervento:

Viene confermato il coinvolgimento di tutti gli attori dell'assistenza ai malati terminali:

2. i pazienti, famiglie e loro Associazioni
3. i MMG e pediatri di libera scelta,
4. hospice e centri residenziali per minori
5. ambulatori,
6. ospedali,

E' essenziale, infatti, perché questo modello funzioni, che essi interagiscano tra loro, favorendo così oltre la continuità dell'assistenza, anche una omogenea qualità ed accessibilità dell'assistenza.

Gli Obiettivi della Regione Campania per il 2011 sono :

11. Implementare la rete dei malati terminali così come previsto dalla legge 39/99 e dalla legge 38/2010;
12. Potenziare ma soprattutto infrastrutturare il sistema delle cure domiciliari di tipo palliativo per malati terminali e non, adulti e minori nell'ambito del sistema delle cure domiciliari integrate regionali ;
13. Aggiornare e rimodulare gli obiettivi specifici previsti già per l'anno precedente

OBIETTIVI SPECIFICI

- potenziare la rete territoriale per la presa in carico globale del paziente adulto e minore, attraverso l'attivazione dell'équipe multidisciplinare, a livello distrettuale
- ri-definire la rete delle cure palliative per adulti e minori
- implementare un modello organizzativo integrato nel territorio nel quale, secondo la logica dell'approccio hub-and-spoke. Un sistema territoriale che preveda la centralità dei centri specialistici di erogazione delle prestazioni quali l'hospice o il centro residenziale di cure palliative per minori, centri erogatori di cure domiciliari
- favorire l'incremento numero di posti letto in strutture residenziali hospice per adulti e minori con particolare riguardo alle strutture pubbliche, utilizzando la riconversione dei presidi - come da piano ospedaliero
- definizione di percorsi strutturali di integrazione degli attori della rete di cure palliative
- favorire la terapia del dolore
- definire strumenti univoci di valutazione dei casi
- definire strumenti di monitoraggio delle prestazioni :report, schede, anche in coerenza con le indicazioni della legge 38/2010.
- favorire l'applicazione di protocolli di dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta"
- definizione dei percorsi assistenziali,
- implementazione dei Sistemi Informativi, prevedendo la correlazione fra i sistemi informativi già esistenti e quelli in via di definizione
- attivare percorsi formativi e/o di aggiornamento per il personale

**TEMPI DI ATTUAZIONE
(CRONOPROGRAMMA)**

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

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi al termine del progetto:

- Potenziamento della rete assistenziale territoriale per la terapia del dolore più capillare;
- Adeguato ed appropriato sistema di offerta di cure domiciliari rispetto al fabbisogno del paziente adulto e pediatrico
- Maggiore integrazione tra i vari attori coinvolti per garantire la continuità assistenziale degli interventi
- Allocazione territoriale equa e soddisfacente al bisogno
- Maggiore qualità ed accessibilità dell'assistenza
- Acquisizione di maggiore competenze umane e professionali da parte degli operatori riguardante cure palliative e terapia del dolore;
- Facilitazione all'uso del farmaco oppiaceo

INDICATORI

Gli indicatori riportati saranno utilizzati per misurare l'incremento dell'offerta e l'innalzamento della qualità del servizio, pertanto vanno raffrontati con i risultati raggiunti con le progettualità precedenti dall'U.O della Medicina del Dolore e Cure Palliative

Gli Indicatori che consentono la misurazione dei risultati attesi sono:

- numero di équipes territoriali di Terapia del dolore e Cure palliative
- numeri di utenti presi in carico
- numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 cod. 140-208) (*innalzamento del valore standard attualmente raggiunto*)
- *numero istanze apertura hospice*
- *numero pl disponibili*
- numero dei progetti personalizzati, cartelle cliniche, scheda di report giornaliera e scheda di report riassuntiva pari **al n. di pz presi n carico**
- numero di piani formativi realizzati
- numero di operatori formati
- n. di giornate effettive di assistenza /GdC
- n. di accessi distinti per operatori/giornate effettive di assistenza
- tipologia di prestazione distinta per operatore/giornate effettive di assistenza
- numero di protocolli di dimissioni protette /numero di utenti dimessi
- numero ricettari per oppiacei = **almeno uno per medico prescrittore (ai sensi della L.405/2001)**
- incremento del consumo di oppiacei di **almeno il 50% rispetto agli attuali valori registrati**
- applicazione di appositi strumenti miranti a valutare la soddisfazione del servizio/diminuzione del disagio globale del malato terminale

Linea Progettuale 5

**Assessorato alla Sanità
Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria**

Linea Progettuale 5

Interventi per le biobanche di materiale
umano

Scheda di Progetto

AORN Santobono - Pausilipon
P.O. Pausilipon
Dipartimento di Oncologia Pediatrica
SSD Criopreservazione e Banca Sangue Cordone Ombelicale
Regione Campania

PROGETTO FINANZIAMENTI 2011 BANCA SCO REGIONE CAMPANIA

Il finanziamento attribuito agli interventi relativi al potenziamento delle Biobanche di Sangue Cordonale corrisponde, per, l'annualità 2011, al 67% del finanziamento globale (1.623.943,00) previsto per gli interventi relativi alle Biobanche di materiale umano ed è pari, dunque, ad euro 1.088.041,81(un milioneottantottomilaquarantuno euro, 81).

Obiettivi generali

In linea con i progetti approvati e finanziati relativi alle annualità 2009 e 2010 si conferma l'obiettivo generale di incrementare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapiantologico e della garanzia dei livelli di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative nazionali e comunitarie vigenti e dagli standard internazionalmente accettati.

A tal fine si elencano gli obiettivi generali che si intendono perseguire:

- A) Estensione dell'attività di raccolta presso un numero progressivamente crescente di punti nascita del territorio regionale in relazione alla programmazione regionale. Implementazione della formazione continua livello di formazione degli operatori della BASCO e dei CRASCO già inseriti nella rete. Formazione del personale dei Centri CRASCO di nuovo inserimento nella rete. Mantenimento ed eventuale implementazione della rete di trasporto delle unità SCO
- B) Mantenimento delle attività BASCO per garantire la raccolta delle SCO 7 giorni alla settimana 24/24 ore con il mantenimento del personale esistente. Implementazione del personale amministrativo. Mantenimento ed eventuale implementazione della infrastruttura informatica della BASCO
- C) Applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza con adeguamento strutturali e tecnologici. Implementazione dei laboratori di criobiologia e stoccaggio. Mantenimento degli accreditamenti acquisiti e perseguimento degli accreditamenti internazionali necessari (FACT-Netcord)
- D) Attivazione di tutte quelle attività utili al raggiungimento degli obiettivi generali di aumento del numero di unità bancate e raggiungimento/mantenimento degli standard qualitativi richiesti da certificatori nazionali ed internazionali, incluso le attività scientifica correlate al settore.

Obiettivi specifici

Per il conseguimento degli obiettivi generali sopra indicati, nella tabella che segue sono definiti gli obiettivi specifici, i tempi di attuazione e gli indicatori per la misurazione del grado di conseguimento degli stessi. Inoltre sono indicate le somme previste per la realizzazione degli obiettivi generali e di quelli specifici.

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Tempi previsti	Finanziamenti	Indicatori
<p>A</p> <p>Estensione dell'attività di raccolta presso un numero progressivamente crescente di punti nascita del territorio nazionale, in relazione alla programmazione regionale, nonché alla garanzia di un adeguato livello di formazione degli operatori addetti alla raccolta *</p>	<p>A 1 Mantenimento dei centri di raccolta</p> <p>A2 Implementazione del numero dei CRASCO</p> <p>A3) Mantenimento della rete di trasporto</p> <p>A4) Formazione del personale addetto alla raccolta</p> <p>A5) Formazione e aggiornamento del personale della Banca</p> <p>A6) Incentivo alla raccolta qualificata nei CRASCO</p>	<p>12 mesi a regime dall'erogazione e del finanziamento (verifica da effettuare entro il primo semestre)</p>	<p>270.000</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <p>Arruolamento in rete di un totale di almeno il 30% punti nascita regionali con numero di parti superiore a 500/anno</p> <p>Incremento di 500 unità raccolte/anno rispetto agli anni precedenti</p> <p>a cura della Banca saranno realizzati 2 corsi di aggiornamento per anno per il personale addetto alla raccolta e corsi di formazione specifici per i Centri neo reclutati.</p> <p>Partecipazione a meeting, Corsi, Incontri formativi.</p> <p>Incentivo di 20€/personale coinvolto/sacca bancata</p>
<p>B</p> <p>Ampliamento dei tempi di ricezione delle unità cordonali raccolte da parte delle Banche, finalizzato alla eliminazione delle limitazioni orarie e giornalieri della donazione</p>	<p>B1) Mantenimento della accettazione delle unità cordonali 24/24ore 7 giorni /7</p> <p>B2 Mantenimento del personale a contratto necessario per l'apertura 24/24 ore</p> <p>B3 Ampliamento del personale amministrativo</p> <p>B4 Mantenimento ed eventuale implementazione della infrastruttura informatica della BASCO e dei CRASCO</p>	<p>12 mesi a regime dall'erogazione e del finanziamento – verifica da effettuare entro il primo semestre</p>	<p>375.000</p>	<p>> 350 unità raccolte/parti effettuati nei festivi</p> <p>8 unità sufficienti a garantire l'apertura 24/24 ore e/o:</p> <p>Incentivazione del personale tecnico SIT a garanzia dell'accoglimento sacche h/24</p> <p>Acquisizione di una unità amministrativa con il ruolo di Data Manager e di una unità esperta in informatica e/o statistica e/o Incentivazione del personale amministrativo del presidio a garanzia dell'aggiornamento corrente della banca dati</p> <p>gestione informatizzata del laboratorio accettazione, manipolazione, caratterizzazione, con presenza di identificazione con bar code, server centralizzato per back up continuo dei dati, elaborazione dati statistici</p> <p>gestione barcodizzata delle unità raccolte ed invio dati da/a Banca-punti nascita</p>

<p>C</p> <p>Applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche</p>	<p>C1) Realizzazione degli adeguamenti strutturali: C1.1 adeguamento degli arredi dei laboratorio di manipolazione e C1.2 ampliamento del laboratorio di criobiologia e stoccaggio</p> <p>C2 Realizzazione degli adeguamenti tecnologici CRASCO C2.1 adeguamento strumentale per Centri di Raccolta con la fornitura di frigo emoteche e saldatori. C2.2 acquisto sacche idonee alla raccolta del sangue cordonale per i punti nascita, C3) Mantenimento degli accreditamenti necessari al funzionamento della banca sia nei circuiti nazionali (IBMDR/CNT) che nei circuiti internazionali (NETCORD)</p>	<p>18 mesi a regime dall'erogazione e del finanziamento – verifica da effettuare entro 12 mesi dal inizio dei lavori</p>	<p>245.000</p>	<p>Aggiornamento strumentale e dei laboratori</p> <p>L'incremento da 10 ad almeno 15 contenitori di stoccaggio con realizzazione di contenitori per la quarantena</p> <p>adeguamento dei punti nascita effettivamente operativi ai requisiti FACT</p> <p>Conservazione ed acquisizione delle certificazione ISO, EFI, Jacie, FACT.</p>
<p>D</p> <p>Incremento dell'inventario nazionale delle unità cordonali conservate</p>	<p>Attivazione di tutte quelle attività utili al raggiungimento degli obiettivi generali di aumento del numero di unità bancate e raggiungimento/mantenimento degli standard qualitativi richiesti da certificatori nazionali ed internazionali, incluso le attività scientifica correlate al settore.</p>	<p>12 mesi a regime dall'erogazione e</p>	<p>198.041,81</p>	<p>Raggiungimento degli obiettivi nazionali di incremento di unità bancate, che, per la Banca Reg. Campania è pari ad un incremento annuo di 250 unità bancate per anno con un totale , nel triennio di un incremento di 750 unità bancate</p>

Totale Complessivo 1.088.041,81

Linea Progettuale 5

**Assessorato alla Sanità
Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria**

Linea Progettuale 5

Interventi per le biobanche di materiale
Umano

Scheda di Progetto

INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO
Progetto per Finanziamento Biobanche Oncologiche per la Conservazione e lo Studio
di Materiale Oncologico

(Accordo del 20/04/2011 e del 27/07/2011 - Conferenza Stato Regioni)

GENERALITA'**REGIONE PROPONENTE**

Regione Campania

DELIBERA REGIONALE**LINEA PROGETTUALE****TITOLO DEL PROGETTO**Interventi per le Biobanche di materiale umano
"Biobanche per la Conservazione e lo Studio di
Biomateriali Oncologici - fase 2"**DURATA DEL PROGETTO**

18 mesi dall'erogazione del finanziamento

REFERENTEProf. Gerardo Botti - Direttore S. C. Anatomia
Patologica e Citopatologia ITN Fondazione G. Pascale
Napoli**ASPETTI FINANZIARI**

€ 535.901/19

IL PROGETTO**CONTESTO**

Facendo seguito alla standardizzazione dei processi di raccolta, lavorazione, immagazzinamento, fornitura di campioni con allegati dati clinico-strumentali, "valore aggiunto" che le Banche Biologiche offrono alla Ricerca Scientifica, avviata con analogo Progetto nel 2010, si ribadisce la necessità di integrare le finalità previste dal Progetto iniziale. In considerazione della complessa articolazione progettuale che prevede diverse professionalità, operanti nei Servizi di Anatomia Patologica della Regione, in particolare quello della Fondazione G. Pascale, modello operativo per l'Istituzione di una Rete Regionale dedicata.

Nella Struttura Complessa dell'Anatomia Patologica della Fondazione Pascale, dove da anni sono state elaborate procedure operative standardizzate (POS), riguardanti la gestione dei campioni e delle informazioni ad essi correlate, nonché POS relative ai prelievi specifici per tipologia di tumore, oltre ad essere stato dal CEI il modello di Consenso Informato per il paziente-donatore, secondo le attuali normative europee etico-giuridiche di riferimento, è stato approvato il regolamento della Biobanca Istituzionale (**BBINTNapoli**), con delibera n° delibera n° 363 del 20/04/2011, relativo alla raccolta ed alla conservazione di materiale biologico umano a scopo di Ricerca Scientifica. La Biobanca Istituzionale della Fondazione Pascale è membro della Rete Nazionale delle Biobanche Oncologiche RIBBO, finanziata dal Ministero della Salute e ha partecipato alla fase preparatoria come partner, dell'infrastruttura europea delle Biobanche e delle risorse biomolecolari (**BBMRI**). Detta Biobanca, infine, rappresenta il principale attore di un Progetto strategico della Fondazione Pascale, finanziato con i fondi della Ricerca Corrente e finalizzato alla realizzazione di una Rete Regionale di Biobanche tessutali Oncologiche, con l'obiettivo di trasferire e rendere omogenei sul territorio regionale i principali aspetti organizzativi e gestionali delle Biobanche stesse, nonché le procedure finalizzate alla loro attivazione.

OBIETTIVI**Qualitativi**

- a) Definizione delle procedure di raccolta e conservazione di cellule e campioni tumorali, laddove possibile, anche della controparte dei tessuti sani, a scopo di Diagnosi e di Ricerca. Ci riferiamo in prima istanza a campioni di neoplasie "big killer" quali carcinoma mammario, carcinoma del polmone e del colon retto.

- b) Definizione e Verifica delle Unità della Rete, afferenti al Progetto, circa l'adozione dei criteri standardizzati indicati, in tema di acquisizione e rilascio di campioni, nei termini previsti della qualità, sicurezza e tracciabilità. In quelle realtà in cui sono presenti degli archivi o delle collezioni di materiale oncologico (vedi definizioni), ma non delle vere e proprie Biobanche Oncologiche,
- c) Definizione di accordi e/o convenzioni tra Biobanca operativa ed Unità territoriale, per la gestione ed il trasferimento dei campioni.
- d) Implementazione del sistema di governance della Rete che individui come competente Authority, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e le Regioni, in modo analogo a quanto avviene per le Biobanche terapeutiche.

Quantitativi

- a) Applicazione delle specifiche linee guida elaborate per le differenti procedure, con particolare riguardo a quelle connesse alla privacy.
- b) Censimento dell'offerta attuale dei servizi; rivelamento ed identificazione (tipologia, modalità di conservazione) dei campioni conservati nelle Biobanche.

TEMPI DI ATTUAZIONE

(obiettivi quantitativi "a") entro 12 mesi dall'erogazione del finanziamento (obiettivi quantitativi "b") entro 18 mesi dall'erogazione del finanziamento

INDICATORI

- 1) Numero di Strutture realizzate rispondenti ai requisiti minimi previsti, tecnologici ed organizzativi.
- 2) Numero e tipologia dei campioni conservati. Elaborazione scritta per linee guida delle procedure specifiche
- 3) Realizzazione specifici database e governance attraverso unico repository (archivio virtuale condiviso)

RISULTATI ATTESI

- 1. Identificazione di Centri di Ricerca Biologica attraverso il censimento delle Strutture già operative;
- 2. Definizione requisiti minimi uniformi per il riconoscimento delle Biobanche Oncologiche;
- 3. Definizione di un sistema di governance di Centri di Risorse Biologiche Regionali o di più Regioni, collegati in rete tra loro e con realtà simili extra regionali e connessi strutturalmente nel Sistema Sanitario Regionale.

ATTIVITÀ FORMATIVA

Come già avvenuto nel corrente anno, la S.C. di Anatomia Patologica della Fondazione G. Pascale, referente di questo Progetto, propone un Corso di Formazione Teorico/Pratico sulla gestione di una Biobanca Tissutale Oncologica. Tale Corso è riservato a n° 40 discenti, Medici e Biologi, per un totale di n° 60 ore, articolato in una parte teorica di n° 20 ore con lezioni frontali ed in una parte teorico-pratica "sul campo", diretta a gruppi di 8 discenti per una durata di n°40 ore. L'obiettivo per i discenti è quello di acquisire informazioni necessarie,

finalizzate all'organizzazione strutturale e gestionale di una Biobanca Oncologica, con le relative problematiche di natura tecnica, etica e medico-legale.

DEFINIZIONI

Archivio Diagnostico: l'insieme delle inclusioni in paraffina archiviate nei Servizi di Anatomia Patologica, a scopo diagnostico. Le inclusioni in paraffina, quando corredate di dati clinico-strumentali e utilizzate per scopo di Ricerca, costituiscono una **Banca di Tessuti "paraffinati"**.

Collezione di tessuti: raccolta temporanea di campioni tissutali, di tessuti freschi conservati in congelatori, o di tessuti inclusi in paraffina, conservati in appositi armadi. Questo tipo di raccolta dovrebbe essere limitata al tempo necessario per lo svolgimento di un Progetto Scientifico, formulato da un Ricercatore, che dovrebbe essere il "custode" dello specifico biomateriale conservato. Questa modalità di "collezionare" i campioni tissutali può essere "temporaneamente" valida, qualora i campioni provengano da una Biobanca certificata. Detta modalità "temporanea" di conservazione dei campioni, se gestita in modo autonomo, al di fuori di una rete di Biobanche, appare deprecabile dal punto di vista etico, in quanto contrasta con i principi gestionali, di qualità e di eticità che caratterizzano per principio una Banca dei Tessuti.

Banca dei tessuti: il termine "Banca" sottolinea che le caratteristiche di questo tipo di raccolta, conservazione ed utilizzo di tessuti umani, sono vicine a quelle relative alla gestione di cassette di sicurezza e similari all'interno di un Istituto di credito:

- Prevede un contratto con il paziente/donatore attraverso il Consenso Informato, approvato dal Comitato Etico Indipendente, in cui sono contemplate rigide regole relative al deposito ed alla conservazione del materiale stesso, alle sue modalità di impiego ed alla possibilità di interrompere in qualsiasi momento la disponibilità al consenso stesso del paziente/donatore.

Linea Progettuale 6

Assessorato alla Sanità
Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria

Linea Progettuale 6

La Sanità Penitenziaria

Scheda di Progetto

Titolo del progetto

TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE: AZIONI MIRATE ALLE DONNE DETENUTE, AI MINORI, AGLI INTERNATI – INFORMATIZZAZIONE DEI SERVIZI

E' confermato il contenuto del progetto approvato con la DGRC n. 39/2011 in merito alle seguenti azioni :

1. la tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole;**2. la salute mentale;**

Per detta azione le attività previste saranno rimodulate, a partire dalle indicazioni recate dall'Allegato A alla DGRC n.96/2011 (Capitolo 7, Ospedali Psichiatrici Giudiziari e Salute Mentale in Carcere) e dal documento approvato in sede di Conferenza Unificata in data 13.10.2011 (rep. 95/CU), secondo le indicazioni del Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG, con attivazione e/o supporto delle articolazioni dei singoli DD.SS.MM. specificamente implementate nel territorio e negli Istituti Penitenziari ordinari, e, nel loro complesso, costituenti l'obiettivo finale regionale del programma di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008;

3. la salute dei minori;

Per detta azione le attività previste con il finanziamento dell'anno 2010 (attivazione di comunità idonea ad ospitare minori e giovani adulti sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria ex art. 22 DPR 448/1988) saranno rimodulate consequenzialmente alla tipologia di obiettivo ivi previsto (attivazione di struttura/e) e convertite nel supporto all'operatività di quanto implementato;

4. sistema informativo - La cartella sanitaria informatizzata in carcere.

Per detta azione le attività previste, compresa l'operatività del Laboratorio Territoriale Sperimentale per la Sanità Penitenziaria, saranno rimodulate, a partire dalle indicazioni recate dal documento approvato in sede di Conferenza Unificata in data 26.11.2009 (rep. 83/CU), alla luce delle modifiche che interverranno in esito delle attività del gruppo di lavoro Sistema informativo sanità penitenziaria, attivato nel 2011 presso il Ministero della Salute ed integrato con rappresentanti delle Regioni.

Monitoraggio e Valutazione delle Azioni

Le attività di valutazione saranno condotte dall'Osservatorio Regionale per la Sanità Penitenziaria e si inseriscono in un percorso di preparazione all'accreditamento istituzionale dei Presidi Sanitari Penitenziari.

Esse garantiscono la qualità acquisita attraverso una valutazione continua e permanente dei servizi e delle prestazioni rese ai clienti interni ed esterni e attraverso un rilevamento delle percezioni dei clienti esterni.

Prodotti del monitoraggio e della supervisione:

- rapporti periodici, almeno trimestrali;

Prodotti delle valutazioni:

- ogni valutazione produrrà rapporti specifici;

Piano Economico Finanziario

L'intero progetto si avvale di un finanziamento di Euro 10.000.000,00, complessivamente corrispondente a quanto definito con la DGRC n. 39/2011 e, in relazione all'aggiornamento e/o rimodulazione di alcune azioni, così suddiviso:

- 1. € 3.000.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 1;**
- 2. € 3.000.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 2;**
- 3. € 2.000.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 3;**
- 4. € 2.000.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 4.**

Linea Progettuale 7

**Area 20 Assistenza Sanitaria
Settore 03 fasce deboli**

Linea Progettuale 7

**L'ATTIVITA' MOTORIA PER LA
PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE
E PER IL MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA
FISICA NELL'ANZIANO**

Scheda di Progetto

Durata del progetto:

annuale dall'avvio

Referente:

Settore Fasce Deboli

Importo destinato 2.000.000

CRITERI DI RIPARTO

L'Importo assegnato verrà ripartito alle 7 aziende sanitarie locali in base alla popolazione anziana ultrasessantacinquenne residente

CONTESTO

Gli interventi si realizzeranno sul territorio delle 7 AASSLL anche con la collaborazione di presidi ambulatoriali di riabilitazione con i quali sperimentare forme di attività innovative non collocabili nel sistema di offerta riabilitativa a carico del SSR, bensì in percorsi di attività motoria definite anche dal piano nazionale di indirizzo per la riabilitazione 2011 come ginnastica fisica adattata (AFA). I programmi di intervento potranno prevedere il coinvolgimento delle associazioni di volontariato nei modi e nelle forme stabilite dalla normativa nazionale e regionale.

OBIETTIVI GENERALI:

prevenzione ed educazione alla salute finalizzata al miglioramento delle condizioni di vita delle persone anziane attraverso la promozione di stili di vita corretti.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- Promuovere interventi comportamentali e sociali attraverso l'educazione alla salute, all'attività motoria, fisica e sportiva
- favorire programmi di informazione sul benessere degli anziani
- promuovere e realizzare programmi di intervento terapeutici di mantenimento delle attività funzionali
- favorire programmi di attività motoria e di socializzazione per anziani
- creare reti tra servizi sanitari e con i servizi sociali per la promozione del benessere del cittadino
- favorire un sistema di sorveglianza epidemiologica attraverso i dipartimenti di prevenzioni e gli osservatori epidemiologici
- formazione degli operatori sociali e sanitari e del personale dedicato (ad attività di promozione dell'attività fisica)

AZIONI

Si confermano le azioni previste dall'annualità 2010 aumentando almeno del 25% il numero degli anziani da inserire nei programmi specifici d'intervento per l'anno 2011

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

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

INDICATORI

- numero di progetti informativi realizzati: almeno uno per ASL
- numero di progetti di attività motoria: almeno uno per ASL
- numero di soggetti coinvolti
- numero di studi monitoraggio realizzati in stretta sinergia con i MMG:
- numero di operatori formati
- -numero di campagne informative

RISULTATI ATTESI

1. riduzione del rischio malattia per cause a maggiore diffusione tra gli anziani quali : malattie cardiovascolari, ipertensione, obesità, diabete del II tipo, osteoporosi ed alcuni disturbi mentali, quali la depressione e l'ansia.
2. allungamento delle aspettative di vita
3. acquisizione di competenze e conoscenze ad operare scelte utili ai corretti stili di vita
4. superamento degli stereotipi e valorizzazione dell'anziano come risorsa per la comunità
5. maggiore inclusione e partecipazione dell'anziano nel tessuto sociale
6. disponibilità di dati epidemiologici ai fini di monitoraggi aggiornati sui bisogni della popolazione anziana

Linea Progettuale 8

Assessorato alla Sanità
Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria

Linea Progettuale 8

Tutela della Maternità e promozione
dell'appropriatezza del percorso nascita.

Scheda di Progetto

Titolo del Progetto

Miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita.

Responsabile del progetto

***Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria
Settore Assistenza Sanitaria***

Tempi previsti

Biennale

Costi previsti

I costi connessi alla realizzazione del progetto sono riferibili alla attuazione della stessa progettualità, alla realizzazione dei relativi sistemi informativi, all'acquisizione di tecnologie di comunicazione, alla realizzazione di campagne informative e corsi di formazione, al miglioramento dei data base esistenti. Essi ammontano a Euro 10.000.000,00

Premessa

In data 16 dicembre 2010 la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante " ***Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo***"

La Regione Campania condivide la consapevolezza della rilevanza per un sistema sanitario di alta qualità e vicino alle esigenze dei cittadini, della necessità di attuare un programma di interventi, che tenga conto, al fine di una coerente complementarietà delle azioni all'interno di tutto il Percorso Nascita, di quanto contenuto negli Accordi per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi agli anni 2009, 2010 e 2011 nel Progetto Obiettivo Materno Infantile per quanto attiene al percorso nascita;

La Regione Campania con DGRC n. 523 del 29/10/2011 ha recepito l'Accordo impegnandosi a sviluppare un Programma, articolato in 10 linee di azione, per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, come stabilito dagli allegati all'Accordo del 16 dicembre 2010.

Contesto**Carta dei servizi per il percorso nascita**

Al fine di garantire servizi di assistenza perinatale di elevata qualità e appropriatezza durante tutto il percorso nascita, è necessario la predisposizione da parte di ogni punto nascita di una Carta dei Servizi nella quale siano contenute informazioni riguardanti:

- Informazioni generali sulla operatività dei servizi al fine della conoscenza dei numeri di accessi ostetrici, dei parti effettuati evidenziando quelli fisiologici e cesarei programmati e di urgenza, il tasso di mortalità materna e neonatale, la presenza di unità mobili di trasporto, disponibilità o collegamento con STAM/STEN, presenza di unità di patologia neonatale/TIN, presenza di unità specializzate nella gravidanza a rischio, numero di figure professionali ad ogni turno di guardia e la rete sanitaria di integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri per l'assistenza in gravidanza;

- Informazioni da assicurare a ogni donna che accede al punto nascita sul percorso previsto dalla fase preconcezionale, sostegno alle donne di diversa etnia, tipologia del parto offerto, presenza di una accettazione ostetrica/P.S. ostetrico dedicato, composizione del team di ostetricia e neonatologia, possibilità di utilizzo di tecniche farmacologiche e non per il controllo del dolore, corsi offerti di accompagnamento alla nascita per lo sviluppo delle competenze necessarie alla madre e alla coppia per gestire in sicurezza la gravidanza, il parto e il puerperio.

Integrazione territorio – ospedale

Presenza in carico e continuità per il miglioramento della qualità assistenziale

Si conferma il progetto approvato con DGR n. 39/11 di cui all'Accordo relativo agli obiettivi di Piano per l'anno 2010.

Alla luce delle linee di indirizzo sancite dall'Accordo del 16 dicembre 2010 va rafforzato il concetto di "continuità" che è lo strumento attraverso il quale l'assistenza può diventare personalizzata dando centralità alla madre – bambino al fine di armonizzare i bisogni di sicurezza e umanizzazione.

Si confermano altresì gli **OBIETTIVI SPECIFICI** del progetto :

Fornire assistenza al travaglio, parto e puerperio, per prevenire e curare possibili complicanze minori del postpartum, limitando le riammissioni inappropriate in ospedale.

E' auspicabile, nel rispetto della salute e del desiderio della donna, limitare la durata dell'ospedalizzazione.

Garantire sostegno sociale ed emotivo alla donna, favorire il rafforzamento dell'autostima, l'emergenza delle competenze innate nell'accudimento del neonato e nell'allattamento al seno

E' opportuno che tutto il personale addetto alla cura della madre e del neonato venga specificamente formato sulla pratica della promozione dell'allattamento al seno.

Fornire assistenza appropriata al bambino durante il periodo neonatale, promuovendo la sua salute ed identificando tempestivamente condizioni che necessitano di interventi assistenziali mirati (medici, psicologici, sociali)

Particolare attenzione va prestata ai primi giorni di vita sia in ospedale che a domicilio.

Garantire il rispetto dei suoi bisogni fondamentali: nutrimento (promozione dell'allattamento al seno), contatto fisico con i genitori (promozione dell'attaccamento)

Ciò richiede un aggiornamento continuo delle competenze professionali e, in particolare, relazionali

e nelle tecniche di comunicazione.

□

Fornire le idonee misure di profilassi e prevenzione

Ciò è ottenibile mediante l'effettuazione degli screening nei modi e tempi previsti dai PSR, e di

altre misure profilattiche ove indicate (ad es. immunoprofilassi passiva per HBV, vaccinazioni..)

Un sistema integrato tra i vari livelli istituzionali, in ospedale come sul territorio necessita di un modello organizzativo sinergico tra attività territoriali e ospedaliere al fine di garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno infantile.

La rete di servizi integrati dovrà comprendere l'ospedale, il distretto, i consultori familiari e tutti gli altri servizi materno – infantile.

I consultori familiari vengono identificati come un importante strumento, all'interno del distretto per attuare gli interventi previsti per la gravidanza assicurando:

- La presa in carico della donna gravida
- La gestione della gravidanza fisiologica fino alla 36° settimana
- L'invio guidato al punto nascita alla 36° settimana
- L'invio guidato al punto nascita in qualunque momento in caso di gravidanza a rischio o patologia

I corsi di accompagnamento alla nascita a gestione integrata (territoriale – ospedaliera) favoriranno la continuità assistenziale relativamente a gestione del parto, allattamento e funzione genitoriale.

Un aspetto critico della continuità assistenziale è ancora oggi rappresentato dal travaglio. Assicurare la continuità in travaglio comporta la modifica dell'attività ed i ritmi di lavoro delle ostetriche, un'educazione continua che insegni l'arte e la scienza del supporto al travaglio, cambiamenti organizzativi che permettano maggiore flessibilità nelle presenze del personale che assiste i travagli.

Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto

Attualmente le procedure di partoanalgesia sono diffuse in modo non omogeneo sul territorio campano anche per la carenza di figure professionali e di una corretta informazione sull'argomento.

La tecnica deve far parte di un percorso definito di accompagnamento alla gravidanza e al parto, preceduta da una informazione adeguata sulle indicazioni, le controindicazioni e i possibili rischi per la madre e per il bambino e che comprenda l'illustrazione della metodica anestesiológica e delle altre tecniche di supporto per il controllo del dolore.

Affinchè la partoanalgesia possa essere offerta h24 occorre la presenza di una équipe multidisciplinare che comprenda un anestesista rianimatore specificamente formato nel settore ostetrico e con alto livello di esperienza.

Occorre quindi la definizione di protocolli diagnostici terapeutici approvati dagli organi istituzionali, adeguati alle caratteristiche della struttura, facilmente consultabili e verificati per quanto riguarda la loro adozione e i risultati ottenuti.

Al fine di ottimizzare la resa della parto analgesia è fondamentale una formazione specifica che interessi tutte le figure professionali e che si ponga come obiettivo il miglioramento dell'integrazione multidisciplinare in un'ottica dipartimentale secondo le metodologie del governo clinico, la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi.

Formazione degli operatori

Elemento prioritario per l'ottimizzazione dei percorsi diviene la formazione che deve essere promossa secondo un programma articolato e che coinvolga tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita in linea ed in coerenza con gli standard assistenziali.

Al fine di una valutazione appropriata delle attività previste è necessario promuovere sistemi di monitoraggio delle attività e la costituzione di un Comitato per il Percorso Nascita cui affidare la funzione di coordinamento e verifica delle attività sia a livello regionale sia a livello di ogni singola struttura sanitaria.

Obiettivi

- realizzazione di una rete di servizi di primo livello (consultori familiari, medici di famiglia, e pediatri di libera scelta) di secondo livello (poliambulatori distrettuali ed ospedalieri) di terzo livello (centri nascita)
- dare indicazioni per potenziare adeguatamente le strutture che, per dimensioni dell'attività ostetrica, disponibilità di servizi ad alta specializzazione e di posti letto di TIN possano effettivamente svolgere il ruolo di HUB
- concentrare le gravidanze a rischio, programmando per tempo l'invio della partoriente in una struttura di secondo o terzo livello
- assicurare ad ogni parto un'assistenza ostetrica e neonatologica adeguata al livello di rischio evidenziato in gravidanza
- assicurare a tutte le partorienti una corretta informazione sulle metodiche anestesiolgiche e di altre tecniche di controllo del dolore
- favorire la massima collaborazione tra strutture territoriali e punti nascita e tra i punti nascita di livello diverso di uno stesso ambito territoriale e di ambiti diversi.
- ridurre la proporzione di neonati trasferiti.
- ridurre la proporzione di parti con Taglio Cesareo
- stipula di protocolli d'intesa fra Aziende Ospedaliere e AA.SS.LL,
- processi di formazione degli operatori con particolare attenzione a tecniche di comunicazione
- programmazione di percorsi formativi per le gestanti al fine della promozione del parto naturale e dell'allattamento al seno
- utilizzazione della figura di mediatrice culturale per la promozione della integrazione degli stranieri residenti in regione

Azioni

- Costituzione presso l'Area Assistenza Sanitaria di un gruppo di lavoro multidisciplinare con il compito di predisporre gli strumenti necessari a valutare il livello assistenziale delle cure erogate dalle strutture ostetrico-neonatali
- predisposizione da parte di ogni punto nascita di una carta dei servizi
- verifica del livello di cure erogate dalle singole strutture ospedaliere perinatali, tenendo presente che in ogni struttura il livello assistenziale dell'U.O. ostetrica e neonatologica deve essere uniforme
- identificazione di eventuali incongruenze tra il livello di assistenza erogato dalla U.O. ostetrica e dalla U.O. neonatologica e suggerire le necessarie modifiche
- definizione di protocolli diagnostico – terapeutici per le procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto
- attuare iniziative formative nelle strutture territoriali miranti a diffondere la conoscenza del modello assistenziale in via di realizzazione e programmare per tempo l'invio della partoriente a rischio in una struttura adeguata al livello di rischio previsto

Indicatori

Il progetto mira a fornire assistenza alla madre e al neonato all'interno di tutto il percorso nascita e nelle prime settimane di vita:

- n. di convenzioni punti nascita – servizi territoriali
- n. di dimissioni concordate ed appropriate
- n. di puerpere assistite dai servizi territoriali nelle prime - 2 – 3 settimane dalla dimissione

- n. di neonati assistiti dai servizi territoriali nelle prime 2 – 3 settimane di vita
- proporzione di gravidanze ad alto rischio assistite in strutture di terzo livello (proporzione di nati di età gestazionale < 32 settimane e/o peso < 1500 grammi – proporzione di gestanti con ipertensione gestazionale in trattamento assistite)
- proporzione di gestanti ad alto rischio trasferite verso centri di terzo livello da centri di primo e secondo livello
- n. di processi di formazione degli operatori con particolare attenzione a tecniche di comunicazione
- n. di percorsi formativi per le gestanti al fine della promozione del parto naturale e dell'allattamento al seno.

Linea Progettuale 8

Assessorato alla Sanità
Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria

Linea Progettuale 8

Tutela della Maternità e promozione
dell'appropriatezza del percorso nascita.

Scheda di Progetto

PROGETTO NETCOP: NETwork Campano Oncologia Pediatrica

Responsabile Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria

Il progetto è finalizzato a dotare la Campania di un registro dei tumori infantili e di una rete di strutture per l'assistenza dei pazienti pediatrici con patologia oncologica, articolata secondo il modello "Hub & Spoke". Si realizza attraverso la presa in carico dei piccoli pazienti nel complesso percorso diagnostico-terapeutico, in grado di assicurare anche l'assistenza a livello domiciliare e renderà possibile evitare i disagi della migrazione verso altre regioni.

Descrizione del contesto

I tumori pediatrici sono eventi rari (incidenza: 152,7 casi/anno per milione di bambini 0-14anni; dati registro tumori infantili del Piemonte) ma rappresentano un impegno molto rilevante per le strutture sanitarie non solo per il notevole impegno assistenziale richiesto durante il percorso diagnostico e terapeutico, ma anche per la necessità di un adeguato sostegno ai piccoli coinvolti e alle loro famiglie. Negli ultimi decenni la prognosi dei tumori infantili in generale ed in particolare di alcuni di questi, quali le leucemie linfatiche acute o i linfomi non-Hodgkin, è migliorata molto marcatamente, tanto che la maggioranza dei pazienti pediatrici che è stata affetta da tumore è guarita e può condurre una vita normale.

I migliori risultati in termini di esiti non sono legati soltanto all'impegno degli operatori, ma dipendono anche dalla disponibilità di una robusta struttura organizzativa che si faccia carico della valutazione e del confronto dei dati di attività, dell'aggiornamento dei complessi protocolli di trattamento, della partecipazione a sperimentazioni cliniche multicentriche.

A livello nazionale esiste una normativa specifica (linee guida nazionali oncologia pediatrica: G.U. 7/10/99 n 236), che consiglia l'istituzione, per ogni regione di un centro di riferimento di III livello e di una o più unità satelliti. Sono attive anche associazioni specificamente interessate ai tumori infantili, in particolare l'A.I.E.O.P. (Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica), formata da pediatri che si dedicano ai problemi dell'ematologia e dell'oncologia infantile. A tale scopo è necessario favorire il continuo scambio di conoscenze tra gli operatori dei dati epidemiologici che consentono sia un'adeguata valutazione e pianificazione dei servizi di assistenza ai bambini ammalati e alle loro famiglie, sia un confronto con i risultati ottenuti in altre realtà nazionali ed internazionali.

Criticità

A livello regionale esistono alcune strutture che vantano risultati molto apprezzabili, collaborano attivamente con centri nazionali ed internazionali, ma non esiste una rete formale di collegamento tra i centri, né un registro regionale di oncologia pediatrica e nel settore persiste una significativa migrazione passiva dei piccoli pazienti e delle loro famiglie verso altre regioni.

In particolare si rileva che:

- quasi tutti i casi di tumori infantili sono diagnosticati e trattati in due Centri (Santobono-Pausilipon e SUN) allocati a Napoli

- non è disponibile un Registro Regionale dei Tumori Infantili, anche se una singola ASL (Napoli 4) ha preso l'iniziativa di iniziare tale attività, limitatamente ai residenti nel proprio territorio
- non esiste una rete formale che riguardi le strutture deputate all'assistenza dei pazienti pediatrici con problemi oncologici, mentre esiste una convenzione riguardante specificamente questi piccoli pazienti tra l'A.O. Santobono-Pausilipon e l'A.O. Ruggi D'Aragona di Salerno.
- la migrazione extraregionale è ancora molto sostenuta e la percentuale di fuga è quantificata al 32,4% nel periodo 2002-2006 (Poggi V.: un network in Oncologia Pediatrica 2008)
- Non sono previsti Hospices per cure palliative destinati ai piccoli pazienti, che, per la fragilità propria dell'età, richiedono specifiche competenze.
- Le cure domiciliari non sono previste o dipendono dall'iniziativa di singoli operatori.

Azioni

Prosecuzione di tutte le Azioni già declinate nella DGRC n. 39/2010

Indicatori

Come da DGRC n. 39/2010.

Obiettivi

Il Progetto si propone di consolidare gli obiettivi prefissati nell'annualità precedente:

- a) Attivazione di una rete regionale di diagnosi e cura basata sul modello Hub & Spoke
- b) Attivazione di assistenza domiciliare specifica

Tempi

Tre anni dall'attivazione del progetto (2010)

Costi previsti

- a) Rete regionale di diagnosi e cura basata sul modello Hub & Spoke

Risorse Centri/Rete → euro 554.375,00

Implementazione → euro 150.000,00

- b) Assistenza domiciliare specifica

Implementazione → euro 150.000,00

Totale → euro 854.375,00

Indicatori

N° pazienti inseriti in registro per anno

N° diagnosi effettuate fuori dalla regione per anno

N° pazienti trattati fuori dalla regione per anno

N° pazienti trattati a domicilio

Linea Progettuale 9

**Assessorato alla Sanità
Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria**

Linea Progettuale 9

Malattie Rare

Scheda di Progetto

Descrizione

Gli Obiettivi del Piano Sanitario, per le annualità dal 2006 al 2009, hanno sempre approvato specifiche progettualità per le Malattie Rare.

Nel 2006, con DGRC n. 858/09, la Regione Campania presentava un progetto intitolato *“Implementazione della rete regionale malattie rare”*; mentre i finanziamenti relativi alla Legge finanziaria **2007**, giusta DGRC n. 1284/09, prevedevano progetti cofinanziati (DGRC n. 1229/09) attuativi del PSN sui seguenti sottoprogetti relativi alle malattie rare:

1. Reti assistenziali per la presa in carico di soggetti con Malattie Rare;
2. Sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici per le malattie Rare;
3. Attivazione Registro Regionale per le Malattie rare.

Con DGRC n. 1362/2005 sono stati individuati in via provvisoria i Presidi della rete regionale Malattie Rare (che comprendono 10 aziende ospedaliere e l'Asl Na1 nel suo complesso), integrata con DGRC n. 1298/08; mentre con DGRC n. 2109 del 31/12/2008 è stato istituito il Centro di Coordinamento Regionale Malattie Rare presso il Dipartimento Clinico di Pediatria, con responsabile il Prof. G. Andria.

Relativamente alle due annualità 2006 e 2007 il Gruppo di lavoro Regionale di Esperti in Malattie rare ha presentato la proposta di distribuzione dei finanziamenti per i vari attori dei progetti con relativi cronoprogrammi, in attesa di approvazione. Con Decreto Dirigenziale n. 136 del 25/5/2010 è stata liquidata la I rata delle *“Risorse a destinazione vincolata per gli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2007. Linea Progettuale n. 4 Malattie Rare”*.

Per gli OdP anno **2008**, giusta DGRC n. 996/09, è stato approvato per le Malattie Rare il progetto *“Sviluppo nella rete dei servizi regionali di percorsi e piani assistenziali per soggetti con malattie rare. Condivisione tra regioni di percorsi assistenziali e buone prassi attraverso l'utilizzo di un unico sistema informatizzato per la gestione della presa in carico dei soggetti con malattie rare”*.

Nell'ambito delle varie progettualità è stato attivato il Registro Regionale delle Malattie Rare ed è stato realizzato il portale regionale sulle malattie rare collegato ad un numero verde.

Per l'annualità **2011** si intende proseguire sugli obiettivi previsti per l'anno 2010 e consolidare ed avanzare tutte le Azioni delle annualità precedenti.

Il Progetto (in allegato) ha come obiettivo generale quello di predisporre protocolli diagnostico assistenziali interregionali per le malattie rare, coinvolgenti le regioni Veneto, Emilia-Romagna, Liguria e Campania. Gli Obiettivi saranno predisporre le modalità operative condivise per definire tali protocolli; definire le modalità amministrative perché i contenuti dei protocolli si traducano in diritti esigibili dai cittadini con malattie rare residenti nelle Regioni coinvolte; creare ed implementare l'infrastruttura informativa ed informatica a supporto della messa a regime di tali protocolli, al loro monitoraggio e alla loro verifica; definire le modalità di formazione ed aggiornamento del personale, indispensabili per la corretta applicazione dei protocolli stessi.

Titolo del progetto: Creazione di consorzi interregionali per gruppi di malattie rare per la definizione di protocolli diagnostico –terapeutici-assistenziali condivisi

Responsabile Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria

Durata del progetto: 12 mesi

Finanziamento : 2.165.257 euro

Contesto

Le malattie rare rappresentano un problema rilevante per il Sistema Sanitario Nazionale. Nonostante si tratti di malattie, come definisce l'aggettivo "rare", che si presentano nella popolazione generale con una bassa prevalenza se considerate singolarmente, nell'insieme colpiscono una quota non trascurabile di soggetti. In molti casi queste malattie sono responsabili di handicap, sia fisici che neurologici. A causa della loro rarità, nonostante il forte impatto che hanno sulla salute, tali malattie e le problematiche cliniche ad esse correlate sono poco conosciute. Per questo motivo i pazienti affetti da queste malattie sono generalmente diagnosticati e seguiti presso centri ad alta specializzazione con specifica esperienza nel settore e con accesso a procedure diagnostiche di elevato livello. Le malattie rare richiedono, ognuna con le proprie specificità, una assistenza molto complessa, spesso con necessità diversificate da paziente a paziente all'interno dello stesso tipo di malattia, con profili di bisogni assistenziali richiedenti interventi e prestazioni non sempre comprese nei LEA. Queste caratteristiche diventano limiti difficilmente superabili, in quanto il sistema dei servizi sanitari è programmato, organizzato e strutturalmente predisposto per affrontare problematiche standard, che caratterizzano in maniera uniforme gruppi di pazienti numerosi e bisogni assistenziali scarsamente variabili tra individuo ed individuo. Da questa incongruenza nasce la richiesta da parte dei sanitari, dei pazienti, delle loro famiglie e delle associazioni d'utenza, di considerare i malati rari come genericamente bisognosi di prestazioni eccedenti i LEA. Per garantire contemporaneamente una risposta adeguata ad un reale bisogno assistenziale e controllare la spesa, utilizzando in modo appropriato le risorse, è indispensabile procedere secondo l'approccio EBM. Si tratta di definire in maniera trasparente e condivisa protocolli e percorsi che rendano più omogenea e razionale l'offerta assistenziale e le tipologie di presa in carico dei pazienti presenti nella stessa area geografica e, contestualmente, specificare e limitare i benefici aggiuntivi rispetto ai LEA, da garantire alle persone con malattie rare. I protocolli dovranno riguardare sia l'ambito della diagnostica sia quello della presa in carico del paziente e, trattandosi di aspetti clinici e caratteristiche tecniche e strumentali spesso molto specifici, prevederanno professionalità e tecnologie da concentrarsi in pochi Centri con grande bacino d'utenza, al fine di contenere i costi e garantire adeguata esperienza e qualità. Per tale ragione spesso l'ambito programmatico ottimale necessita di estendersi oltre i limiti regionali, richiamando la necessità di azioni interregionali.

Con Delibera della Giunta Regionale n.1362 del 21/10/2005 la Regione Campania ha identificato i Centri regionali di riferimento per le singole malattie rare. Si è altresì individuato il Centro di Coordinamento regionale per le malattie rare e sono state programmate le azioni da intraprendere per la creazione di reti diagnostico-terapeutiche per definiti gruppi di malattie rare, l'organizzazione delle reti territoriali per la presa in carico multidimensionale delle persone affette da malattia rara. Per quanto riguarda l'aspetto propriamente diagnostico, tra gli attori della rete delle malattie rare in Campania, è stato individuato nel CEINGE-Biotecnologie Avanzate il Centro di riferimento per la diagnostica laboratoristica biochimica-molecolare. Infine, per quanto riguarda il sistema informativo capace di gestire tali percorsi assistenziali e contemporaneamente monitorare qualità, appropriatezza e costi delle azioni

implementate, è in fase di finalizzazione la convenzione tra Centro di Coordinamento Regionale delle Malattie Rare, sito presso l'AOU Federico II e la Regione Veneto. La Regione Veneto è stata individuata come principale partner poiché da tempo impegnata nell'organizzazione dell'assistenza a persone affette da malattie rare e dotata di un sistema efficiente di informatizzazione collaudato da anni di esperienza. La convenzione con la Regione Veneto permetterà inoltre di inserire la Regione Campania in una rete inter-regionale più ampia per la predisposizione e la messa a regime di protocolli diagnostico-assistenziali e di percorsi di presa in carico comuni e condivisi da tutte le Amministrazioni coinvolte. Infatti, la Regione Veneto ha stipulato accordi formali con la Regione Friuli Venezia - Giulia e con le Province Autonome di Trento e Bolzano, per predisporre analoghe politiche nell'ambito dell'assistenza alle malattie rare, comprendente una unica rete di presidi accreditati, un unico sistema di monitoraggio ed identici protocolli e percorsi assistenziali e, successivamente, ma anche con la Regione Emilia Romagna e la Regione Liguria che hanno deliberato una collaborazione stretta con la Regione Veneto nell'area dell'assistenza ai malati rari. Queste azioni inseriranno la regione Campania e i partner consorziati in un percorso volto all'implementazione di un unico sistema informativo ed alla progressiva predisposizione di interventi ed approcci omogenei.

Azioni

Prosecuzione di tutte le Azioni già declinate nella DGRC n. 39 del 14/02/2011

Indicatori

Come da DGRC n. 39 del 14/02/2011

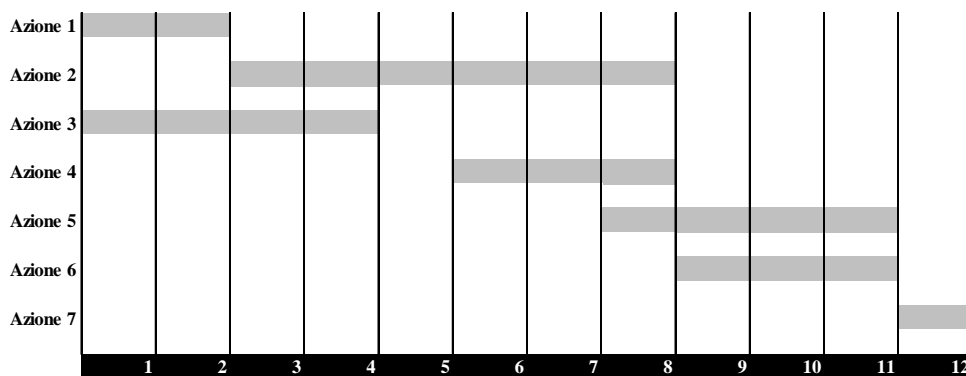
FASI E TEMPI DELLE AZIONI PREVISTE (CRONOGRAMMA)

- Azione 1** IMPLEMENTAZIONE DEL METODO DI LAVORO.
Tempo previsto: 2 mesi. Fasi del progetto: da mese 0 a mese 2.
- Azione 2** PRODUZIONE DEI PROTOCOLLI DA PARTE DEI GRUPPI OVE NON SOTTOSCRITTI. Questa azione comprende il lavoro dei gruppi suddivisi per competenza riguardo alla diagnostica genetica e riguardo alla tipologia di trattamento, che porta alla definizione dei relativi protocolli. *Tempo previsto: 6 mesi. Fasi del progetto: da mese 2 a mese 8.*
- Azione 3** PERCORSI AMMINISTRATIVI. Verranno analizzati e scelti i percorsi amministrativi da seguire per portare tutte le regioni coinvolte a predisporre analoghi provvedimenti necessari per rendere esecutivo quanto previsto nei protocolli. *Tempo previsto: 4 mesi. Fasi del progetto: da mese 0 a mese 4.*
- Azione 4** CREAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO E DELLE INFRASTRUTTURE DI MONITORAGGIO. In questa attività si realizzerà l'implementazione degli attuali registri regionali con le classi d'utenti, le funzionalità ed i relativi prodotti impliciti nell'applicazione dei protocolli. *Tempo previsto: 3 mesi. Fasi del progetto: da mese 5 a mese 8.*
- Azione 5** FORMAZIONE. Questa azione porterà alla attuazione di ulteriori corsi di formazione ed aggiornamento di personale coinvolto nell'applicazione dei protocolli, ivi compreso la formazione e l'utilizzo del nuovo sistema informativo. *Tempo previsto: 4 mesi. Fasi del progetto: da mese 7 a mese 11.*

Azione 6 SPERIMENTAZIONE DEI PROTOCOLLI. Si utilizzeranno i protocolli ed il relativo sistema informativo per diagnosticare e seguire i casi di malati rari presenti nel territorio regionale. Durante lo stesso periodo si implementerà il nuovo sistema informativo e lo si utilizzerà per obiettivi di monitoraggio e valutazione.
Tempo previsto: 3 mesi. Fasi del progetto: da mese 8 a mese 11.

Azione 7 VALUTAZIONE DEI RISULTATI E STESURA DELLA RELAZIONE FINALE. Si elaboreranno gli indicatori di risultato desunti dal sistema di monitoraggio e si provvederà alla stesura di un rapporto tecnico finale.
Tempo previsto: 1 mese. Fasi del progetto: da mese 11 a mese 12.

CRONOGRAMMA



RISULTATI ATTESI

- stesura degli specifici protocolli;
- siti web per lavoro e formazione a distanza;
- data base laboratori e strutture cliniche di genetica e relative attività;
- data base dei laboratori al di fuori delle regioni coinvolte per specifici test in relazione a quesiti diagnostici rarissimi;
- provvedimenti regionali per l'integrazione dell'assistenza ai malati rari in specifiche condizioni;
- sistema informativo di monitoraggio della diagnostica genetica e delle prescrizioni ai malati rari;
- presa incarico omogenea dei pazienti residenti nell'area;
- controllo della spesa e monitoraggio dei costi di assistenza;
- aggiornamento e formazione del personale;
- semplificazione dei percorsi per i pazienti ed abbattimento dei tempi d'attesa per ottenere l'erogazione dei prodotti prescritti.

Riferimenti Normativi

1. DGRC n. 1229 del 18/7/2008 (Piano Sanitario Nazionale 2006/2008) "Approvazione progetti attuativi sulle Malattie Rare, ai fini dell'accesso al Fondo istituito dall'art. 1, comma 805, della legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007). Cofinanziamento di progetti attuativi del PSN ai sensi del DM del 10 luglio 2007".
2. DGRC n. 1613 del 15/10/2008 e DGRC n. 1284 del 22/7/2009 "Obiettivi del PSN anno 2007".

3. DGRC n. 858 del 8/5/2009 - Obiettivi del PSN anno 2006 - Linea progettuale 1
“Implementazione della Rete per le Malattie Rare”.
4. DGRC n. 996 del 22 maggio 2009 - Obiettivi del PSN anno 2008 - Linea progettuale 4 -
“Sviluppo nella rete dei servizi regionali di percorsi e piani assistenziali per soggetti con malattie rare. Condivisione tra regioni di percorsi assistenziali e buone prassi attraverso l'utilizzo di un unico sistema informatizzato per la gestione della presa in carico dei soggetti con malattie rare”.
5. DGRC n. 39 del 14/02/2011 – Obiettivi del PSN anno 2010 - Linea progettuale 9 -
“Creazione di consorzi interregionali per gruppi di malattie rare per la definizione di protocolli diagnostico – terapeutici – assistenziali condivisi”

LINEA PROGETTUALE 11

Area 20 Assistenza Sanitaria

Settore 03 Fasce Deboli

Linea Progettuale 11

Riabilitazione

Sperimentazione di una rete di assistenza riabilitativa per le persone con danni midollari e gravi cerebrolesioni acquisite

Scheda di Progetto

Durata del progetto:

18 mesi dall'avvio

Referente:

Settore Fasce Deboli

Importo assegnato

€ 7.000.000

Criteri di riparto

L'importo previsto dall'accordo 2011 sarà così ripartito

- 5% Gruppo Regionale di Coordinamento tecnico scientifico
- 30% Aziende Ospedaliere/P.O.
- 65% Aziende Sanitarie Locali

Le quote percentuali da destinare alle A.O./P.O. e alle ASL sono state individuate sulla base dello specifico impegno mediamente dedicato all'assistenza come anche indicato dalle Linee Guida per la riabilitazione in Regione Campania.

I fondi saranno ripartiti tra le strutture (A.O., P.O. e ASL) individuate per la sperimentazione in relazione al numero di casi che dovranno e/o potranno essere inseriti nella rete in base a quanto stabilito dagli specifici protocolli e dalle indicazioni che saranno date dalle stesse strutture in base alle proprie specificità territoriali ed organizzative.

In base a particolare ed emergenti esigenze relative alla fase di sperimentazione potrà rendersi necessario trasferire una quota pari al 5 – 10% del fondo da una voce all'altra dei costi come sopra ripartiti.

Contesto

Le lesioni midollari rappresentano una delle più complesse e invalidanti patologie. Il moderno approccio a tale patologia prevede che le strutture coinvolte nel trattamento del medulloleso debbano garantire la più qualificata e moderna assistenza, compresi anche lo studio di nuove metodologie di trattamento e la prevenzione di ogni complicanza immediata, che può instaurarsi all'atto dell'evento lesivo o successivamente, quando la lesione può considerarsi definitivamente stabilizzata. L'epidemiologia delle lesioni midollari pone numericamente al primo posto le lesioni traumatiche da incidente stradale, lavorativo o da sport, seguite da quelle non traumatiche.

Il termine GCA (Gravi Cerebrolesioni Acquisite) comprende una varietà di lesioni cerebrali acute a eziologia traumatica e non, caratterizzate da uno stato di coma più o meno prolungato, e dalla contemporanea presenza di menomazioni motorie, sensoriali, cognitive e/o comportamentali. Le GCA non traumatiche originano da tumori cerebrali, anossia cerebrale, gravi sindromi emorragiche cerebrali, infezioni (encefaliti) ed encefalopatie tossico-metaboliche. Questa realtà rende assai difficile identificare terapie farmacologiche o trattamenti mirati a correggere o risolvere la sintomatologia delle GCA

La catena del trattamento del paziente con trauma cranico e con lesione midollare è estremamente complessa e va dall'assistenza sul luogo dell'incidente, al primo trattamento nell'ospedale periferico,

al trasporto nell'ospedale appropriato, alla diagnostica specialistica, al trattamento in fase acuta, alla riabilitazione precoce e tardiva. La rottura o anche la debolezza di un solo anello di questa catena può compromettere in modo irrimediabile il risultato finale. La tempestività e la correttezza del soccorso immediato e la sua corretta gestione "nella comunità" possono avere importanti ripercussioni sull'esito a breve, medio e lungo termine. In questi casi, i rischi di perdita di tempo e di inappropriata assistenza devono essere ridotti al minimo.

Attualmente esiste una grande disomogeneità di comportamento a livello sia ospedaliero che territoriale ed è necessario perseguire l'obiettivo di una migliore qualità delle prestazioni, ma soprattutto una maggiore appropriatezza delle stesse.

Il Piano Sanitario Regionale al punto 5.2.5 indica come "Il superamento di tale criticità può realizzarsi con la definizione di modalità di integrazione delle attività assistenziali erogate dalle Aziende Sanitarie attraverso tutti i soggetti accreditati e di forme di collaborazione tra le stesse in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano.

Il termine "rete" indica che l'assistenza è prodotta e distribuita attraverso una rete di interconnessione fra équipes multiprofessionali, nella quale la gestione delle relazioni, anziché la centralizzazione della produzione, è l'elemento organizzativo di maggiore rilievo.

La rete deve essere finalizzata all'integrazione tra: Assistenza Ospedaliera, Specialistica Territoriale e Strutture Territoriali, Servizi Distrettuali, Assistenza di base (MMG e PLS) e Prevenzione per assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali, per facilitare l'accesso e l'erogazione delle prestazioni, contenere i costi, permettere il monitoraggio degli assistiti e delle stesse prestazioni, procedendo alla valutazione dei risultati clinici e organizzativi, e migliorando la compliance del paziente educandolo e responsabilizzandolo, al tempo stesso, alla gestione delle disabilità.

Descrizione

Il progetto prevede l'attivazione di una rete di assistenza per la presa in carico riabilitativa dei pazienti con danni midollari e gravi cerebrolesioni acquisite, così come previsto dalla progettualità di cui all'Accordo Stato-Regioni per l'anno 2010 per altre patologie invalidanti. E' prevista, anche per questi casi, una sperimentazione della durata di 18 mesi che consenta di raggiungere gli obiettivi specifici attraverso l'armonizzazione degli interventi nelle varie fasi della presa in carico.

Obiettivo principale

Sperimentazione di una rete di assistenza riabilitativa per le persone con danno midollare e grave cerebrolesione acquisita.

Obiettivi specifici

- Implementazione di protocolli e percorsi riabilitativi
- diffusione delle buone prassi
- miglioramento dell'appropriatezza della presa in carico
- riduzione della duplicazione degli interventi con conseguente riduzione dei costi
- maggiore collaborazione fra le strutture e i professionisti coinvolti nella costruzione della rete;

- coinvolgimento del cittadino nei percorsi di assistenza riabilitativa in termini di informazione e partecipazione.

Azioni:

Sono confermate le azioni programmate nel progetto 2010, così come dettagliate nel cronoprogramma sotto riportato, integrando il gruppo regionale di coordinamento tecnico scientifico con esperti delle patologie oggetto della presente progettualità.

Indicatori di risultato e di processo:

- numero di strutture coinvolte
- numero di pazienti inseriti nella sperimentazione
- numero di protocolli definiti
- numero di personale coinvolto nella formazione
- realizzazione di materiale informativo
- rispetto del cronogramma

Cronogramma

Cronogramma	1 mese	2 mese	3 mese	4 mese	5 mese	6 mese	7 mese	8 mese	9 mese	10 mese	11 mese	12 mese	13 mese	14 mese	15 mese	16 mese	17 mese	18 mese
Costituzione Gruppo tecnico-scientifico	■																	
Definizione protocolli e percorsi		■	■	■	■	■												
Individuazione, delle strutture da coinvolgere per la sperimentazione			■	■	■													
Formazione degli operatori					■	■	■											
Educazione e informazione dei cittadini					■	■	■	■	■									
Sistema di collegamento informatico					■	■	■	■	■									
Sperimentazione della rete di assistenza riabilitativa											■	■	■	■	■	■	■	
Valutazione, analisi e diffusione dei risultati																		■

Linea Progettuale 12

Area 20: Assistenza Sanitaria

Settore 03: Fasce Deboli

Linea Progettuale

Salute Mentale

Scheda di Progetto

Durata del progetto:

Annuale dall'avvio

Referente:

Settore Fasce Deboli

Importo assegnato: euro 10.000.000,00**CRITERI DI RIPARTO**

Per quanto attiene ai **criteri di riparto** dei fondi appostati per la Salute Mentale, per ciascuna ASL verrà ripartita una quota parte basata per il **50%** sulla **popolazione residente**, per il **25%** in base alla fascia di età compresa tra **0 e 18 anni** (minori) e per il rimanente **25%** sulla fascia di popolazione **over 60 anni**.

Contesto

Si conferma l'attuazione delle successive linee d'intervento nelle 7 AASSLL della regione anche con la collaborazione, attraverso specifici protocolli d'intesa, con le AAOO e AAUUPP del territorio regionale. Si continua ad assistere ad un trend crescente di disagio mentale che sfocia, in mancanza di programmi di intervento precoce, in disturbi conclamati. Tutte le fasce di età sono interessate: dalla primissima infanzia, alla fanciullezza, all'adolescenza fino all'età adulta, anziani inclusi.

Alla malattia mentale, e al suo inevitabile carico di sofferenza e di disabilità individuale, si associa immancabilmente la "sofferenza" dei familiari e del sistema comunità, soprattutto per quanto attiene il fenomeno dello stigma e l'ancora scarsa diffusione di procedure di presa in carico globale della persona che la accompagnino dal momento della manifestazione del disturbo mentale a quello dell'inserimento o re-inserimento nella società, passando per il percorso di cura e riabilitazione.

Di fronte ad un tale scenario, reso ancor più complesso dalla recente riorganizzazione delle ASL regionali, diverse sono le possibilità e i livelli di intervento come di seguito illustrati nel dettaglio delle schede relative alle progettualità che le Aziende dovranno implementare nel campo della salute mentale, materia che ha trovato una sua specifica collocazione – con una sua propria linea progettuale – nell'Accordo Stato-Regioni per l'anno 2010 relativo ai fondi vincolati per obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, confermati nell'accordo 2011

OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO

Si confermano gli obiettivi del precedente accordo in quanto attività ed aree d'intervento fortemente attuali che necessitano di una infrastrutturazione e conseguente messa a regime nei piani di intervento ordinari delle AASSLL e dei dipartimenti.

Il Piano Sanitario Regionale, Decreto del Commissario ad Acta n° 22 del 22 /03/2011, ha delineato il contenitore organizzativo di riferimento, le responsabilità e le aree da potenziare nel campo della salute mentale che si armonizzano con i contenuti del presente documento:

- a. Individuazione e interventi precoci nelle psicosi;**
- b. La presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva;**
- c. La presa in carico dei disturbi mentali della persona anziana;**

d. Gli interventi terapeutico-riabilitativi integrati.

Scheda di Progetto sub 1**Individuazione e interventi precoci nelle psicosi
TEMPI DI ATTUAZIONE**

Azioni	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.a Sensibilizzazione/formazione dei MMG												
1.b Screening popolazioni target												
2.a Ricognizione strutture residenziali e semiresidenziali												
2.b Potenziamento servizi/interventi												
3.a Campagne di informazione												
3.b Inserimento protetto												

INDICATORI

N° di programmi di sensibilizzazione/formazione dei MMG

N° di MMG coinvolti

Esito degli screening

N° strutture censite

N° progetti terapeutici individuali

N° campagne di informazione attivate

N° nuovi utenti presi in carico dai DSM

Scheda di Progetto sub 2

**La presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva
TEMPI DI ATTUAZIONE**

Azioni	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.a Monitoraggio domanda servizi NPI												
1.b Monitoraggio offerta servizi NPI												
1.c Coinvolgimento familiari ed associazioni												
2.a Sensibilizzazione/formazione dei PLS												
2.b Rafforzamento rete di segnalazione												
2.c Screening popolazioni target												
2.d Creazione unità operative <i>dedicate</i> di NPI												
2.e Ricognizione strutture dedicate ai disturbi mentali in età evolutiva												
3.a Applicazione e monitoraggio linee guida autismo												
3.b Aggiornamento/formazione degli operatori												
3.c Coinvolgimento familiari ed associazioni												

INDICATORI

Esiti monitoraggio domanda/offerta di servizi di NPI

N° di familiari e associazioni coinvolte

N° di programmi di sensibilizzazione/formazione dei PLS

N° di PLS coinvolti

N° protocolli d'intesa/accordi di programma/convenzioni relativi al rafforzamento della rete di segnalazione/invio

Esito degli screening

N° di unità operative *dedicate* di NPI attivate

N° di nuovi utenti presi in carico

N° strutture dedicate ai disturbi in età evolutiva

Esiti monitoraggio linee guida esistenti per l'autismo

N° di programmi di aggiornamento/formazione del personale

N° familiari ed associazioni coinvolte

Scheda di Progetto sub 3

La presa in carico dei disturbi mentali nella persona anziana**TEMPI DI ATTUAZIONE**

Azioni	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.a Sensibilizzazione/formazione dei MMG												
1.b Screening popolazione												
1.c Potenziamento raccordo Salute M./Geriatrics												
1.d Programmi di sorveglianza												
2.a Incremento competenze personale operante in strutture												
2.b Coinvolgimento familiari ed associazioni												

INDICATORI

N° di MMG coinvolti

N° di programmi di sensibilizzazione/formazione dei MMG

Esiti degli screening

N° programmi di sorveglianza attivati

N° di programmi di aggiornamento/formazione del personale strutture

N° familiari ed associazioni coinvolte

Scheda di Progetto sub 4

Gli interventi terapeutico-riabilitativi integrati

TEMPI DI ATTUAZIONE

Azioni	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.a Ricognizione metodologie percorsi di trattamento integrato ed implementazione buone prassi												
1.b Aggiornamento/individuazione ulteriori "indicatori in ingresso"												
2.a Rafforzamento <i>case manager</i>												
2.b Istituzione registro casi gravi												
2.c Potenziamento programmi di inclusione sociale e lavorativa e collegamento sistemi informativi												
3.a Attivazione tavoli di coordinamento per la salute mentale												
3.b Coinvolgimento attori percorso assistenziale												

INDICATORI

Esiti ricognizione metodologie e diffusione buone prassi

N° nuovi indicatori di ingresso presa in carico

N° di *case manager*

N° registri casi gravi

N° di progetti socio-lavorativi individualizzati re alizzati

Esiti collegamento sistemi informativi

N° tavoli di coordinamento attivati

N° contratti terapeutici di *empowerment* attivati