

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria - Deliberazione n. 858 del 8 maggio 2009 - Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006.

PREMESSO che:

- il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008, approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, 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'Intesa 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.
- l'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, 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, ai sensi del comma 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti.
- con l'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 29 marzo 2007 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 per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, sono state definite, limitatamente all'anno 2006, nell'allegato A le seguenti linee progettuali 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 :
 - o la garanzia dei LEA;
 - o la riorganizzazione delle cure primarie;
 - o la razionalizzazione della rete ospedaliera;
 - o la prevenzione;
 - o le liste di attesa;
 - o la salute mentale;
 - o umanizzazione dell'evento nascita

CONSIDERATO che:

- nella seduta del 29 marzo 2007, la Conferenza Stato-Regioni ha sancito, inoltre, l'Intesa ai sensi dell'art. 115, comma 1, a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della Salute di assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per l'anno 2006, alla realizzazione degli obiettivi individuati nel PSN 2006-2008, con cui è stato stanziato per la Regione Campania un importo pari a € 135.560.021,00;
- con D.G.R. n. 1746 del 5/10/2007 sono stati recepiti i contenuti dell'Accordo summenzionato ed inviata la stessa al Ministero della Salute per l'ammissione al finanziamento da parte della Conferenza Stato – Regioni rinviando a successivi provvedimenti l'approvazione di specifiche progettualità;
- che con nota del Ministero dell'Economia e delle Finanze si è avuta comunicazione dell'erogazione in favore della Regione Campania dell'importo relativo agli obiettivi di piano anno 2006 e che l'importo stanziato pari ad euro 135.560.021,00 è stato rettificato per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale per cui l'importo complessivo accreditato presso la Tesoreria Provinciale dello Stato di Napoli risulta pari ad euro 133.894.701,00;
- con D.G.R. n. 2088 del 31/12/2008 sono stati iscritti, ai fini gestionali, le risorse di cui sopra sui seguenti capitoli di spesa:
 1. cap. 7072 (U.P.B. 4.15.38) per il Piano della prevenzione (ex art. 4, comma 1, lettera E Accordo Stato – Regioni del 23/03/05 – rep. 2271) per euro 23.873.922,00;

2. cap. 7114 (U.P.B. 4.15.38) di nuova istituzione per gli Obiettivi prioritari e di rilievo nazionale anno 2006 (ex art. 1, comma 34 e 34 bis, L. 662/96) per euro 110.020.779,00;
- in conformità alle linee progettuali di cui all'Accordo Stato – Regioni del 29.03.07 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:
 - 1 Linea d'intervento 1 – La garanzia dei LEA: "Implementazione di modelli organizzativi e programmazione, rinnovo e sostituzione delle Tecnologie sanitarie per il miglioramento della qualità dell'assistenza negli istituti penitenziari della Campania" – All. A
 - 2 Linea d'intervento 1 – Razionalizzazione delle attività di prevenzione e cura dei danni da infezione perinatale – All. B
 - 3 Linea d'intervento 1 – Implementazione della rete delle malattie rare – All. C
 - 4 Linea d'intervento 2 – La riorganizzazione delle cure primarie: "Rete delle cure domiciliari agli anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico – degenerative" – All. D
 - 5 Linea d'intervento 2 – Sub - obiettivo "La riorganizzazione delle cure primarie": "Rete di assistenza ai malati terminali e pazienti oncologici" – All. E
 - 6 Governo regionale della rete di assistenza delle cure domiciliari (azione trasversale alle linee progettuali 2 e 6) – All. F
 - 7 Linea d'intervento 3 – La razionalizzazione della rete ospedaliera: "la razionalizzazione dei percorsi in emergenza – urgenza per patologie complesse: riorganizzazione della risposta delle rete ospedaliera" – All. G
 - 8 Linea d'intervento 4 – La Prevenzione
 - 9 Linea d'intervento 5 – Le liste di attesa – All. H
 - 10 Linea d'intervento 6 – La salute mentale: "Rete territoriale per la salute mentale" All. I
 - 11 Linea d'intervento 7 – Umanizzazione dell'evento nascita: "Controllo del dolore durante il travaglio ed il parto vaginale" All. L

DATO ATTO che:

- per la linea d'intervento 4 relativa alla Prevenzione, la Giunta Regionale della Campania ha approvato con la Deliberazione n. 1133 del 20.08.2005, in attuazione dell'intesa Stato Regioni del 23/03/2005, art. 4 comma 1 lett. E, il Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005/2007, il cui finanziamento pari ad euro 23.837.922,00 è stato vincolato sulle risorse per gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per ciascun degli anni 2005,2006, 2007;

RITENUTO:

- di dover approvare il riparto delle risorse vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 a valere sul FNS 2006, per complessivi euro 133.894.701,00 tra le sette linee progettuali così come di seguito specificato:

1 la garanzia dei LEA:	€ 13.438.693,74
2 la riorganizzazione delle cure primarie:	€ 33.622.039,79
3 la razionalizzazione delle rete ospedaliera:	€ 19.500.000,00
4 La Prevenzione:	€ 23.873.922,00
5 liste di attesa:	€ 15.304.183,76
6 la salute mentale:	€ 15.155.861,71
7 umanizzazione dell'evento nascita	€ 13.000.000,00
- di approvare, altresì i sopra elencati progetti allegati, da inoltrare al Ministero della Salute, incaricando il Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria di provvedere agli adempimenti conseguenti;

Propone e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

- di approvare il riparto delle risorse vincolate, pari a € 133.894.701,00 di cui all'allegato sub A dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 29.03.2007, assegnate alla Regione Cam-

pania per l'elaborazione di specifici progetti, ai sensi dell'art.1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle 7 linee prioritarie individuate dall' Accordo Stato - Regioni del 29 marzo 2007, secondo gli importi di seguito indicati:

- la garanzia dei LEA: € 13.438.693,74
- la riorganizzazione delle cure primarie: € 33.622.039,79
- la razionalizzazione delle rete ospedaliera: € 19.500.000,00
- La Prevenzione: € 23.873.922,00
- liste di attesa: € 15.304.183,76
- la salute mentale: € 15.155.861,71
- umanizzazione dell'evento nascita € 13.000.000,00
- di approvare i seguenti progetti che i competenti uffici regionali hanno predisposto in conformità alle linee progettuali di cui all'Accordo Stato – Regioni del 29.03.07 e al Piano Sanitario Regionale e che allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:
 - 1 Linea d'intervento 1 – La garanzia dei LEA: "Implementazione di modelli organizzativi e programmazione, rinnovo e sostituzione delle Tecnologie sanitarie per il miglioramento della qualità dell'assistenza negli istituti penitenziari della Campania" – All. A
 - 2 Linea d'intervento 1 – Razionalizzazione delle attività di prevenzione e cura dei danni da infezione perinatale – All. B
 - 3 Linea d'intervento 1 – Implementazione della rete delle malattie rare – All. C
 - 4 Linea d'intervento 2 – La riorganizzazione delle cure primarie: "Rete delle cure domiciliari agli anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico – degenerative" – All. D
 - 5 Linea d'intervento 2 – La riorganizzazione delle cure primarie: "Rete di assistenza ai malati terminali e pazienti oncologici" – All. E
 - 6 Governo regionale della rete di assistenza delle cure domiciliari (azione trasversale alle linee progettuali 2 e 6) – All. F
 - 7 Linea d'intervento 3 – La razionalizzazione della rete ospedaliera: "la razionalizzazione dei percorsi in emergenza – urgenza per patologie complesse: riorganizzazione della risposta delle rete ospedaliera" – All. G
 - 8 Linea d'intervento 4 – La Prevenzione
 - 9 Linea d'intervento 5 – Le liste di attesa – All. H
 - 10 Linea d'intervento 6 – La salute mentale: "Rete territoriale per la salute mentale" All. I
 - 11 Linea d'intervento 7 – Umanizzazione dell'evento nascita: "Controllo del dolore durante il travaglio ed il parto vaginale" All. L
- di trasmettere, i progetti sopraelencati al Ministero della Salute incaricando il Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti;
- di inviare la presente 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 Segretario
D'Elia

Il Presidente
Valiante

All. A

REFERENTE: dott. Antonio Gambacorta
A.G.C. Assistenza Sanitaria
Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria
Centro Direzionale, Isola C/3
NAPOLI
Tel. 0817969426
e.mail: a.gambacorta@regione.campania.it
Durata del progetto: annuale

Linea di intervento n. 1 : La garanzia dei Lea

Titolo del progetto: Implementazione di modelli organizzativi e programmazione, rinnovo e sostituzione delle Tecnologie sanitarie per il miglioramento della qualità dell'assistenza negli istituti penitenziari della Campania; attivazione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali a favore di internati con misura di sicurezza non ancora scaduta o già prorogata.

Sintesi dei contenuti del progetto

ANALISI DEL CONTESTO

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1.04 2008, in attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, disciplina le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche sia per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272. Le Regioni dovranno quindi assicurare l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento.

La materia si è da subito palesata di notevole complessità soprattutto per quanto attiene al trasferimento dei rapporti di lavoro, sia per la peculiarità del servizio reso all'interno degli istituti penitenziari, sia per le modalità e procedure adottate dall'Amministrazione Penitenziaria per il reclutamento del proprio personale sanitario non

di ruolo, al quale si applica la normativa speciale di cui alla legge 9 ottobre 1970 n. 740. Con l'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni custodiali si è offerta l'occasione per *ripensare* l'attuale modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le proprie radici nella legge 740 del 1970 ed è antecedente di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale avvenuta nel 1978.

A seguire, un ulteriore aspetto che ha generato enormi difficoltà è apparso essere quello relativo al trasferimento dei beni strumentali e delle attrezzature, nonché dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie; dalla prima ricognizione effettuata negli istituti penitenziari è emerso un allarmante dato relativo alla vetustà delle apparecchiature elettromedicali esistenti che in molte occasioni si sono rivelate non a norma sia dal punto di vista della sicurezza che dei requisiti e degli standard di efficienza. Di converso, è emersa da subito l'esigenza di elaborare e strutturare un sistema di offerta di prestazioni all'interno degli istituti penitenziari che tenga conto degli assetti organizzativi penitenziari da un lato e che sia coerente, dall'altro, con il sistema di offerta di servizi sanitari vigente per la collettività nel suo complesso.

Il problema relativo all'utilizzo delle Tecnologie Sanitarie si è posto da subito come cruciale per le obiezioni giustamente poste dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, destinatarie del trasferimento e conseguentemente divenute titolari dei relativi obblighi giuridici in materia di sicurezza sul lavoro, all'utilizzo da parte del proprio personale di apparecchiature non a norma; d'altro canto, non possono sottacersi i rischi conseguenti al trasferimento in strutture esterne al carcere di detenuti anche di elevato spessore criminale per eseguire esami ed accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio che potrebbero facilmente essere eseguiti all'interno della struttura, senza rischi per la sicurezza della collettività e senza inutile dispendio di risorse umane e finanziarie.

Nel contesto così delineato, vanno specificamente anche evidenziate alcune criticità relative agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), premettendo che la Regione Campania è l'unica ad ospitarne sul proprio territorio due, Aversa e Napoli, con una popolazione ristretta nettamente superiore a quella di ogni altra regione sede di OPG.

A differenza delle altre strutture penitenziarie il DPCM 01.04.2008 richiede per gli OPG una azione coordinata volta a mutarne il profilo di attività (espandendo la attività sanitaria, perimetrando quella di sicurezza, regionalizzando, attrezzando le carceri per le esigenze dei detenuti con disturbi mentali, predisponendo soluzioni alternative sul territorio etc...), riducendone la necessità del ricorso all'OPG stesso, in modo da prevederne in un periodo medio-lungo il suo superamento.

Il punto di arrivo finale di questo processo deve essere una completa ristrutturazione della offerta dei servizi da parte dei DSM che metta la Magistratura in condizione di effettuare la misura di sicurezza in contesti sanitari ordinari con garanzie di equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica generale.

Il disegno alla base delle disposizioni nazionali evidenzia le numerose difficoltà che è prevedibile incontrare in un percorso così lungo ed impegnativo e, pragmaticamente, impone una particolarissima attenzione al precoce, graduale e continuo spostamento del focus della gestione della misura di sicurezza verso strutture e programmi alternativi, realizzando azioni finalizzate alla riduzione della dimensione degli OPG.

Solo nel momento in cui queste fasi del complessivo percorso verranno completate (tempo prevedibile 2-3 anni) si potrà ragionevolmente effettuare una valutazione sulle modalità reali di definitivo superamento dell'OPG tramite la completa regionalizzazione delle cure.

AZIONE 1

Al fine di ovviare alle criticità sopra evidenziate, le AASSLL coinvolte nel processo di trasferimento in atto devono preliminarmente predisporre un proprio modello organizzativo affinché si possa pervenire alla redazione del “Piano dell’offerta di servizi sanitari penitenziari”.

Il modello organizzativo dovrà definire le modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario presso ciascun istituto di pena, prevedendo eventualmente modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell’istituto, ma integrati nella rete dei servizi sanitari regionali per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità.

Propedeutiche alla redazione del modello organizzativo saranno:

- l’acquisizione di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti;
- l’acquisizione di conoscenze in ordine alle condizioni ed ai fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche.

Il modello organizzativo auspicabile prevede, come unità organizzativa aziendale, un **Servizio Aziendale di Medicina Penitenziaria**, collocato nell’ambito dei Distretti delle AASSLL sedi di Istituti penitenziari. Le ASL competenti territorialmente prevedranno tale Servizio nel loro Atto Aziendale.

Il personale sanitario il cui rapporto di lavoro, in virtù di quanto previsto dal DPCM 01.04.2008 è stato trasferito dall’Amministrazione Penitenziaria e dall’Amministrazione della Giustizia Minorile al SSR, è giuridicamente assegnato ai distretti delle AASSLL di pertinenza territoriale dell’Istituto di Pena di riferimento, nell’ambito dei Servizi Aziendali di Medicina Penitenziaria, fatto salvo quanto previsto dall’art. 3 comma 5 dello stesso DPCM.

All’interno degli Istituti Penitenziari della Regione sono istituiti i **Presidi Sanitari Penitenziari**; ai predetti Presidi sono assegnati gli spazi ed i locali di cui all’art. 4 del D.P.C.M 01.04.2008. Tali Presidi garantiscono le prestazioni sanitarie di base:

1. Medicina di base;
2. Continuità assistenziale;
3. Prestazioni specialistiche.

In ogni Istituto Penitenziario, è individuata la funzione di **Medico Responsabile di Presidio** tra i medici di cui all’art. 1 della legge n. 740 del 1970 operanti nell’Istituto di Pena di riferimento. Questi svolge, direttamente o in coordinamento con i medici di cui all’art. 1 e all’art. 51 della stessa legge, e uniformandosi alle indicazioni dettate dalla Direzione Aziendale, le funzioni di cui al DPCM. 01.04.2008, allegato A, nonché i compiti previsti nella legge 740/70. Il Medico Responsabile di Presidio, di concerto con il Referente Aziendale, ha inoltre il compito di coordinare le attività sanitarie all’interno dell’Istituto Penitenziario, di favorire l’integrazione delle stesse verso una *presa in carico multiprofessionale* della salute del singolo detenuto o internato, di sorvegliare sul livello complessivo di salubrità dell’Istituto. Il Responsabile di Presidio si relaziona con la Direzione dell’Istituto Penitenziario per tutto quanto riguarda la necessaria collaborazione, a livello locale, con le aree della Sicurezza e del Trattamento. Il Responsabile di Presidio fa quindi riferimento tramite il Referente Aziendale al Servizio Aziendale e partecipa al Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere.

Organizzazione e integrazione delle funzioni a livello aziendale e interaziendale.

I Direttori Generali delle ASL sede di Istituti Penitenziari affidano al **Referente Aziendale per la Medicina Penitenziaria**, già in precedenza individuato, il coordinamento a livello aziendale delle funzioni sanitarie, di base e specialistiche erogate dalle articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Servizi, etc), nei confronti dei detenuti e degli internati. Il Referente fa parte della Commissione istituita dall'Azienda per l'esercizio, all'interno degli Istituti di Pena, delle funzioni ispettive di cui all'art. 11 della legge 354/75 e s.m. e i.. Favorisce il percorso integrato delle azioni dei singoli servizi aziendali, prevedendo eventuali risorse aggiuntive; può infine promuovere iniziative locali.

In ciascuna ASL sede di Istituto Penitenziario, viene istituito il **Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere**. Esso è composto da ciascun Medico Referente di Presidio, dagli altri medici ex art. 1, legge 740/1970 operanti nell'Istituto di Pena, dai Referenti Aziendali di area tematica, ed eventualmente integrato dai medici ex art. 51, legge 740/1970 operanti nel Presidio Sanitario Penitenziario, dai medici specialisti di riferimento, dal personale infermieristico, tecnico e dagli psicologi di ruolo. Il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere è coordinato dal Referente Aziendale per il Servizio Aziendale di Sanità Penitenziaria.

Al Gruppo di Lavoro è affidato il compito di predisporre il **“Piano dell'offerta dei servizi sanitari penitenziari”** che dovrà essere adottato con atto aziendale e dovrà:

- esplicitare il sistema dell'offerta e la sua accessibilità;
- identificare e selezionare i processi e le procedure interne ed esterne suscettibili di miglioramento, anche alla luce dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza;
- valutare l'assetto organizzativo sia clinico che gestionale ed economico finanziario e verificarne la coerenza operativa in termini di efficacia ed efficienza;
- identificare i bisogni formativi di tipo tecnico-professionale e organizzativo degli operatori dei servizi coinvolti e prevedere l'attivazione di processi formativi coerenti;
- verificare l'iter e le modalità della comunicazione aziendale ai vari livelli del macro e micro-sistema ed apportare modifiche volte al miglioramento dell'efficienza e quindi dell'efficacia relazionale globale;
- analizzare il grado di soddisfazione dei clienti interni (l'Amministrazione Penitenziaria) ed esterni in rapporto ai servizi ed alle prestazioni ricevute e ricercare gli interventi realizzabili, anche in termini di formazione e di indirizzo cognitivo, per il miglioramento del rapporto tra destinatari del servizio, Azienda ed Amministrazione;
- migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- definire le caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni (intra ed extra murarie);
- esplicitare le regole a tutela dell'equità e della trasparenza.

AZIONE 2

La gestione delle Tecnologie Sanitarie all'interno delle strutture penitenziarie rappresenta un processo con valenza strategica, di supporto primario per l'Azienda, caratterizzato da aspetti di particolare rilevanza e delicatezza, in particolare per quanto riguarda:

- la programmazione e la rilevazione dei bisogni di tecnologie;
- la valutazione di appropriatezza di utilizzo delle tecnologie, in coerenza con i bisogni sanitari cui esse sono destinate;

- l'economicità e l'efficienza di gestione del parco apparecchiature sanitarie durante il loro intero ciclo di vita (acquisto, installazione, gestione della manutenzione, gestione dei costi indotti in termini di materiali di consumo, corretto utilizzo delle tecnologie all'interno dei cicli produttivi);
- il mantenimento dei livelli di sicurezza e di qualità delle Tecnologie Sanitarie;
- il supporto alle strutture sanitarie nella formazione degli operatori per l'uso delle apparecchiature sanitarie.

Un corretto svolgimento del processo di gestione delle TS, tale da assicurarne l'efficacia e l'efficienza in tutti i settori attraverso i quali si snoda, anche in una prospettiva di *technology assessment*, ha un impatto diretto, rilevante, potenzialmente molto superiore rispetto a quanto mediamente osservato a livello aziendale, sul funzionamento complessivo dei servizi sanitari penitenziari, sia in termini qualitativi che economici.

È per tale ragione che l'azione 2 del presente progetto attiene alla realizzazione del "Piano straordinario di adeguamento e rinnovo delle Tecnologie Sanitarie negli istituti penitenziari"

L'obiettivo generale è quello di assicurare una gestione del parco delle apparecchiature biomedicali che ne favorisca un uso appropriato, sicuro ed economico all'interno della struttura penitenziaria, garantendo le seguenti funzioni:

- adeguata programmazione delle attività di potenziamento, rinnovo-sostituzione e manutenzione delle apparecchiature biomedicali, nel rispetto del *budget* assegnato;
- acquisizione delle apparecchiature, nel rispetto della programmazione, in conformità a requisiti di qualità e di sicurezza del prodotto;
- controlli di accettazione e collaudo, con particolare attenzione alla rispondenza normativa e funzionale della tecnologia in esame e alla corretta e appropriata installazione;
- codifica delle nuove apparecchiature biomedicali, collaborando alla registrazione inventariale, al fine di assicurarne l'identificazione e la tracciabilità nel tempo;
- mantenimento dei livelli di prestazioni e sicurezza mediante la rilevazione del fabbisogno formativo del personale utilizzatore, l'effettuazione delle prove periodiche di funzionalità e di sicurezza e la corretta esecuzione della manutenzione preventiva e correttiva;
- aggiornamento costante dell'inventario aziendale in base alle informazioni rilevate in occasione di interventi tecnici, verifiche di sicurezza, controlli vari, ecc.;
- dismissione delle apparecchiature in base a criteri di opportunità, obsolescenza tecnologica, affidabilità di funzionamento, appropriatezza dell'utilizzo, convenienza economica;
- costante monitoraggio dei costi, al fine di un'efficace ed efficiente programmazione e gestione del parco macchine.

RISULTATI ATTESI ED INDICATORI DI RISULTATO

Durante e alla fine di questo progetto i risultati attesi sono i seguenti:

1. coinvolgimento motivante degli operatori delle UO che partecipano al progetto;
2. miglioramento dell'appropriatezza delle attività svolte e delle prestazioni erogate verificabile con la raccolta campionaria di dati e l'utilizzo di indicatori specifici da utilizzare periodicamente;
3. miglioramento della qualità tecnico-professionale delle prestazioni erogate, grazie all'utilizzo di strumenti operativi adeguati (linee guida, protocolli, standard, etc.) ed al

- potenziamento, rinnovo-sostituzione e manutenzione delle apparecchiature biomedicali, nel rispetto del budget assegnato;
4. incremento della produttività quali/quantitativa valutato periodicamente attraverso l'utilizzo di indicatori specifici;
 5. miglioramento strategico culturale, attraverso l'applicazione di tecniche/strumenti manageriali efficaci ed efficienti da parte dei responsabili delle UO, collegate a un sistema premiante;
 6. incremento dell'attività di formazione specifica;
 7. miglioramento della qualità dei servizi erogati incentrati su percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati, anche attraverso apposite linee guida.

AZIONE 3

Gli interventi richiesti sull'OPG prevedono il trasferimento delle funzioni, delle risorse e del personale, ma al tempo stesso devono contenere una progettualità diversa da quella attuale, in termini organizzativi interni, tecnico-professionali ed organizzativi esterni alla struttura in collegamento con i DSM nazionali. Siffatte progettualità, sebbene già avviate in Regione Campania con esperienze avanzate e di rilievo nazionale, risultano fortemente condizionate negativamente dai vincoli imposti dal piano di rientro. Infatti, se anche gli investimenti necessari alla AA.SS.LL. per la dimissione degli internati di propria competenza territoriale siano adeguati a soddisfare nel lungo periodo tali vincoli, gli stessi impongono spesso in fase iniziale il reperimento di risorse aggiuntive che, nell'attuale fase di trasferimento delle competenze dalla Giustizia, rischia di non essere prontamente realizzabile.

L'obiettivo che qui si intende raggiungere è la riduzione della dimensione degli OPG, sostenendo il precoce, graduale e continuo spostamento del focus della gestione della misura di sicurezza verso strutture e programmi alternativi, attraverso le seguenti azioni:

- a) attivazione, con progetti terapeutico-riabilitativi individuali a favore di internati con misura di sicurezza non ancora scaduta o prorogata per motivi diversi dall'indisponibilità di progetti alternativi all'OPG, di esperienze analoghe a quelle già consolidate nelle tossicodipendenze di "custodia attenuata". Per ogni progetto terapeutico-riabilitativo individuale di "custodia attenuata" della durata prevista di 12 mesi, le ASL sede di OPG usufruiranno, attraverso i propri DSM, di uno specifico finanziamento di € 6000 (seimila).
- b) avvio, per gli internati con misura di sicurezza già prorogata in ragione dell'indisponibilità di alternative all'OPG ("misura di sicurezza condizionata"), di progetti terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione che prevedano la presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale della Campania con programmi territoriali o territoriali-residenziali. Per ogni progetto terapeutico-riabilitativo individuale di dimissione della durata prevista di 12 mesi, le ASL competenti territorialmente per il singolo internato (cioè quelle di residenza alla data del ricovero, ex art. 6, comma 4, Legge 328/2000) usufruiranno, attraverso i propri DSM, di uno specifico finanziamento di € 30000 (trentamila). Nel caso di internati con "misura di sicurezza condizionata" prorogata più di una volta dal Magistrato di Sorveglianza, in mancanza di progetto di dimissione del DSM competente territorialmente, il finanziamento potrà essere assegnato, su richiesta, al DSM sede

di OPG.

I finanziamenti per le predette azioni saranno erogati per il 20% all'atto della richiesta e per l'80% all'avvio del progetto individuale; successivamente, nel caso di progetti che terminano anticipatamente, le risorse assegnate restano vincolate alla specifica tipologia di azione (a,b).

RISULTATI ATTESI ED INDICATORI DI RISULTATO

I dati epidemiologici disponibili documentano come attualmente circa il 70% della popolazione internata in OPG che risulta socialmente pericolosa, e pertanto è oggetto di applicazione della misura di sicurezza, lo è esclusivamente in relazione all'indisponibilità di una adeguata presa in carico territoriale o territoriale-residenziale da parte del DSM competente; spesso tale condizione è determinata dalla mancanza di risorse dirette o indirette da destinare a quel cittadino.

Pertanto, durante e alla fine di questo progetto, i risultati attesi sono i seguenti:

1. a breve-medio termine (3-6 mesi):

- 70% dell'azione: avvio, per gli internati con misura di sicurezza già prorogata in ragione dell'indisponibilità di alternative all'OPG ("misura di sicurezza condizionata"), di progetti terapeutico riabilitativi individuali di dimissione che prevedano la presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale della Campania con programmi territoriali o territoriali-residenziali (indicatore: concessione da parte del Magistrato di Sorveglianza della Licenza Finale di Esperimento);
- 30% dell'azione: attivazione, con progetti individualizzati a favore di internati con misura di sicurezza non ancora scaduta o prorogata per motivi diversi dall'indisponibilità di progetti alternativi all'OPG, di percorsi interni all'OPG caratterizzati da "custodia attenuata" e dal coinvolgimento dei DSM di competenza (indicatore: relazione dell'equipe dell'OPG di avvio del progetto terapeutico-riabilitativo individuale "a custodia attenuata").

2. A medio-lungo termine (18-24 mesi):

- riduzione del 50% della popolazione internata in OPG e di competenza dei DSM della Regione Campania, con aumento della presa in carico territoriale;
- rafforzamento della componente terapeutico-riabilitativa delle attività interne agli OPG regionali, con sua prevalenza sulle attività di custodia.

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 complessivo di Euro 10.438.693,74 così suddiviso:

- **€ 500.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 1;**
- **€ 7.022.693,74 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 2;**
- **€ 2.916.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 3.**

All. B

FONDI AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 34 E 34BIS DELLA LEGGE 662/96 PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI di CARATTERE PRIORITARIO e di RILIEVO NAZIONALE del PIANO SANITARIO 2006-08

Titolo del Progetto:

Razionalizzazione delle Attività di Prevenzione e Cura dei Danni da Infezione Perinatale

Linea progettuale 1 - Garanzia LEA

Durata triennale

Referente del Progetto: Regione Campania

Importo: € 1.500.000 (500.000 annui)

Legislazione di merito sulle Infezioni Verticalmente trasmesse.

L'emanazione dei Decreti cosiddetti a Tutela della Maternità (GU 13.4.1995, Serie generale N° 87, p17- 19; GU 20.10.1998, Serie generale N 245, p 24- 29, richiamati dal recente DPCM 29.11.2001 sui LEA, Allegato 1, p18) intendeva superare sull'intero territorio nazionale potenziali iniquità sociali e geografiche nell'accesso ai test per le infezioni verticalmente trasmissibili maggiori in termini di impatto (toxoplasmosi congenita, rosolia congenita, HIV e/o HCV perinatale, sifilide congenita) e prevenibili nei Paesi sviluppati, attraverso l'esenzione dalla partecipazione alla spesa. Il testing in occasione della gravidanza veniva inoltre considerato una garanzia di preservazione della salute nella popolazione generale. Infatti, non solo le infezioni congenite causano danno neurosensoriale nell'infanzia, ma producono malattie croniche debilitanti nell'adulto. Inoltre, la positività ai test sierologici per HIV, sifilide e HCV rappresenta una occasione di riconoscimento e terapia di infezioni sessualmente trasmissibili che, pur causa di patologia cronica invalidante nonché potenzialmente mortale, facilmente sfuggono ai sistemi di sorveglianza (SIMI) e intervento del SSN. L'estensione dell'accesso gratuito ai test alla popolazione immigrata anche non regolare, attraverso il codice STP, ha rappresentato una ulteriore opportunità di salvaguardia della salute individuale e collettiva, tenuto conto che spesso questi soggetti provengono da aree ad elevata endemia.

Un intervento di questa portata, in termini di costi e finalità, richiede necessariamente di essere tarato sugli obiettivi e la taratura può effettuarsi solo sugli scenari.

Scenario delle Infezioni Verticalmente Trasmesse

A livello nazionale, il potenziale beneficio conseguente globalmente ai Decreti a Tutela della Maternità non è oggetto di monitoraggio specifico, eccezione fatta per la rosolia in gravidanza e congenita. Qualche esperienza italiana Hospital- based, in situazioni di “eccellenza”, è stata pubblicata in merito a toxoplasmosi, CMV e sifilide congenita, ma le conoscenze su impatto della malattia e efficacia delle pratiche di cura sono ancora insufficienti. A dimostrazione di ciò, l’EFSA (Agenzia Europea per la sicurezza degli alimenti), in una nota del 2007 ha invitato i Paesi membri alla raccolta di informazioni sull’impatto della toxoplasmosi sull’uomo e sulle carni per alimentazione umana. USA ed EU promuovono interventi di prevenzione (e sorveglianza) su sifilide congenita e HIV perinatale. L’analisi della letteratura lascia l’impressione di livelli organizzativi e criteri valutativi d’efficacia quanto minimo disomogenei, se non inadeguati alle necessità.

In Regione Campania, grazie alla storica collaborazione tra OER e Dipartimento di Pediatria dell’Università Federico II, e all’inserimento del Settore Infezioni Perinatali dello stesso Dipartimento nella rete dei maggiori centri europei per la prevenzione, il monitoraggio e il management delle infezioni perinatali, è noto l’impatto iniziale della maggior parte delle infezioni oggetto di testing prenatale gratuito attraverso studi di popolazione (sieroprevalenza) e la diffusione (e caratteristiche) del testing prenatale.

Inoltre, a partire dal 1997 è stato implementato un “Registro Infezioni Perinatali” (DGR 10788 del 31.12.1996 di approvazione, note ASSRC N° 10650 del 15.7.96 e N° 1183 del 3.2.97 di finanziamento) impostato come studio di coorte aperto sui neonati la cui madre ha ricevuto diagnosi presuntiva o definita di infezione verticalmente trasmissibile. Il “Registro Infezioni Perinatali” valuta l’impatto nella nostra Regione di toxoplasmosi congenita, HIV e HCV perinatale, rosolia congenita e sifilide congenita (oggetto di testing prenatale gratuito), ma anche di CMV congenito e varicella congenita (non oggetto di LEA), limitatamente alle sequelae (prospetticamente). Inoltre, verifica periodicamente facilità d’accesso al test prenatale e efficacia del management prenatale. La precisione di queste determinazioni (posta la necessità di campionature larghe) è accresciuta dall’inserimento della coorte campana in studi collaborativi multicentrici europei. La appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura e un livello della care settato su stampi internazionali ne risultano così certificati.

La copertura territoriale del Registro (limitatamente alle coorti di toxoplasmosi, HIV, rosolia e sifilide congenita) è assicurata attraverso l'istituzione, a partire dal 1998, di una Rete di Punti Nascita (onlus- RePuNaRC, iscritta nell'elenco ricognitivo O.N.L.U.S. a carattere sanitario e socio-sanitario, con Decreto Regionale del 26.11.2002 - Prot. N° 15686). Su progetti ad hoc, la RePuNaRC ha assunto compiti di sorveglianza attiva su diffusione del testing prenatale e prevalenza di gravidanze complicate da infezione verticalmente trasmissibile, mantenendo coperture > 89% della natalità regionale.

Misure di Esaustività ed Efficacia della Care: le Azioni da intraprendere

In 2 occasioni (anno 2002 e anno 2005) e a 2 livelli territoriali, regionale e ambito ASL Na4, si è messo in evidenza che la pratica del test prenatale non è universale, raggiungendo meno di 80% delle donne che partoriscono in caso di toxoplasmosi, rosolia e HBs Ag positività, e valori minimi di 47% e 37%, rispettivamente, in caso di HIV e sifilide. L'accesso al test resta iniquo, in quanto appare facilitato da un più alto livello di scolarità e dalla disponibilità di un salario proprio.

L'analisi dei trend temporali di esposizione (gravidanze complicate da sospetta o accertata infezione trasmissibile al feto) e di infezione congenita mostra che restano da sciogliere molti nodi complessi: 1. Corretta tempistica dei controlli sierologici in gravidanza e interpretazione dei risultati; 2. Accesso facilitato a test di conferma, per un impiego adeguato e tempestivo; 3. Definizione dei criteri e modalità di accesso alla diagnosi fetale; 4. Accesso a interventi di prevenzione primaria; 5. Accesso facilitato e gratuito ai farmaci appropriati (spesso presidi disponibili solo come preparazione galenica e/o per uso pietoso); 6. Pronta e adeguata prevenzione delle infezioni diffusibili; 6. Farmacovigilanza sui side-effects; 7. Accesso facilitato a protesi, tutori e pratiche riabilitative.

Nuove conoscenze su prevenzione, diagnosi e terapia e timore di contese di natura legale mantengono una crescente domanda di salute per le infezioni perinatali (anche quelle non inserite nei LEA) causa primaria di danno neurosensoriale e, attraverso questo, un carico clinico per il management a lungo termine in continuo aumento. Inoltre, mutati scenari epidemiologici conseguenti a recenti interventi di salute collettiva (per esempio, Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita) e al massivo flusso immigratorio da Paesi dell'Est Europeo, caratterizzati da elevata endemia per sifilide e HIV, pongono nuove istanze di salute.

Ci si trova, in sostanza, nella necessità di razionalizzare l'intero sistema di prevenzione e cura delle infezioni perinatali, decentrando parte delle attività di sorveglianza e prevenzione secondaria e terziaria, e concentrando coordinamento delle attività e critici aspetti del management in strutture

idonee per elevato indice di “experience and expertise multidisciplinare”, oltre che per sussistenza in loco di strumenti di diagnosi e terapia a elevata tecnologia. Questo può essere attuato solo attraverso la costituzione di Reti operanti a livelli diversi, coordinate da un Centro di Coordinamento, in cui si concentrano anche le attività assistenziali più complesse.

Il modello proposto di seguito può rappresentare sia un modello d'intervento esportabile in altre Regioni che un modello pilota su cui avviare una spirale di aggiustamenti.

Il Centro di Coordinamento Regionale per le Infezioni Perinatali assume i seguenti compiti:

- a) In concerto con l'OER mantiene il flusso informativo sui casi di esposizione e infezione congenita, a livello regionale o sovra-regionale, gestendo il Registro Regionale Infezioni Perinatali
- b) Mantiene il flusso di informazioni con gli altri Centri nazionali e Europei per il management e la sorveglianza sulle infezioni perinatali
- c) Mantiene una sorveglianza attiva sugli Eventi Avversi e su infezioni congenite emergenti o risorgenti, provvedendo tempestivamente a informarne l'OER
- d) Pianifica l'integrazione delle attività sanitarie specifiche con altre già esistenti in regione per le malattie croniche e di organo e delle attività di supporto sociale e psicologico, al fine di salvare risorse
- e) Elabora percorsi per l'acquisizione da parte del malato e dei presidi ospedalieri di farmaci off-label e/o di preparazioni galeniche
- f) (Avvia, ove necessario, Family Team, che assicurino la presa in carico totale delle famiglie a rischio, provvedendo per ciascun componente ai suoi bisogni specifici)
- g) Mette a punto e aggiorna periodicamente percorsi di diagnosi e terapia e alberi decisionali, che includano il trattamento degli eventi avversi e delle complicazioni e siano concordati con le Reti operative coinvolte in tutte le ASL
- h) Elabora e realizza un Piano di Formazione Continua per personale medico e non dei presidi ospedalieri e per pediatri di famiglia, incentrato su: 1. prevenzione primaria; 2. trattamento delle complicanze acute e degli eventi avversi (EA); 3. sostegno della compliance a controlli e trattamento; 4. salvataggio delle risorse.

- i) Mantiene un debito formativo e informativo (ritorno di informazioni) con le Reti assistenziali
- j) Coinvolge nel processo formativo e di sorveglianza strutture diverse da quelle neonatologiche e pediatriche, in cui possono trovarsi pazienti affetti da infezione perinatale (conosciuta o misconosciuta): cardiocirurgie, neurochirurgie, oftalmologie, audiologie pediatriche
- k) Opera attività di consulenza e supporto clinico ai medici del Servizio Sanitario Regionale in ordine alle infezioni verticalmente trasmissibili, alla disponibilità di test per la diagnosi e di farmaci appropriati, alle situazioni di rischio clinico e farmacologico; interviene nel governo degli eventi non previsti
- l) Interviene nel processo (anche mediante supporti) di informazione all'utenza e alla popolazione in merito a prevenzione, identificazione e trattamento della malattia verticalmente acquisita e sue complicanze
- m) Interviene nella pianificazione e organizzazione di interventi riabilitativi e di sostegno scolastico e psicologico (di concerto con OER, presidi locali, e professionalità specifiche)
- n) Pianifica e collabora alla realizzazione delle Reti per un intervento integrato, articolato per livelli, contro le Infezioni Perinatali

Le Reti per la Prevenzione dei Danni da Infezioni Perinatali sono le seguenti:

1. Rete dei Punti Nascita, con compiti di:

- a. Raccolta di informazioni ad hoc sul periodo della gestazione (risultati e tempistica dei test eseguiti in gravidanza, di eventuali trattamenti di prevenzione secondaria, esecuzione e risultato della diagnosi fetale) e sull'evento parto (tipo e modalità del parto, specie in HIV e HCV positive madri, terapie intra-partum etc);
- b. Definizione del rischio di acquisizione e dei livelli attesi di gravità clinica nel neonato da donna con diagnosi presunta o dimostrata di infezione verticalmente trasmissibile (anche mediante ricorso a coinvolgimento telematico della struttura di riferimento);

- c. Riferimento del nuovo nato per il piano di follow- up e trattamento alla struttura più idonea per livello di cure erogabile.
- d. Recupero alla diagnosi (e trattamento) di nati da donna inconsapevolmente sieropositiva o consapevole, ma impropriamente trattata in gravidanza (prevenzione secondaria);

2. Rete delle TIN, con compiti di:

- a. Conferma della situazione di rischio e diagnosi di infezione congenita a esordio presumibilmente moderato o severo;
- b. Definizione accurata della gravità di esordio (e attraverso questa, dell'eleggibilità al trattamento e dell'opzione di trattamento più appropriata), con particolare riferimento a infezioni non oggetto di LEA, e pertanto, più frequentemente misconosciute e associate a prematurità e basso peso (CMV congenito);
- c. Impianto della terapia (anche mediante ricorso a coinvolgimento telematico della struttura di riferimento);
- d. Recupero alla diagnosi (e trattamento) di nati da donna inconsapevolmente sieropositiva o consapevole, ma impropriamente trattata in gravidanza (prevenzione secondaria);

3. Rete Territoriale dei Presidi Ospedalieri (strutture di pediatria, cardiologia, neurologia, neurochirurgia e cardiocirurgia, oftalmologia, audiologia) e dei pediatri di famiglia con accreditata gestionalità specifica (anche attraverso stage presso il Centro Coordinatore), con compiti di:

- a. Co- management ordinario: sorveglianza e sostegno alla compliance, aggiustamenti posologici e della scheda di controlli (in caso di patologie intercorrenti)
- b. Sorveglianza- Prevenzione- Management sui side- effects della terapia;
- c. Sorveglianza sull'insorgenza di complicazioni (anche con il coinvolgimento telematico della struttura di riferimento);

- d. Sorveglianza sull'insorgenza acutamente manifesta di sequelae
- e. Prevenzione- Limitazione dell'effetto "serbatoio" delle infezioni congenite subcliniche o non evolutive)

OBIETTIVI E AZIONI

- a. Attivazione del Centro di Coordinamento Regionale per le Infezioni Perinatali presso il Dipartimento di Pediatria dell'A.O.U. "Federico II" (reclutamento e addestramento di personale dedicato con competenze varie, e organizzazione delle infrastrutture necessarie, quali sede, linee telefoniche, fax, etc.)
- b. Contatto con il Responsabile della farmacovigilanza in Regione Campania per modifiche ad hoc della scheda di sorveglianza attiva sugli Eventi Avversi e sulle modalità con cui avviare la sorveglianza su farmaci galenici o per uso pietoso
- c. Contatto con Centri per il management di infezioni (verticalmente trasmissibili) causa di malattia cronica degenerativa (Epatiti croniche da HCV, HIV, con sifilide), per l'affidamento dopo il parto delle madri e dei loro partner e la gestione delle esenzioni
- d. Contatto con associazioni di malati e di volontariato per il supporto alle famiglie
- e. All'inizio e alla fine del progetto convoca i rappresentanti delle Reti operative coinvolte in tutte le ASL per presentare e discutere i percorsi di diagnosi e terapia. Nell'incontro si concorderanno sistemi di collegamento per consulenza e supporto
- f. Ogni anno realizza un Piano di Formazione Continua con: 1. lezioni frontali su nuove conoscenze in merito a prevenzione, diagnosi e terapia; 2. discussione di casi clinici e situazioni emblematiche (presentate da Reti, Pediatri di famiglia e Centro coordinatore); 3. Proposta e discussione di interventi di razionalizzazione delle pratiche e risparmio di risorse; 4. Staging del personale presso il centro coordinatore.
- g. Due volte l'anno assolve al debito informativo per le Reti assistenziali e le altre strutture non pediatrico- neonatologiche su diagnosi definitiva, piano di trattamento ed esiti dello stesso sui pazienti riferiti

- h. Prepara e conviene con rappresentanti delle Reti materiale informativo per l'utenza in merito a percorsi specifici di diagnosi e cura
- i. Progetta e attiva un portale regionale sulle infezioni perinatali, collegato con un numero verde dedicato, che fornisca informazioni su:
- presidi di riferimento regionale per la prevenzione, diagnosi e cura delle infezioni perinatali e dei loro esiti;
 - associazioni di pazienti e famiglie a sede regionale, nazionale o internazionale;
 - iniziative di aggiornamento per personale sanitario;
 - aggiornamenti per i cittadini su esenzioni dal contributo alla spesa per indagini diagnostiche e farmaci per le infezioni perinatali;
 - link con siti Internet nazionali e internazionali dedicati alle infezioni perinatali.

PIANO FINANZIARIO

Il finanziamento disponibile dovrebbe essere destinato a:

- A. **A.O.U. Federico II** per attivazione, avvio e gestione del Centro di Coordinamento.
- B. **Assessorato alla Sanità, aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali** per la costituzione di equipe per la sorveglianza, la diagnosi e il trattamento di pazienti non riferibili temporaneamente e stabilmente al centro di coordinamento, il sostegno (anche psicologico) del piano di management, la sorveglianza su EA e complicanze acute, la realizzazione del collegamento tra le strutture delle Reti.
- C. **Assessorato alla Sanità** per progettazione e attivazione di un portale regionale sulle infezioni perinatali
- D. **Aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali** per la costituzione di équipe per la riabilitazione e per il sostegno psicologico dei pazienti, secondo il tipo di patologia e una programmazione su base regionale.

All. C

**FONDI AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 34 E 34BIS DELLA LEGGE 662/96 PER LA
REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO
NAZIONALE DEL PIANO SANITARIO 2006-08**

Titolo del Progetto: Implementazione della rete delle malattie rare

Linea progettuale 1-Garanzia LEA

Durata triennale

Referente del Progetto: Regione Campania

Importo: € 1.500.000,00

La Giunta della Regione Campania ha individuato fin dal 2005, con deliberazione N. 1362 del 21 ottobre 2005, i presidi regionali per l'assistenza ai soggetti con malattie rare, come disposto dal DM n. 279 del 18 maggio 2001.

Resta tuttavia da attuare la costituzione di una vera rete per la tutela della salute di questi soggetti, non solo per la diagnosi, ma soprattutto per la presa in carico e il follow-up. Questo richiede da un lato un coordinamento dei presidi che si occupano della stessa patologia e dall'altro un'integrazione, di tipo sia sanitaria che sociale, con il sistema sanitario regionale nel suo complesso, che deve includere i presidi ospedalieri di tutte le ASL (oltre l'ASL NA1, che è già inserita nella rete costituita dalle aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie della regione) nonché i servizi presenti sul territorio, col coinvolgimento fondamentale dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia.

La Giunta Regionale con delibera N. 2109 del 31/12/2008 ha istituito presso il Dipartimento di Pediatria dell'A.O.U. "Federico II" il Centro di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare a cui si affidano i seguenti compiti:

- a) la gestione del Registro Regionale o interregionale delle malattie rare in raccordo tecnico-funzionale con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, con i compiti di monitorare l'attività svolta in sede regionale e di attivare il flusso informativo verso il Registro Nazionale;
- b) lo scambio delle informazioni e della documentazione sulle malattie rare con gli altri Centri regionali o interregionali e con gli organismi internazionali competenti;
- c) il coordinamento dei Presidi della rete regionale delle Malattie rare, al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia, qualora esistente, anche mediante l'adozione di specifici protocolli concordati;
- d) la consulenza ed il supporto ai medici del Servizio Sanitario Regionale in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci appropriati per il loro trattamento;
- e) la collaborazione alle attività formative degli operatori sanitari e del volontariato ed alle iniziative preventive;
- f) l'informazione ai cittadini ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci.

La rete regionale per le malattie rare nel prossimo triennio deve essere potenziata anche per sviluppare azioni che migliorino le cure ai pazienti, ancora di difficile accesso, sia per le terapie farmacologiche, spesso realizzabili con farmaci “orfani” non facilmente reperibili, sia anche per gli interventi riabilitativi e di sostegno psicologico.

OBIETTIVI E AZIONI

A. Implementazione della Rete Regionale per le Malattie Rare

1. Scambio delle informazioni e della documentazione sulle malattie rare con gli altri Centri regionali o interregionali e con gli organismi internazionali competenti.

Si formalizzeranno rapporti con altri Centri regionali o interregionali, già attuati con la partecipazione al Tavolo tecnico sulle malattie rare della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, per scambi di informazioni e documentazione. Analoga azione sarà messa in atto nei confronti di organismi internazionali.

2. Coordinamento dei Presidi della rete regionale delle Malattie rare.

Allo scopo di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia o presa in carico, saranno organizzati gruppi di lavoro col personale esperto dei vari presidi della rete, per definire raccomandazioni e percorsi diagnostico-terapeutici per specifiche patologie o gruppi di patologie.

3. Consulenza e supporto ai medici del Servizio Sanitario Regionale.

Si creerà un collegamento tramite telefono, fax, sito web (vedi appresso) con i medici della regione e più in generale col personale del Servizio Sanitario Regionale per offrire informazioni e consulenze.

4. Collaborazione alle attività formative degli operatori sanitari e del volontariato ed alle iniziative preventive.

Nel campo delle malattie rare il Centro di Coordinamento parteciperà alle attività di formazione del personale sanitario, creerà contatti con le associazioni di malati e di volontariato e collaborerà a iniziative di prevenzione nel settore della patologia rara.

5. Informazione ai cittadini ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci

Il Centro di Coordinamento collaborerà al portale sulle malattie rare e alle iniziative di informazione della popolazione, anche in collegamento con le associazioni di famiglie e di volontariato, soprattutto per quanto riguarda le risorse della rete assistenziale e l'accesso a terapie “orfane”.

B. Creazione di una infrastruttura regionale per la gestione informatizzata dei servizi legati alle malattie rare.

1. Progettazione di una rete informatizzata di collegamento tra presidi, uffici territoriali, farmacie comunali.

2. Realizzazione graduale della rete, finalizzata primariamente al flusso informativo dalla periferia al centro dei dati epidemiologici e alla gestione delle esenzioni e della erogazione dei farmaci “orfani” con monitoraggio della spesa.

C. Progettazione e attivazione di un portale regionale sulle malattie rare, collegato con un numero verde dedicato, che fornisca informazioni su:

- presidi di riferimento regionale per la diagnosi e cura delle malattie rare di cui al DM 279/2001;
- associazioni di pazienti e famiglie a sede regionale, nazionale o internazionale;
- iniziative di aggiornamento per personale sanitario;
- aggiornamenti per i cittadini relativamente a specifiche malattie rare e a programmi regionali sulle malattie rare;
- link con siti Internet nazionali e internazionali dedicati alle malattie rare.

D. Integrazione delle competenze ospedale-territorio per garantire un approccio multidisciplinare sulla base del modello biopsicosociale

Soprattutto per le situazioni più complesse saranno messi a punto protocolli per il follow-up che tengano conto non solo degli aspetti terapeutici specifici, ma anche di appropriati interventi riabilitativi nelle patologie con disabilità. Si porrà inoltre particolare attenzione al supporto psicologico dei pazienti, che quasi sempre soffrono non solo per i problemi fisici legati alla malattia, ma anche per i disagi psicologici causati dalla scarsa conoscenza della patologia rara da parte della società o addirittura della classe medica, con la conseguenza di una sensazione di isolamento e di incomprensione.

PIANO FINANZIARIO

Il finanziamento disponibile dovrebbe essere destinato a:

- A. **A.O.U. Federico II** quale contributo regionale al Centro di Coordinamento per le malattie rare.
- B. **Assessorato alla Sanità, aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali** per progettazione e realizzazione di un collegamento informatizzato tra le strutture che partecipano alla rete dell'assistenza delle malattie rare.
- C. **Assessorato alla Sanità** per progettazione e attivazione di un portale regionale sulle malattie rare.
- D. **Aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali** per la costituzione di équipe per la riabilitazione e per il sostegno psicologico dei pazienti, secondo il tipo di patologia e una programmazione su base regionale.

All. D

Assessorato alla Sanità Coordinamento Area Assistenza Sanitaria

Scheda di Progetto Cure primarie – Linea di intervento 2

REFERENTE AMMINISTRATIVO E PROGETTUALE:

SETTORE FASCE DEBOLI

Centro Direzionale is.C/3

80143-Napoli

Tel.0817969201-fax 0817969383

RETE DELLE CURE DOMICILIARI AGLI ANZIANI FRAGILI E PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER E/O PATOLOGIE CRONICO-DEGENERATIVE

DURATA

12 mesi

Importo Euro

€ 22.101.076,78

LOCALIZZAZIONE:

Aziende Sanitarie della Regione Campania

DESTINATARI: Anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico-degenerative

CONTENUTI

L'invecchiamento della popolazione influenza l'emergere sempre più frequente di problematiche a carattere socio-sanitario quale l'aumento delle malattie ad andamento cronico-degenerativo.

In tale prospettiva è fisiologico un ulteriore aumento della domanda di servizi di assistenza territoriale. Il territorio, quindi, sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari, deve essere pronto per portare a compimento la realizzazione di modelli organizzativi per le cure primarie.

Ma nonostante i principi ispiratori della normativa in vigore siano tesi a potenziare le cure di primo livello attraverso la valorizzazione del ruolo del territorio e la realizzazione di modelli organizzativi per le cure primarie, nella nostra regione, che presenta una realtà disomogena, mancano ancora oggi forme stabili di integrazione sociosanitaria indispensabili per garantire, nel rispetto dei principi dell'universalità, dell'uniformità e della gratuità di accesso a prestazioni appropriate, risposte globali e flessibili ai bisogni complessi del cittadino e della sua famiglia nell'ambito di un percorso di **continuità assistenziale programmata**.

OBIETTIVI E RISULTATI

L'obiettivo principale è favorire la rete integrata di presa in carico del soggetto anziano e non anziano non autosufficiente.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti la Regione Campania intende:

1. potenziare gli **interventi di tipo domiciliare** in continuità con gli indirizzi emanati per le progettualità a valere sui fondi CIPE delle annualità 2002 e 2003, ponendo particolare attenzione a:

a) interventi di assistenza domiciliare agli anziani e ai soggetti non autosufficienti anche in collaborazione con i comuni, ADI, prevedendo anche il potenziamento delle U.V.I..

b) costituzione rete territoriale competente per le piaghe da decubito e ulcere di varia natura, e per la nutrizione clinica (interventi a domicilio per la nutrizione enterale e parenterale) anche con il coinvolgimento delle UU.OO. Ospedaliere, l'addestramento del personale all'uso appropriato di sistemi e materiali sofisticati.

c) attività di tipo semiresidenziale per anziani e Alzheimer, quale sostegno alla domiciliarità e sostegno alle famiglie nella gestione di cura, anche in integrazione con gli enti locali e le associazioni dei familiari

2. sperimentare le potenzialità di una gestione condivisa di pazienti ad alto rischio di fragilità al fine di:

a) Favorire l'integrazione tra il gruppo di MMG ed il gruppo dei Medici di continuità assistenziale che operano in un medesimo distretto;

b) Ridurre il numero di accessi impropri al servizio di Emergenza/Urgenza.

c) Assicurare una efficace continuità assistenziale nelle ore diurne e notturne in tutti i giorni della settimana.

d) Gestire gli interventi in modo non parcellare

e) Individuare precocemente situazioni di crisi che possono condurre il paziente in situazioni di pericolo.

f) Lasciare il paziente in un contesto familiare per lui rassicurante.

g) Elaborare un sistema di indicatori di qualità dell'assistenza territoriale

I risultati attesi sono pertanto così elencati:

- riduzione ricorso al ricovero inappropriato ;
- miglioramento dello stato funzionale (fisico, cognitivo ed affettivo);
- riduzione della spesa sanitaria;
- riduzione della istituzionalizzazione ;
- riduzione della comparsa di stress psicofisico nel caregiver ;
- riduzione spesa sanitaria con una significativa riduzione di posti letto ospedalieri per acuti lungodegenti

INDICATORI:

- Numero pazienti in ADI nell'anno solare
- Numero di giorni di assistenza domiciliare
- Utenti in lista di attesa
- Numero assistiti in ADP
- Numero interventi di tipo domiciliare, suddivisi per tipologia e per profilo di utenza
- Numero accordi specifici per l'integrazione socio-sanitaria/rete delle cure domiciliari tra AA.SS.LL. e ambiti territoriali
- Esistenza di accordi con le associazioni di volontariato
- NUMERO PUAT /UVI/PAI
- Esistenza di schede di dimissioni protette
- Numero pazienti assistiti ADI ricoverati in ospedale per patologie croniche, esclusi i ricoveri per eventi acuti, interventi chirurgici, emergenze cliniche /numero assistiti ADI.

All. E

AZIONI:RETE DI ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI IN ETA' ADULTA E MINORI E ASSISTENZA DOMICILIARE AI PAZIENTI ONCOLOGICI (SUB-OBIETTIVO CURE PRIMARIE)

DURATA

12 mesi

Importo Euro

€ 10.368.429,44

LOCALIZZAZIONE:

Aziende Sanitarie della Regione Campania

DESTINATARI

-Pazienti affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e, a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile né appropriata, con una aspettativa di vita di norma valutata in sei mesi. (D.G.R.C.4408/2001."Programma regionale per la realizzazione di strutture palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali").

Si intendono quindi ricompresi in questo target anche i pazienti oncologici in fase terminale e i pazienti di fascia pediatrica.

-Inoltre per garantire una continuità di assistenza, s'intende finanziare quota parte con questa azione anche l'assistenza domiciliare oncologica ai pazienti oncologici con riferimento alle linee guida regionali ex D.G.R.C. n.1098/2007 .

La progettazione di tale tipologia di assistenza va collocata all'interno del complessivo sistema di rete delle cure domiciliari, pertanto dovrà essere utilizzata la rete esistente, da potenziare in quei contesti in cui risulta poco sviluppata.(D.G.R.C.1098/2007).

CONTENUTI

L'Ambito d'intervento è costituito dalle Aziende Sanitarie Locali del territorio della Regione Campania dove sono presenti persone affette da malattie progressive in fase terminale e pazienti oncologici.

L'assistenza ai malati terminali nonché ai pazienti oncologici, deve garantire continuità assistenziale e fornire una risposta concreta ai problemi clinici, psicologici, sociali e culturali propri della fase finale della vita. In particolare si propone di individuare un "continuum clinico assistenziale" che segua il paziente in tutti i luoghi di cura, e che, di volta in volta, garantisca l'assistenza necessaria nelle diverse fasi cliniche della malattia, facendo considerare l'ospedale, l'hospice e l'assistenza domiciliare aspetti e momenti diversi di un'unica risposta concreta per affrontare in modo competente ed umano i problemi di tali pazienti e delle loro famiglie.

OBIETTIVI E RISULTATI

L'obiettivo principale è garantire un'omogeneità sul territorio regionale della rete per le cure palliative e per l'assistenza domiciliare oncologica attraverso un'integrazione dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari, socio-sanitari e sociali che consenta la presa in carico globale del paziente attraverso un percorso di tutela della salute e dell'assistenza.

In particolare, per l'assistenza domiciliare oncologica, che si avvale di linee guida specifiche e di una linea di finanziamento dedicata con Fondi Sanitari anno 2007 -ex D.G.R.C. 1613/2008, si è ritenuto opportuno inserirla in questo subobiettivo per dare impulso a questa attività prima dell'attivazione della linea di finanziamento.

Gli obiettivi specifici sono:

- Migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare, attraverso la creazione e/o potenziamento, nel caso siano già esistenti, di protocolli d'intesa tra strutture del sistema sanitario nazionale che insistano su territorio di ASL differenti;
- Potenziare, sin dalla prima fase di avvio, i servizi regionali, già realizzati o in fase di realizzazione (centri residenziali di cure palliative-Hospice, posti letto dedicati, ambulatorio, interventi domiciliari e day hospital), dedicati al miglioramento dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, forniti alle persone che affrontano la fase terminale di una malattia inguaribile;
- Favorire la continuità terapeutica in una prospettiva di uno stretto legame tra l'assistenza in regime di degenza e l'assistenza domiciliare (dimissione protetta);
- Diffondere la metodologia del progetto personalizzato e della figura del responsabile del caso;
- Favorire gli standard formativi più adeguati per gli operatori dedicati;
- Introdurre strumenti e metodologie che facilitino l'analisi globale dei bisogni di pazienti e familiari

AZIONI:

- attivare una rete, per l'erogazione di cure palliative specialistiche a domicilio e non, di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari, socio-sanitari e sociali, anche al fine di garantire omogeneità sul territorio, tra Medici di Medicina Generale, nella rete della continuità assistenziale, nei servizi territoriali per l'assistenza domiciliare;
- istituire almeno una Unità Cure Palliative specialistica presso ciascuna Asl, anche al fine di garantire omogeneità sul territorio regionale, con posti letto dedicati;
- garantire la continuità delle cure sulle ventiquattro ore e per 365 giorni l'anno al domicilio e presso ciascun centro residenziale di Cure Palliative – hospice;
- sostenere le organizzazioni non profit attive nel settore dell'aiuto ai Malati terminali, in particolare le Associazioni di volontariato;
- individuare, sia a livello base che a livello specialistico, percorsi formativi, ivi compresa la definizione di modelli comunicativi miranti ad ottenere sia un'assistenza qualificata sia una forte consapevolezza della globalità delle cure palliative e oncologiche;
- Introdurre strumenti e metodologie che facilitino l'analisi globale dei bisogni di pazienti e familiari.

In ogni caso, per le azioni specifiche relative alla rete di assistenza ai malati terminali si rinvia al documento complessivo tecnico definito Linee Guida di cui alla richiamata D.G.R.C.4408/2001,

mentre per l'assistenza domiciliare oncologica, si rinvia alle già citate linee guida della citata D.G.R.C. 1098/2007).

I risultati attesi al termine del progetto sono:

- Riorganizzare la rete assistenziale territoriale,
- Potenziare il sistema di offerta di cure domiciliare;
- Organizzare la continuità assistenziale, interna all'offerta distrettuale, tra distretto e strutture residenziali e semiresidenziali e tra distretto e ospedale;
- Potenziare la formazione.

INDICATORI

Gli indicatori che consentono la misurazione dei risultati attesi sono:

1. numero degli utenti che hanno accesso alle prestazioni e ai servizi;
2. numero dei progetti personalizzati predisposti con la definizione del case manager, e in sede di UVI (ove necessario);
3. numeri di protocolli d'intesa sottoscritti tra Aziende Sanitarie;
4. numero dei posti letto dedicati (c/o hospice e c/o unità di degenza ospedaliera);
5. numero degli operatori formati e report sull'aggiornamento;
6. applicazione di appositi indicatori miranti a valutare la diminuzione del disagio globale del malato terminale curato a domicilio
7. protocolli d'intesa per il raccordo fra le U.O. di Cure palliative e Unità di Cure domiciliari, anche oncologiche.

All. F

AZIONE: 4-GOVERNO REGIONALE DELLA RETE DI ASSISTENZA DELLE CURE DOMICILIARI

DURATA

24 mesi

IMPORTO

€ 2.305.067,15

LOCALIZZAZIONE:

Regione Campania intero territorio

CONTENUTI

Nella costruzione del sistema di servizi di cura domiciliare i seguenti elementi costituiscono gli elementi strategici per l'attivazione del servizio e pertanto essi percorrono in modo trasversale le progettualità e ne costituiscono la premessa imprescindibile delle singole azioni da progettare e pianificare :

- Creazione di un sistema integrato ed unitario per l'accesso ai servizi
- Istituzione della U.V.I. con personale di AA.SS.LL. e Enti Locali
- Redazione di strumenti condivisi per la valutazione in accesso, in itinere, ex post per la stesura del Progetto personalizzato e per la valutazione in itinere anche a carattere multidisciplinare

Pertanto, al fine di garantire la coerenza e l'appropriatezza delle azioni programmate a livello territoriale, si rende necessario definire una modalità univoca di definizione e emanazione di linee di indirizzo dell'intero processo di riorganizzazione del sistema delle cure primarie e della rete domiciliare di assistenza.

Dalla lettura dei dati in nostro possesso emerge sia una disomogenea applicazione delle disposizioni della regione campania, sia la mancanza se non assenza in alcuni contesti di attività di monitoraggio e raccordo a livello distrettuale delle cure primarie.

Si evidenzia che a livello regionale si mira a favorire azioni di qualificazione del sistema di erogazione delle prestazioni e di verifica dell'appropriatezza delle stesse che spesso non trova corrispondenza a livello distrettuale in attività di monitoraggio e verifica delle attività distrettuali

Ciò compromette la creazione di una rete dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari mancando una azione sinergica fra i vari livelli del governo della sistema sanitario regionale.

OBIETTIVI E RISULTATI

Creare innanzitutto un sistema di raccordo fra i livelli di programmazione, erogazione e monitoraggio ex ante, in itinere ed ex post delle prestazioni e dei servizi deve costituire l'obiettivo di un'azione che si può definire "Costituzione di una struttura tecnica di supporto e monitoraggio", con l'ulteriore compito di raccordo con i preesistenti organismi tecnici deputati al monitoraggio e alla valutazione dei progetti e degli interventi di tipo sociosanitario.

Inoltre è strategico far ricadere in questa azione il sostegno e/o sviluppo di progetti sperimentali a valenza regionale- che contengano elementi innovativi in termini di presa in carico ed organizzazione e gestione dei servizi.

Inoltre, particolare rilievo assume l'attività di raccordo con quanto previsto dal Piano di Azione relativo agli Obiettivi di Servizio, ovvero al documento di programmazione regionale, previsto dal Quadro Strategico Nazionale 2007-2013, per l'utilizzo delle risorse regionali ordinarie e non da utilizzare per l'incremento di alcuni servizi alle persone.

Anche l'Assessorato alla Sanità, congiuntamente con l'Assessorato alle Politiche Sociali, ha il compito di programmare le proprie azioni al fine di concorrere al raggiungimento dell'obiettivo "Aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro", nella fattispecie l'obiettivo specifico è di *incrementare i servizi di assistenza domiciliare agli anziani ultrasessantacinquenni*(*Indicatore S06*).

Nello specifico, l'azione di raccordo si sostanzia sia nel sostegno ad azioni progettuali a valenza regionale che promuovano modelli innovativi in linea con la programmazione regionale in materia di obiettivi di servizio, sia nell'attività di promozione di azioni a regia regionale per presidiare questa specifica attività che va collocata all'interno dell'ordinaria programmazione regionale in tema di servizi sociosanitari.

FINALITA'

Le azioni a regia regionale sono mirate a

- a) Definire ed adottare un sistema di classificazione delle cure domiciliari omogeneo sul territorio regionale
- b) Redigere linee guida specifiche in materia
- c) Promuovere modelli di integrazione professionale favorenti la costituzione delle aggregazioni funzionali territoriali di Medicina generale (medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale);
- d) Favorire lo strumento del protocollo d'intesa ospedale territorio per la continuità assistenziale e definizione schede di dimissione protetta
- e) Omogeneizzare gli strumenti di analisi del bisogno e diari d'intervento
- f) Diffondere e implementare l'uso di strumenti per gli interventi al soggetto fragile
- g) Sostenere progetti innovativi e sperimentali di rilievo regionale anche con riferimento agli all'Obiettivo di Servizio-Indicatore S06
- h) Creazione di un sistema informativo dedicato alle cure domiciliari in stretto raccordo con i flussi ministeriali e regionali
- i) Monitoraggio della realizzazione dei progetti sia in termini di spesa che di qualità delle attività previste e realizzate
- j) Definire strumenti di valutazione della performance territoriale

INDICATORI

- decreto di istituzione gruppo di lavoro
- atto di approvazione del sistema di classificazione delle cure domiciliari
- atto di approvazione linee guida
- numero protocolli protocolli congiunti di intervento coordinato nell'ambito delle aggregazioni funzionali tra i MM.MM.GG. e Medici di continuità assistenziale
- numero di protocolli di attivazioni progetti/modelli innovativi
- numero protocolli interaziendali per la creazione/implementazione della rete delle cure domiciliari
- numero di Protocolli di intesa Ospedale territorio per la continuità assistenziale e definizione delle schede di dimissione protetta
- numero strumenti di analisi e diari clinici
- numero/incremento dei progetti personalizzati con l'individuazione del case manager
- creazione del data base/flusso informativo
- numero di report di monitoraggio



Regione Campania – Assessorato alla Sanità

Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Dlgs. 28.8.1997, n. 281, 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 per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Rep. Atti n. 69/CSR del 29 marzo 2007

Annualità 2006

Linea progettuale n. 3 - La razionalizzazione della rete ospedaliera

TITOLO DEL PROGETTO

LA RAZIONALIZZAZIONE DEI PERCORSI IN EMERGENZA-URGENZA PER PATOLOGIE COMPLESSE: RIORGANIZZAZIONE DELLA RISPOSTA DELLA RETE OSPEDALIERA.

AREA COMPETENTE: AGC 20 Assistenza Sanitaria

Referente operativo e amministrativo - Settore 05 Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi dell'Emergenza – 118.

TEMPI PREVISTI: 3 ANNI.

COSTI DELL'INTERO PROGETTO: € 19.500.000

	titolo sub-progetto	costo in euro
1	Rete dell'emergenza territoriale, 118 e accesso al Pronto Soccorso	13.000.000,00
2	Rete delle emergenze cardiovascolari	2.000.000,00
3	Rete delle emergenze cerebrovascolari	2.000.000,00
4	Rete dell'assistenza al trauma	1.500.000,00
5	Rete delle emergenze neonatologiche	*
6	Rete delle cure intensive e subintensive	750.000,00
7	Costituzione di una Rete per l'Ospedale senza dolore	250.000,00
	totale	19.500.000,00

** già finanziato con DGRC n.1613 del 15 ottobre 2008, allegato L, per un importo di € 1.500.000*

Descrizione del contesto

Con la DGRC 460/07 la Regione Campania ha dato avvio al Piano di Rientro dal disavanzo e di Riqualficazione e Razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale. In attuazione a tale Piano il Consiglio Regionale della Campania ha approvato la Legge n. 16 del 28 novembre 2008 “Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualficazione del SSR per il rientro dal disavanzo”, mediante la quale è stato approvato il Piano di ristrutturazione e riqualficazione della rete ospedaliera, sospendendo nel contempo l’efficacia del “Piano regionale ospedaliero per il triennio 2007-2009”, approvato con Legge n. 24/2006.

Il piano ospedaliero approvato con la Legge Regionale n. 16/2008, ha riguardato aspetti fondamentali della programmazione dell’assistenza ospedaliera in Campania, quali la determinazione del fabbisogno quantitativo e qualitativo per singole discipline dei posti letto, le modalità di riconversione dei posti letto eccedenti, la riduzione dei p.l. per acuti e l’aumento di quelli per lungodegenza e riabilitazione, la individuazione e classificazione dei singoli presidi ospedalieri.

Esaurita la fase programmatica e dovendo dar seguito alla fase attuativa dei contenuti del PRO è necessario affrontare diverse e nuove criticità, in parte riferibili alla vetustà delle normative regionali che regolamentano il funzionamento della Rete dell’emergenza (L.R. n.2 del 1994).

La presente progettualità, in attuazione della DGRC n. 1746 del 5.10.2007, è stata elaborata dal Settore Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi dell’Emergenza – 118, in virtù delle competenze affidategli dalla L.R. n.11 del 4.7.1991, in particolare delle funzioni di studio, di ricerca ed elaborazioni complesse dirette alla formulazione e realizzazione di programmi. Essa intende affrontare le problematiche connesse ad aspetti di organizzazione interaziendale su base territoriale provinciale/regionale, anche favorendo processi di dipartimentalizzazione interaziendali per aziende insistenti su territori omogenei, e delineare il percorso per la definizione di protocolli intraospedalieri, specie per le funzioni di più alta qualificazione dell’emergenza-urgenza. In essa verrà considerata la fase di accesso del cittadino al Pronto Soccorso ospedaliero attraverso la rete dell’emergenza territoriale e il 118, l’organizzazione della rete ospedaliera e i percorsi intraospedalieri per le patologie complesse, in particolare le emergenze cardiovascolari, le emergenze cerebrovascolari, il trauma, le emergenze neonatologiche, fino all’assistenza intensiva e post-intensiva. Una particolare attenzione verrà anche dedicata all’implementazione dell’ospedale senza dolore. I contenuti del presente progetto dovranno essere oggetto di uno specifico protocollo operativo mentre i risultati della messa a regime di tali attività programmate dovranno essere utilizzati per la riprogrammazione finalizzata al miglioramento continuo della qualità dell’assistenza.

1. Rete dell’emergenza territoriale, 118 e accesso al Pronto Soccorso/Area critica.

Il Servizio di emergenza – 118 è attivo in Campania dal 1994, quando fu istituito il Sistema Integrato Regionale per l’Emergenza Sanitaria (SIRES) con L.R. n.2/94. L’attivazione del numero unico 118 e delle Centrali Operative territoriali risale all’anno 2000. Successivamente la Regione ha definito con DGRC 1570/2004 l’assetto organizzativo del Sistema di emergenza – 118. Tali atti costituiscono a tutt’oggi un valido indirizzo di riferimento per la programmazione dei servizi per l’emergenza ma risentono della inadeguatezza di strumenti attuativi e dei correttivi che scaturiscono dalle criticità evidenziate nel corso di anni di attività e della crescita esponenziale dei carichi di lavoro. Non appare rinviabile un complessivo aggiornamento dei percorsi e l’introduzione di nuovi supporti tecnologici.

Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla rete delle 8 Centrali operative territoriali e della Centrale Operativa Regionale, cui afferiscono tutte le richieste di intervento per l’emergenza sanitaria. Il servizio viene effettuato dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere con mezzi e personale propri, in carenza mediante l’affidamento ad Associazioni di volontariato. Attualmente il sistema

garantisce più di 250.000 interventi l'anno, per una media che sfiora i 700 interventi pro die sull'intero territorio regionale.

L'esperienza accumulata negli anni di funzionamento ha evidenziato alcune criticità di sistema che richiedono risposte adeguate. Un problema rilevante riguarda l'inappropriato ricorso da parte dei cittadini alle prestazioni di Pronto Soccorso, insieme alla scarsa *compliance* del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, e alla non sempre ottimale integrazione con il sistema della Continuità Assistenziale: quest'ultimo fenomeno trova conferma nelle criticità che insorgono con particolari e puntuali cadenze stagionali, con eccessivo affollamento ed intasamento dei principali pronto soccorso che, seppur comuni in tutti i Servizi Sanitari, divengono, per le dimensioni raggiunte in Regione Campania, oggetto di forte interesse collettivo e strumento mediatico di screditamento dell'intero sistema sanitario regionale, la cui risposta alle urgenze/emergenze costituisce un formidabile indicatore.

I recenti processi di passaggio alla dipendenza dei medici dell'emergenza, conclusisi con l'emanazione del relativo avviso pubblico attraverso il DD n. 43 del 12/12/2008, pongono un problema di definizione dell'organico complessivo del personale medico e infermieristico dell'emergenza, con la individuazione di compiti anche nell'area di accettazione di pronto soccorso, previa adeguata formazione dedicata, secondo le linee guida nazionali approvate dalla Conferenza Stato Regioni il 22 maggio 2003.

Si osserva, inoltre, una certa variabilità nella risposta alle richieste di assistenza del paziente in emergenza-urgenza nei vari segmenti del Sistema, in particolare si osserva una disomogeneità aziendale nell'organizzazione del triage ospedaliero.

Del tutto recentemente è stato approvato il D.M. del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" che ne prevede la realizzazione a livello delle singole regioni entro tempi definiti.

Lo strumento principale per la migliore definizione e la realizzazione delle azioni programmate sarà costituito da un comitato multidisciplinare, con l'apporto fondamentale delle componenti professionali e delle loro rappresentanze, nonché dell'ARSAN, che agirà come supporto all'Assessorato in tema di emergenza, coordinato dal Settore Assistenza Ospedaliera e sovrintendenza sui Servizi di emergenza-118.

Obiettivi

- Definizione di programmi di **comunicazione** per il miglioramento dell'utilizzo delle prestazioni di emergenza-urgenza da parte dei cittadini e dei medici di assistenza primaria e continuità assistenziale.
- Costituzione di **reti integrate** assistenziali nell'area dell'emergenza, intervenendo sui **sistemi informativi**, anche mediante l'acquisizione di **moderne tecnologie** di trasmissione dati e immagini, e sui **modelli organizzativi**, favorendo i processi di **dipartimentalizzazione** delle strutture aziendali territoriali e ospedaliere, su base provinciale o subprovinciale, per un utilizzo integrato e razionale delle risorse e la definizione di percorsi di cura per le patologie a più diffusa incidenza.
- Valutazione di fattibilità di un **sistema di individuazione "on line" dei posti letto disponibili** per l'emergenza, con particolare attenzione alle medicine e chirurgie d'urgenza e alle UU.OO. di alta specialità (neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare).
- Ridefinizione organizzativo-funzionale regionale del sistema emergenza territoriale – 118 – trasporto infermi, con particolare attenzione alla definizione degli **ambiti di responsabilità** nei diversi segmenti funzionali, della integrazione con il sistema di accesso all'ospedale (pronto soccorso) e della regolamentazione della partecipazione al sistema da parte del volontariato.
- Definizione a livello regionale dell'organico complessivo di tutte le risorse umane, del **personale medico e infermieristico** impegnato nell'area dell'emergenza, con la individuazione

dei rispettivi compiti anche al fine di garantire contingenti proporzionati ai carichi di lavoro, con particolare riferimento al coinvolgimento ed alle competenze dei medici passati alla dipendenza anche nell'area di accettazione di pronto soccorso/area critica.

- Miglioramento delle conoscenze specifiche in tema di emergenza-urgenza, indirizzata al personale medico e infermieristico del 118 e dell'accettazione-pronto soccorso, tramite programmazione e riprogrammazione dei **percorsi formativi** regionali specifici da integrare con i percorsi già avviati nelle rispettive Aziende.
- Definizione a livello regionale e omogeneizzazione delle caratteristiche organizzative e strutturali per una diffusa e corretta applicazione del **triage** in tutte le articolazioni del Sistema di Emergenza: Centrali Operative, Equipe territoriali e Pronto Soccorso Ospedaliero.

Azioni

- Costituzione di uno specifico **gruppo tecnico multidisciplinare** presso il Settore Assistenza Ospedaliera con il compito di elaborare proposte operative per la realizzazione degli interventi e di monitorarne l'attuazione.
- Realizzazione di iniziative regionali e locali di **comunicazione** finalizzati al corretto utilizzo del servizio di emergenza, indirizzato a cittadini e all'assistenza primaria.
- Realizzazione/adeguamento del **Sistema informativo regionale** in emergenza urgenza, sia nella fase di competenza del 118 che in fase di accettazione in Pronto soccorso, secondo le modalità previste dal DM del 17.12.2008, con particolare attenzione alla conseguente utilizzazione delle informazioni disponibili per la valutazione e la programmazione.
- Realizzazione e modifica delle caratteristiche organizzative e strutturali per una diffusa e corretta applicazione del **triage** delle Centrali Operative, delle ambulanze e del pronto soccorso ospedaliero.
- Realizzazione di reti di comunicazione tramite acquisizione di **moderne tecnologie** di trasmissione dati e immagini, finalizzati a un più tempestivo inquadramento del bisogno assistenziale del paziente critico e la assegnazione al Presidio più appropriato.
- Implementazione di programmi formativi regionali su temi specifici dell'assistenza in emergenza-urgenza, a partire da una ricognizione sulle **iniziative formative** aziendali.
- Realizzazione di **linee di indirizzo** per l'organizzazione e il coordinamento funzionale della rete dell'emergenza, tenuto conto della componente fornita dal volontariato.
- Istituzione di un sistema di revisione obbligatoria della qualità.

Indicatori:

gli indicatori saranno legati ai risultati raggiunti alla fine di ciascuna anno/fase:

- I FASE – Costituzione gruppo tecnico.
- II FASE – Realizzazione/adeguamento sistema informativo.
- III FASE – Realizzazione linee di indirizzo per l'organizzazione e il coordinamento funzionale della rete dell'emergenza.

Costi previsti

I costi connessi alla realizzazione del sub-progetto 1 sono riferibili alla attuazione della stessa progettualità, alla realizzazione dei sistemi informativi, all'acquisizione delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione, alla realizzazione di campagne informative e corsi di formazione, al miglioramento dei data base esistenti finalizzati al record linkage, all'adeguamento delle caratteristiche strutturali per il triage. Essi ammontano a 13.000.000 €.

2. Rete delle emergenze cardiovascolari.

Il carico delle malattie cardiovascolari in Italia è da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Gli indicatori disponibili (mortalità, dimissioni ospedaliere, pensioni di invalidità, spesa farmaceutica) evidenziano la gravità dei danni umani, sociali ed economici di quella che resta tra le principali cause di morbidità e mortalità nel nostro Paese.

Il dato più rilevante per la salute degli italiani è che negli ultimi 15 anni, pur osservandosi un decremento dei tassi di mortalità specifici, si sono ridotte le differenze tra Nord e Centro-Sud a causa di una riduzione più rapida nel Nord rispetto al Centro-Sud, mentre nelle categorie sociali con scolarizzazione e reddito più basso i tassi di mortalità si sono ulteriormente (e negativamente) distanziati da quelli della restante parte della popolazione.

In Campania le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte ed i tassi standardizzati di mortalità superano in modo rilevante quelli medi italiani.

Anche dal punto di vista assistenziale, per l'assistenza ospedaliera, le malattie circolatorie risultano avere un elevato impatto in Campania costituendo nell'anno 2003 il 12% del totale dei ricoveri ed il 17% degli importi, ma, considerando i soli Ricoveri Ordinari per Acuti, esse raggiungono il 19% dell'intero fatturato DRG della Campania con 363 milioni di Euro. A queste cifre vanno aggiunti altri 9550 ricoveri e 41,4 milioni di euro per la compensazione della mobilità ospedaliera campana in altre Regioni, legata prevalentemente a interventi di cardiocirurgia.

Sulla base di questa realtà questo progetto ha la finalità di predisporre un modello organizzativo per migliorare la gestione della risposta all'emergenza cardiologia nella nostra regione ed estendere a tutto il territorio regionale una omogeneità di tempi e di cure.

Obiettivo del progetto è la creazione di una rete di collegamento tra ospedali dotati di servizi di emodinamica interventistica, ospedali periferici e ambulanze mediante un trasporto "intelligente", basato sulla diagnosi e sulla terapia precoce mediante la trasmissione telefonica dell'elettrocardiogramma, l'uso di defibrillatori automatici e di protocolli per la somministrazione di trattamento trombolitico, in collegamento costante con la centrale del 118 e le Unità Coronariche con servizio di emodinamica di riferimento, con lo scopo di poter assicurare una angioplastica entro le 6-8 (max 24) ore dall'Infarto.

Obiettivi

- Costituzione di una **rete per le emergenze cardiovascolari** nell'area dell'emergenza, integrata con il sistema 118, intervenendo sui **sistemi informativi**, anche mediante l'acquisizione di **moderne tecnologie** di trasmissione dati e immagini, e sui **modelli organizzativi**, favorendo i processi di **dipartimentalizzazione** delle strutture aziendali territoriali e ospedaliere, su base provinciale o subprovinciale, per un utilizzo integrato e razionale delle risorse.
- Definizione di una **rete di collegamento tra ospedali** dotati di servizi di emodinamica interventistica, ospedali periferici e mezzi di soccorso mediante un "trasporto intelligente", basato sulla diagnosi e sulla terapia precoce mediante la trasmissione telefonica dell'elettrocardiogramma, l'uso di defibrillatori automatici e di farmaci trombolitici in collegamento costante con la centrale del 118 e le Unità Coronariche con servizio di emodinamica di riferimento, con lo scopo di poter assicurare una angioplastica entro le 6-8 (max 24) ore dall'Infarto.
- Miglioramento delle conoscenze specifiche in tema di emergenza-urgenza, indirizzata al personale medico e infermieristico del 118 e dell'accettazione-pronto soccorso, tramite regolamentazione dei **percorsi formativi** regionali specifici.

Azioni

- Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, presso il Settore Assistenza Ospedaliera, con il compito di elaborare proposte operative per la realizzazione degli interventi e per la definizione, tra l'altro, di un set di indicatori allo scopo di valutare il processo assistenziale in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza.
- Individuazione dei nodi della rete dell'emergenza cardiovascolare secondo un **modello Hub & Spoke**, che esprime un'idea dinamica dell'assistenza collegata ai diversi gradi di complessità riferendoli alle peculiarità della rete assistenziale territoriale.
- Realizzazione dei **sistemi informativi e di comunicazione integrati** nelle aree d'intervento, che consentano, in linea di principio, la "tracciabilità" del paziente in ogni sua fase di contatto con il SSR, anche attraverso l'adesione delle strutture al Registro degli eventi coronarici e cerebrovascolari della città di Napoli e l'introduzione, nelle aree oggetto di intervento, di moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione.
- Implementazione di **linee guida** e regolamentazione delle modalità di sviluppo e utilizzazione di protocolli condivisi, con particolare attenzione ai sistemi di triage e di intervento in situazioni di urgenza.
- Predisposizione di **programmi regionali di formazione /aggiornamento** dedicati ai temi più rilevanti dell'assistenza alle emergenze cardiovascolari in urgenza-emergenza. Tali iniziative saranno rivolte al personale medico-infermieristico.
- Istituzione di un sistema di revisione obbligatoria della qualità.

Indicatori

gli indicatori saranno legati ai risultati raggiunti alla fine di ciascuna anno/fase:

- I FASE – Costituzione gruppo tecnico.
- II FASE – Realizzazione linee guida.
- III FASE – Realizzazione/adeguamento sistema informativo.

Costi previsti

I costi connessi alla realizzazione del sub-progetto 2 sono riferibili alla realizzazione dei sistemi informativi, all'acquisizione delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione, alla realizzazione di corsi di formazione, al miglioramento dei data base esistenti finalizzati al record linkage, Essi ammontano a 2.000.000 €.

3. Rete delle emergenze cerebrovascolari.

L'ictus cerebrale rappresenta la terza causa di morte nel mondo occidentale dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie in quanto, da solo, è responsabile del 10-12% di tutti i decessi. Inoltre rappresenta la prima causa di invalidità permanente e la seconda causa di demenza.

L'incidenza di tale patologia risente di numerosi fattori: tra questi sicuramente gioca un ruolo importante la diversa composizione per età della popolazione assieme al sesso ed alle caratteristiche etniche e socioeconomiche. Queste ultime, in particolare, condizionano le abitudini di vita ed i livelli di assistenza sanitaria con riferimento alla prevenzione ed al trattamento dei fattori di rischio. Anche in termini assistenziali l'impatto dell'ictus è di particolare rilevanza: i dati del Ministero della Salute evidenziano che il DRG 14 (raggruppamento diagnostico corrispondente alle diverse tipologie di ictus acuto) costituisce la nona causa di dimissioni ospedaliere per un totale di circa 120.000 ricoveri annui (anno 2001).

In Campania l'incidenza attesa di ictus cerebrale, in relazione alla composizione della popolazione per età, è di circa 12.000 casi all'anno. Il numero di casi trattati nelle strutture sanitarie della regione (pur con i limiti delle codifiche SDO, prima diagnosi DRG14) è di oltre 9.500 casi per anno. La

mortalità per ictus nella nostra regione rappresenta una evidente criticità, risultando notevolmente più elevata rispetto alla media nazionale con un tasso standardizzato di 13.34 x 10.000 (media nazionale 9.72) per i maschi e di 11.01 x 10.000 (media nazionale 7.63) per le donne.

Inoltre in Campania i tassi di mortalità per ictus sono notevolmente superiori a quelli per infarto del miocardio (11.99 versus 6.25 x 10.000) (Dati ISTAT 2003).

Una ulteriore criticità nella nostra regione è rappresentata dalla quasi totale mancata applicazione della terapia trombolitica per via venosa: la Campania è restata fuori dallo studio europeo SITS-MOST, cui il resto d'Italia ha partecipato attivamente, nonostante la delibera pubblicata sul BURC n. 16 del 14 marzo 2005 sulla "Identificazione dei centri specializzati autorizzati all'utilizzo del farmaco Actilyse per il trattamento dell'ictus cerebri all'interno dello studio SITS-MOST".

La Regione Campania ha approvato, con DGR n. 257 del 25.2.2005, l' "Atto di Indirizzo per l'organizzazione e l'assistenza all'Ictus cerebrale in Regione Campania"; tale atto recepisce e applica al contesto campano il "Documento di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale", approvato dalla Conferenza Stato-Regioni (repertorio atti n° 2195 del 3 Febbraio 2005). La presente progettualità, sulla base delle indicazioni organizzative definite dal suddetto atto di indirizzo regionale, in armonia con il sistema 118, alla luce della programmazione dei posti letto così come definita dal Piano Ospedaliero del 2008, intende dare piena attuazione alle suddette normative nazionali e regionali. La realizzazione della rete assistenziale, così come definita nel suddetto documento, contribuirà ad assicurare ai cittadini campani percorsi e prospettive terapeutiche in linea con gli attuali standard internazionali, per incidere non solo sui dati di sopravvivenza all'evento acuto, ma anche sulla qualità e sui tempi di recupero del percorso riabilitativo.

Il modello che si intende implementare per la rete ictus è quello Hub & Spoke per cui si trasferisce la sede dell'assistenza da unità periferiche ad unità centrali di riferimento, in base al grado di complessità ed alla possibilità di attuare specifici protocolli di trattamento utili al singolo caso.

Obiettivi

- Costituzione di una **rete per le emergenze cerebrovascolari-ictus** nell'area dell'emergenza, integrata con il sistema 118, intervenendo sui **sistemi informativi**, anche mediante l'acquisizione di **moderne tecnologie** di trasmissione dati e immagini, e sui **modelli organizzativi**, favorendo i processi di **dipartimentalizzazione** delle strutture aziendali territoriali e ospedaliere, su base provinciale o subprovinciale, per un utilizzo integrato e razionale delle risorse.
- Realizzazione di una completa **integrazione della rete ictus con il sistema 118**. La rete dell'emergenza ictus deve essere in grado di identificare rapidamente il tipo di richiesta e dare una risposta adeguata in tempi brevi (entro le prime tre ore dall'evento acuto) per fornire prestazioni specializzate come la trombolisi. Le Emergenze Cerebrovascolari acute (Ictus ischemico ed emorragico) richiedono uno strettissimo coordinamento tra le Unità Ictus e gli *Stroke Team*, e rendono indispensabile la collaborazione e l'utilizzazione delle strutture del 118 all'interno delle quali deve essere organizzato il flusso di "informazioni" per assicurare il miglior trattamento possibile nel minor tempo possibile.
- Miglioramento delle conoscenze specifiche in tema di emergenza-urgenza, indirizzata al personale medico e infermieristico del 118 e dell'accettazione-pronto soccorso, tramite regolamentazione dei **percorsi formativi** regionali specifici.

Azioni

- Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, presso il Settore Assistenza Ospedaliera, con il compito di elaborare proposte operative per la realizzazione degli interventi e per la

definizione, tra l'altro, di un set di indicatori allo scopo di valutare il processo assistenziale in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza.

- Individuazione dei nodi della rete ictus secondo un **modello hub & spoke**, che esprime un'idea dinamica dell'assistenza collegata ai diversi gradi di complessità riferendoli alle peculiarità della rete assistenziale territoriale.
- Realizzazione dei **sistemi informativi e di comunicazione integrati** nelle aree d'intervento che consentano, in linea di principio, la "tracciabilità" del paziente in ogni sua fase di contatto con il SSR, anche attraverso l'adesione delle strutture al Registro Nazionale e Registro degli eventi coronarici e cerebrovascolari della città di Napoli e l'introduzione, nelle aree oggetto di intervento, di moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione.
- Implementazione di **linee guida** e regolamentazione delle modalità di sviluppo e utilizzazione di protocolli condivisi, con particolare attenzione ai sistemi di triage e di intervento in situazioni di urgenza.
- Predisposizione di **programmi regionali di formazione /aggiornamento** dedicati ai temi più rilevanti dell'assistenza all'ictus in urgenza-emergenza. Tali iniziative saranno rivolte al personale medico-infermieristico.
- Istituzione di un sistema di revisione obbligatoria della qualità.

Indicatori

gli indicatori saranno legati ai risultati raggiunti alla fine di ciascuna anno/fase:

- I FASE – Costituzione gruppo tecnico.
- II FASE – Realizzazione linee guida
- III FASE – Realizzazione/adeguamento sistema informativo.

Costi previsti

I costi connessi alla realizzazione del sub-progetto 3 sono riferibili alla realizzazione dei sistemi informativi, all'acquisizione delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione, alla realizzazione di corsi di formazione, al miglioramento dei data base esistenti finalizzati al record linkage, Essi ammontano a 2.000.000 €.

4. Rete dell'assistenza al trauma.

In base alle caratteristiche epidemiologiche e del decorso clinico dei traumi, oltre che dei requisiti di qualità che devono essere posseduti dai servizi per fornire risposte assistenziali adeguate, le esperienze più significative indicano nel modello Hub & Spoke lo strumento organizzativo più valido e più evoluto per l'assistenza ai traumi. Il trauma rappresenta la prima causa di morte e la prima causa di disabilità per i primi 40 anni di vita.

In particolare per fornire un percorso diagnostico-terapeutico completo e tempestivo, le strutture, adeguatamente dimensionate sul proprio bacino d'utenza, devono essere dotate delle specifiche discipline richieste per l'assistenza al trauma, così come affermato anche nel PSN 2003-2005. Inoltre è necessario disegnare la rete assistenziale in modo che i singoli presidi vengano raggiunti nei primi trenta minuti, e che il completamento diagnostico avvenga entro la prima ora dal trauma. Diventa quindi indispensabile definire i criteri di valutazione del paziente critico e i percorsi diagnostico-terapeutici appropriati.

Obiettivi

- Costituzione di una **rete per le emergenze traumatologiche** nell'area dell'emergenza, integrata con il sistema 118, intervenendo sui **sistemi informativi**, e sui **modelli organizzativi**,

favorendo i processi di **dipartimentalizzazione** delle strutture aziendali territoriali e ospedaliere, su base provinciale o subprovinciale, per un utilizzo integrato e razionale delle risorse.

- Realizzazione di una completa **integrazione della rete trauma con il sistema 118**, per identificare rapidamente il tipo di richiesta e fornire una risposta adeguata in tempi brevi
- Miglioramento delle conoscenze specifiche in tema di emergenza-urgenza, indirizzata al personale medico e infermieristico del 118 e dell'accettazione-pronto soccorso, tramite regolamentazione dei **percorsi formativi** regionali specifici.

Azioni

- Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, presso il Settore Assistenza Ospedaliera, con il compito di elaborare proposte operative per la realizzazione degli interventi e per la definizione, tra l'altro, di un set di indicatori allo scopo di valutare il processo assistenziale in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza.
- Realizzazione dei **sistemi informativi e di comunicazione integrati** nelle aree d'intervento che consentano la "tracciabilità" del paziente in ogni sua fase di contatto con il SSR.
- Implementazione di **linee guida** e regolamentazione delle modalità di sviluppo e utilizzazione di protocolli condivisi, con particolare attenzione ai sistemi di triage e di intervento in situazioni di urgenza.
- Realizzazione di un documento tecnico di indirizzo per uno specifico sistema di monitoraggio e audit finalizzato al miglioramento della appropriatezza clinica e organizzativa nell'assistenza al trauma, in un'ottica di ottimizzazione della qualità delle cure.
- Individuazione dei nodi della rete trauma secondo un **modello hub & spoke**, che esprime un'idea dinamica dell'assistenza collegata ai diversi gradi di complessità riferendoli alle peculiarità della rete assistenziale territoriale.
- Predisposizione di **programmi regionali di formazione /aggiornamento** dedicati ai temi più rilevanti dell'assistenza al traumatizzato in urgenza-emergenza. Tali iniziative saranno rivolte al personale medico-infermieristico.
- Istituzione di un sistema di revisione obbligatoria della qualità.

Indicatori

gli indicatori saranno legati ai risultati raggiunti alla fine di ciascuna anno/fase:

- I FASE – Costituzione gruppo tecnico.
- II FASE – Realizzazione linee guida.
- III FASE – Realizzazione/aggiornamento sistema informativo.

Costi previsti

I costi connessi alla realizzazione del sub-progetto 4 sono riferibili alla realizzazione dei sistemi informativi, alla realizzazione di corsi di formazione, al miglioramento dei data base esistenti finalizzati al record linkage, Essi ammontano a 1.500.000 €.

5. Rete delle emergenze neonatologiche.

Il presente progetto, che affronta con un'ottica di sistema l'assistenza in emergenza, deve necessariamente comprendere la parte dell'emergenza neonatologica.

Recentemente è stata approvata dalla Giunta Regionale della Campania la Delibera n. 1613 del 15 ottobre 2008 "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 Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2007. Modifica ed integrazione D.G.R. 1370 del 28/08/2008". In essa, all'allegato L, è contenuto il Progetto "Miglioramento dell'outcome dei neonati trasportati dal servizio di trasporto neonatale d'emergenza in Campania", cui si rimanda per la specifica progettualità riguardante l'emergenza neonatologica.

6. Rete delle cure intensive e subintensive.

La Regione Campania è dotata di 42 reparti di Rianimazione e Terapie Intensive (TI), sostanzialmente in linea con il livello nazionale, considerato il numero complessivo delle TI presenti in Italia che ammonta a circa 450 strutture. Da dati GiViTi, (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva), a cui aderiscono circa 350 TI in tutta Italia di cui una decina in Campania, risulta che nella nostra regione vi è un elevato utilizzo dei posti letto disponibili, nei quali sono assistiti contemporaneamente ed accanto a pazienti con bisogni assistenziali di assoluta complessità, anche pazienti di minore complessità o per ricovero inappropriato, o per aver superato il periodo di acuzie ovvero spesso per difficoltà alla dimissione per indisponibilità di posti letto nei reparti di degenza.

Uno dei problemi più rilevanti è attualmente rappresentato quindi da questo tipo di assistenza "inappropriata", legata fondamentalmente ad un inadeguato disegno di una rete assistenziale regionale che non prevede adeguata risposta ai pazienti con bisogno assistenziale sub intensivo, che trova risposta inappropriata sia nei reparti di rianimazione (per eccesso), ovvero inadeguata nei reparti di degenza ordinari (per difetto). Considerati i costi di gestione e la valenza assistenziale dei reparti di rianimazione appare indispensabile garantire la appropriatezza nell'utilizzo dei posti letto, così come dovrà essere riservata particolare attenzione a quei reparti di rianimazione di Presidi ove operano disciplina quali neurochirurgia, chirurgia toracica, cardiocirurgia che di fatto monopolizzano i posti letto sottraendoli all'area della emergenza/urgenza.

Nel 2002 il GiViTI ha avviato, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri, il cosiddetto progetto Margherita. Si tratta di una raccolta dati elettronica che permette di perseguire due obiettivi: la valutazione continua della qualità dell'assistenza e del consumo di risorse nelle Terapie Intensive partecipanti; l'integrazione della raccolta dati di base (il "core" della Margherita) con raccolte dati specifiche per progetti di ricerca mirati (i "petali" della Margherita). In seguito lo stesso GiViTI, sempre in collaborazione con l'Istituto Mario Negri, ha sviluppato un sistema di valutazione di appropriatezza nell'area intensiva che è di sicuro interesse regionale per le indicazioni che può fornire alla programmazione sanitaria, specie per l'organizzazione dell'assistenza post-intensiva.

Obiettivi

- Adesione delle TI della Campania al progetto START per l'ottimizzazione della qualità delle cure offerte, attraverso il monitoraggio regionale della appropriatezza clinica e organizzativa.
- Realizzazione di un documento tecnico di linee di indirizzo e di uno specifico sistema di monitoraggio e audit per il miglioramento della appropriatezza clinica e organizzativa nelle Terapie Intensive, in un'ottica di ottimizzazione della qualità delle cure, tenuto conto delle reali capacità assistenziali dei singoli Presidi Ospedalieri.
- Definizione di specifici protocolli di reclutamento e di dimissione dei pazienti dai reparti di rianimazione

Azioni

- Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, presso il Settore Assistenza Ospedaliera, con il compito di elaborare proposte operative per la realizzazione degli interventi e per la

definizione, tra l'altro, di un set di indicatori allo scopo di valutare il processo assistenziale in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza

- Realizzazione di un documento tecnico di linee di indirizzo e di uno specifico sistema di monitoraggio e audit per il miglioramento della appropriatezza clinica e organizzativa nelle Terapie Intensive, in un'ottica di ottimizzazione della qualità delle cure, tenuto conto delle reali capacità assistenziali dei singoli Presidi Ospedalieri.
- Partecipazione di un numero sempre maggiore di Terapie intensive al Progetto Margherita, finalizzato alla implementazione regionale di un sistema di valutazione dell'appropriatezza clinica e organizzativa (progetto START). L'adesione al progetto delle aziende sarà su base volontaria. La partecipazione diretta dell'Assessorato alla Sanità – Settore Assistenza Ospedaliera consentirà la creazione di un "cruscotto" regionale, finalizzato all'utilizzo per la programmazione sanitaria.
- Adesione al sistema di sorveglianza sulle Infezioni Ospedaliere che in Regione Campania è stato attivato con DGRC N. 1715/2007 E DGRC N. 2311/2007.

Indicatori

gli indicatori saranno legati ai risultati raggiunti alla fine di ciascuna anno/fase:

- I FASE Monitoraggio strutture – incontri operativi – Costituzione gruppi di lavoro - partecipazione al Progetto Margherita
- II FASE Implementazione numero di reparti di terapia intensiva aderenti al Progetto Margherita e avvio progetto START
- III FASE Costituzione di un percorso diagnostico – terapeutico

Costi previsti

I costi connessi alla realizzazione del sub-progetto 6 sono riferibili alla realizzazione dei sistemi informativi, alla realizzazione di corsi di formazione, al miglioramento dei data base esistenti finalizzati al record linkage, Essi ammontano a 750.000 €.

7. Costituzione di una Rete per l'Ospedale senza dolore.

In sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano è stato definito un Accordo sul documento di linee guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore" Provvedimento 24 Maggio 2001 (G.U. *Serie Generale* - n. 149 del 29-06-2001). La Regione Campania ha recepito la normativa con **DGRC n. 2089 del 17/11/2004 "Ospedale senza dolore" – CROSD** - Il Servizio sanitario regionale con l'approvazione della delibera predetta, ritiene che la cura del dolore non soltanto risponde a un principio etico, ma che sia anche l'esempio di una buona pratica clinica, poiché oggi è noto che il dolore costituisce un fenomeno patologico, una malattia nella malattia che influisce pesantemente sulla vita delle persone con effetti negativi anche sulla sfera psicologica, emotiva, relazionale.

In ogni Azienda Sanitaria deve essere costituito il *Comitato Ospedale senza dolore*, con il compito di assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie, in particolare ospedaliere, di coordinare la formazione continua del personale medico e infermieristico, di promuovere gli interventi necessari per la disponibilità dei farmaci di derivazione oppiacea, di dare impulso all'applicazione di protocolli di trattamento del dolore con l'obiettivo di estendere la cura agli ammalati affetti da dolore di qualsiasi origine (dolore post operatorio, neoplastico e cronico).

I Comitati Ospedale senza dolore dovranno essere composti da specialisti (come anestesisti, rianimatori, oncologi), da personale infermieristico; e vedono, nelle realtà in cui è fattibile la partecipazione delle associazioni di volontariato.

Il progetto *Ospedale senza dolore* non riguarda soltanto l'ambito ospedaliero ma si estende alla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, nonché l'assistenza primaria per l'applicazione di specifiche

terapie del dolore: in ospedale, nell'ambulatorio, nell'assistenza a domicilio, in hospice e nelle altre strutture residenziali.

I comitati Ospedale senza dolore saranno deputati alla promozione delle azioni necessarie per inserire nel diario clinico, accanto alle consuete rilevazioni cliniche, anche la registrazione del livello d'intensità del dolore. A tal fine negli ospedali e nel territorio si sta diffondendo l'uso di scale validate di misurazione del dolore: Scale Analogico-Visive (VAS), Scale Numeriche (NRS) o Scale Verbal (VRS), condivise dagli operatori sanitari e di facile comprensione da parte della persona ammalata.

Obiettivi

- Diffusione delle conoscenze e delle pratiche di prevenzione e di contenimento del dolore.
- Garantire ai pazienti una reale libertà di scelta circa le pratiche e le terapie del dolore, fornendo loro un'informazione completa sui protocolli in uso nelle varie strutture e sul livello di medicalizzazione che le caratterizza.

Azioni

- Completamento della rete ospedaliera dei Comitati Ospedale senza dolore presso i presidi pubblici.
- Costituzione del CROSD presso il Settore Assistenza Ospedaliera.
- Preparazione protocolli per il contenimento del dolore.
- Pubblicizzare presso gli operatori l'articolazione dei percorsi terapeutici diagnostici, come previsto sia a livello nazionale che regionale nel Piano Ospedaliero, al fine di orientare l'utenza, attraverso l'implementazione di uno specifico percorso informativo.
- Fornire ai pazienti informazioni complete e affidabili sulle caratteristiche delle strutture di assistenza, sulle modalità, farmacologiche e non farmacologiche, di contenimento del dolore, sulla loro disponibilità e sui rischi di un intervento chirurgico non supportato da indicazioni mediche, attraverso la realizzazione di una campagna informativa.
- Promuovere la partecipazione ai corsi degli operatori sanitari per la corretta redazione del diario clinico.

Indicatori

- Attuazione della DGRC N. 2089/2004.
- Nella prima fase completamento rete comitati aziendali ospedale senza dolore.
- Nella seconda fase costituzione CROSD.

Costi previsti

I costi per la realizzazione del sub- progetto 7, sono riferibili alla realizzazione di campagne informative e dei corsi di formazione per gli operatori ammontano a 250.000 €.

REFERENTE: dott. Antonio Gambacorta
A.G.C. Assistenza Sanitaria
Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria
Centro Direzionale, Isola C/3
NAPOLI
Tel. 0817969426
e.mail: a.gambacorta@regione.campania.it

Durata del progetto: annuale

Sintesi dei contenuti del progetto

PREMESSA

I tempi di attesa costituiscono una delle problematiche più diffuse nei sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie.

Anche in Italia tale problematica è particolarmente sentita, tanto da suscitare al riguardo il continuo interesse del legislatore, fino ad ottenere il riconoscimento di elemento costitutivo o “componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza”, in quanto in grado di influenzare con buona probabilità il risultato clinico delle prestazioni sanitarie o la condizione di vita sociale dei cittadini.

Infatti il tempo di erogazione costituisce una delle caratteristiche fondanti dei livelli essenziali di assistenza perché la prestazione oltre ad essere appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo deve essere erogata al tempo “giusto”.

I numerosi interventi normativi hanno avuto come obiettivo quello di garantire, mediante tempi d'accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici presentati, il rispetto di fondamentali diritti alla persona, quali la tutela della salute e l'eguaglianza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La lunghezza, in alcuni casi eccessiva, delle liste di attesa rappresenta, per un sistema sanitario, un evento fortemente critico, in quanto può limitarne la garanzia d'equità d'accesso e la fruizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché ridurre la qualità percepita.

Le specificità e le complessità che riguardano i tempi di attesa sono molteplici, esse investono principalmente il bene oggetto implicito della richiesta, cioè la tutela della salute e la sua rilevanza individuale e collettiva, il diverso impatto in termini di salute di una stessa prestazione resa a pazienti diversi, un sistema di offerta disomogeneo e non interconnesso, il rapporto fiduciario tra il paziente ed un dato erogatore.

L'intervento della recente Legge 23 dicembre 2005 n. 266 all'articolo 1, commi 283, 284, 288, 289, 309 ha non solo dotato, in tema dei tempi e delle liste di attesa, i provvedimenti già adottati in sede nazionale e regionale di ulteriore forza e vigore ma ha dettato disposizioni vincolanti ed indirizzi per il Piano Nazionale per il contenimento dei Tempi di Attesa. Tale Piano, approvato in sede di Conferenza Stato –Regioni nella seduta del 28 marzo 2006, ha offerto al Paese una risposta al perdurare del fenomeno delle liste d'attesa, individuando strumenti e modalità di collaborazione di tutti gli attori del sistema. Sono state introdotte alcune significative novità ed innovazioni che si tradurranno in vantaggi per il cittadino con l'adozione dei Programmi Aziendali.

Il problema è stato affrontato su due dimensioni, per ciascuna delle quali si individuano atti volti ad assicurare precise responsabilità nella gestione dei tempi di attesa.

La prima dimensione si pone in ambito regionale, avendo le Regioni l'obbligo di dotarsi di uno strumento programmatico unico e integrato, nel quale far confluire e rendere coerenti tutti gli atti e provvedimenti già adottati sul tema delle liste d'attesa al fine di garantire un abbattimento dei tempi di attesa, agendo nello stesso tempo sul lato della domanda e su quello dell'offerta.

E', altresì, previsto che in tutte le regioni si proceda alla attivazione del Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP), in grado di assicurare tempestività, trasparenza e sinergia per facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie ambulatoriali e ospedaliere.

La seconda dimensione si pone in ambito locale, mediante provvedimenti volti ad assicurare al cittadino l'erogazione delle prestazioni presso strutture pubbliche o accreditate nei tempi di attesa fissati dall'Azienda che non dovranno essere superiori a quelli fissati dalla Regione.

Il cittadino nel momento in cui ha bisogno di ottenere, a seguito di un'appropriata prescrizione del medico di famiglia o dello specialista una prestazione saprà con certezza in quale struttura troverà risposta entro il termine massimo previsto.

Questa impostazione fortemente innovativa consente di individuare con chiarezza la catena di responsabilità che fino ad oggi invece non era chiara.

La Regione Campania con il presente Progetto, in coerenza con le indicazioni contenute nel PRCTA, oltre ad assicurare la coerenza e l'attuazione del Piano Nazionale di contenimento delle liste di Attesa, ha inteso affidare un ruolo rilevante e decisivo alle Aziende Sanitarie in quanto destinatarie della concreta attuazione delle indicazioni e dei criteri stabiliti, mediante la scelta delle strategie più idonee a garantire la riduzione, nel proprio specifico contesto locale, delle liste e dei tempi di attesa.

GOVERNO DELLA DOMANDA E CRITERI DI PRIORITA'

All'allungamento dei tempi di attesa concorrono una molteplicità di fattori complessi:

- 1) la crescente richiesta di prestazioni sanitarie favorita dal progresso tecnologico.
- 2) la percezione del proprio stato di salute da parte dei cittadini;
- 3) la valutazione delle necessità assistenziali da parte dei medici (medicina generale e specialistica);
- 4) la disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strumentali da parte dei servizi sanitari, il loro appropriato utilizzo e la complessiva capacità organizzativa. Per una possibile soluzione del problema delle liste d'attesa bisogna intervenire per modificare l'attuale contesto organizzativo del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie. Gli interventi di modifica del contesto richiedono cambiamenti del sistema del governo della domanda e/o dell'offerta.

ANALISI DEL CONTESTO

La Regione Campania, con il proprio Piano Regionale per il Contenimento delle Liste d'Attesa per il triennio 2006/2008, in attuazione di quanto previsto nell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, focalizza l'attenzione su due aspetti essenziali, quali la **comunicazione e l'informazione ai cittadini** e la **messa a regime del sistema CUP**.

Il presente progetto prevede, per la piena attuazione del Piano Regionale, la realizzazione di tali principali linee di azione integrate tra Regione ed Aziende che si articolano come segue:

AZIONE 1: COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE SULLE LISTE DI ATTESA AI CITTADINI

Realizzazione dei Piani di comunicazione aziendale

Tutte le AA.SS.LL e le AA.OO. devono predisporre un "Piano di comunicazione aziendale" che, in merito alle liste di attesa e tenendo conto dei diversi target, espliciti:

- come si intende promuovere il ricorso appropriato alle prestazioni;
- il sistema dell'offerta e la sua accessibilità;
- le innovazioni normative ed organizzative;
- le caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- le regole a tutela dell'equità e della trasparenza

in accordo agli indirizzi del presente piano regionale sulle liste di attesa.

Di seguito sono altresì dettagliate alcune informazioni nonché modalità e strumenti di comunicazione ritenuti essenziali o utili al fine di garantire equità e trasparenza all'assistito.

Al momento della prescrizione: Informativa su tempi e liste di attesa per l'assistito

L'assistito, al momento della prescrizione, deve essere informato circa:

- la scelta della classe di priorità effettuata e la possibilità, limitatamente ai ricoveri, che essa

possa essere modificata in fase di accettazione;

- per quali prestazioni è obbligatoria la prenotazione;
- per quali prestazioni è obbligatoria la prescrizione;
- le modalità di accesso alla prenotazione nel rispetto della libera scelta dell'utente (istituzionale, libero-professionale) e caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- tempi massimi garantiti a seconda della classe di priorità e del tipo di prestazione.

Al momento della richiesta di prenotazione: Informativa su tempi e liste di attesa per l'assistito

In accordo alla deliberazione n. 4061 del 7/9/2001 e alla legge n.724 del 23/12/94, è necessario garantire la trasparenza della gestione delle liste di attesa fornendo al cittadino tutte le informazioni utili.

Pertanto l'assistito, al momento della richiesta di prenotazione, deve essere informato su:

1) la libertà di scelta, per le prenotazioni in regime istituzionale, della:

- Data di prenotazione tra un insieme di date disponibili offerte dal sistema di prenotazione per quella specifica prestazione;
- Ambito territoriale/ Struttura erogatrice tra quelle disponibili per la prestazione richiesta;

2) dove si trova l'elenco aggiornato degli ambiti territoriali con le relative strutture erogatrici

che sono obbligate ad assicurare il rispetto del tempo massimo e per quali prestazioni (es. siti web, farmacie, ambulatori, URP etc.);

3) il tempo massimo (espresso in giorni) stabilito dall'azienda/regione relativo alla prestazione richiesta ed alla classe di priorità;

4) la possibilità di modificare o annullare la prenotazione;

5) le modalità disponibili per richiedere la modifica o l'annullamento della prenotazione (es. mediante telefono, sportelli CUP, ambulatorio del medico, farmacia etc.);

6) l'obbligo dell'assistito di comunicare l'annullamento della prenotazione utilizzando una delle modalità del punto 6;

7) la precisazione che la data di prenotazione è la data prevista per l'erogazione della prestazione e non la data effettiva dell'erogazione della prestazione. Qualora la data di prenotazione non coincida con la data effettiva di erogazione, quest'ultima dovrà essere comunicata tempestivamente all'assistito;

8) In caso di superamento del tempo massimo l'assistito dovrà essere informato:

- sulle motivazioni che hanno determinato il superamento del tempo massimo;

- che gli è garantita comunque la prestazione senza ulteriori oneri economici;

- chi è il responsabile del procedimento (nominativo e telefono);

9) Informativa sulla privacy e sul rilascio del consenso per il trattamento dati mediante CUP.

Ad avvenuta prenotazione: Notifica scritta della prenotazione da rilasciare all'assistito

Dal D.lgs 124/98, all'art. 3, comma 10, emerge, relativamente al tempo massimo intercorrente tra la richiesta e l'erogazione delle prestazioni, che "di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione".

Pertanto, ciascun cittadino che richieda una prestazione presso tutti i centri di prenotazione delle Aziende Sanitarie e l'Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico Pascale dovrà ricevere per iscritto la notifica del tempo massimo relativo alla prenotazione nelle strutture erogatrici individuate dall'azienda.

URP e altri sportelli informativi

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per il suo specifico ruolo di interfaccia tra cittadini, direzioni sanitarie e servizi, può essere considerato una struttura particolarmente idonea per promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio. Il massimo sforzo dovrà essere impiegato per trasmettere informazioni ai cittadini riguardo al sistema complessivo dell'offerta e alla sua accessibilità, alle innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza.

Carta dei Servizi

Il D.P.C.M. del 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari" sottolinea l'importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino e la necessità di prestarvi un'adeguata attenzione.

Lo schema sopra citato si riporta alla legge del 7 agosto 1990, n. 241 («Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi») che ha dettato le nuove regole per i rapporti tra i cittadini e le amministrazioni, viste nel momento dell'esercizio di poteri autoritativi.

Il D.P.C.M. del 19 maggio 1995 è stato ripreso nella deliberazione n. 4061 del 7 settembre 2001, dove è evidenziata anche la necessità di offrire ai cittadini, singoli ed associati ed in modo costante e completo, una informazione generale delle diverse opzioni che l'intero sistema offre, nonché delle azioni di miglioramento della qualità che, ad ogni livello, vengono intraprese.

La «Carta» è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità e tempestività dei servizi erogati.

La Carta dei servizi, pertanto, deve indicare:

- quali prestazioni sanitarie eroga l'azienda sanitaria (ASL, AO, IRRCS e Policlinici universitari);
- con quali modalità di accesso eroga le suddette prestazioni,
- con quali tempi di attesa eroga le suddette prestazioni;
- quali sono i tempi massimi aziendali in base alle classi di priorità ed alle prestazioni richieste;
- quali ambiti territoriali/ strutture erogatrici devono rispettare i tempi massimi e per quali prestazioni;
- luoghi, giorni e orari di prenotazione presso ciascuna struttura erogatrice.

Internet e portali web

Il Ministero della Salute ha recentemente condotto un'indagine sull'utilizzo di internet per l'informazione ai cittadini in merito alle liste d'attesa (*«Rapporto nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi e liste di attesa nei siti Web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale»*).

Dall'indagine fatta risulta una scarsa utilizzazione su tutto il territorio nazionale da parte delle Regioni, P.A. e strutture sanitarie del proprio sito Web, strumento che ha delle potenzialità enormi come mezzo di comunicazione e di informazione verso utenti ed operatori.

Pertanto, si ritiene necessario sostenere e potenziare l'utilizzo di internet su tutto il territorio regionale tenendo anche conto di quanto indicato nel Codice dell'Amministrazione digitale, pubblicato nel maggio 2005 e integrato nell'aprile 2006, ove si sottolinea l'importanza della accessibilità, usabilità ed elevata reperibilità come aspetti sinergici da considerare nella progettazione e realizzazione di siti istituzionali.

In particolare la Regione e le Aziende Sanitarie devono esporre sui propri portali web tutte le informazioni necessarie per i cittadini relative ai tempi e alle liste di attesa.

Nel piano regionale di contenimento delle liste di attesa è stato predisposto l'elenco delle informazioni articolate in due parti, la prima inerente il portale regionale, e la seconda contenente le voci relative ai portali delle Aziende Sanitarie. Per ogni informazione è stato riportato un giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelle considerate essenziali e quelle ritenute potenzialmente utili.

I portali dovranno obbligatoriamente contenere le informazioni di rilevanza essenziale riportate nella tabella sopra citata.

AZIONE 2: MESSA A REGIME DEL SISTEMA CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP) IN MODALITA' WEB

Il Centro Unificato di Prenotazione (CUP) è un sistema informatizzato centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie che consente di organizzare, con maggiore efficienza, le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di fornire informazioni ai cittadini.

I principi di politica sanitaria che esso introduce possono essere così riassunti:

- favorire una maggiore equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie disponibili;
- garantire la trasparenza delle modalità e dei criteri di accesso ai servizi;
- consentire l'integrazione delle risorse operanti in un determinato contesto organizzativo e/o territoriale.

Il Progetto regionale

La Regione Campania ha sviluppato sin dal 2001 un Piano strategico della Società dell'informazione che, approvato in sede nazionale e comunitaria, definisce le linee guida sia per lo sviluppo del sistema informativo dell'ente Regione, che più in generale della Regione Campania nel suo complesso. In tale contesto la Regione Campania vanta dei sicuri primati, come quello di aver realizzato un progetto che definisce un modello per lo sviluppo del "Sistema Pubblico di Interoperabilità per la Cooperazione applicativa della Campania" (SPICCA). Il tutto al fine di garantire la realizzazione di sistemi aperti interoperabili che consentono, secondo standard aperti non proprietari, la cooperazione e l'interscambio tra sistemi informativi di diversi Enti.

Nell'ambito di tale Progetto è stata sperimentata una prima applicazione basata sulla Cooperazione Applicativa in campo sanitario relativa alla fase di prenotazioni delle prestazioni sanitarie: con deliberazione della Giunta Regionale n. 3142 del 31.10.2003 è stato approvato il Piano della Regione Campania per lo sviluppo di sistemi informatici di supporto alla gestione di servizi sanitari: il CUP della Regione Campania.

In esecuzione del citato Progetto le Aziende della Regione Campania devono anche provvedere a potenziare ed adattare i propri CUP per renderli disponibili nella Rete della Regione Campania in modalità WEB secondo standard predefiniti.

E' in fase di completamento l'infrastruttura tecnologica ed applicativa del nodo regionale centrale il cui ruolo è quello di garantire l'integrazione, la cooperazione e l'interscambio in modo efficace ed efficiente dei Sistemi CUP delle diverse Aziende e che consentirà la prenotazione delle prestazioni. Con il citato modello i Cup delle Aziende continueranno ad avere, giustamente, la diretta responsabilità sui dati e sui servizi erogati.

Inoltre, il sistema consentirà alle AA.SS.LL. ed alle AA.OO. della Regione di operare in maniera federata, consentendo agli utenti di ogni Ente, nel rispetto dei propri ruoli, di fruire dei servizi applicativi messi a disposizione dai sistemi informativi di tutte le strutture della Regione.

In questa prima fase di sperimentazione saranno garantite con il CUP le prenotazioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Successivamente, partendo dai risultati ottenuti nella fase di sperimentazione e l'attività già programmata, si passerà ad una seconda fase in cui si estenderà il Progetto anche alle prestazioni di ricovero ordinario e diurno.

MONITORAGGIO DELLE AZIONI INDIVIDUATE

Al fine di rilevare, analizzare e valutare puntualmente l'efficacia delle azioni poste in essere, le Aziende sanitarie, unitamente ai rappresentanti della Medicina Generale, della Medicina Specialistica ambulatoriale ed ospedaliera e delle associazioni dei consumatori e degli utenti saranno direttamente coinvolte nelle attività di monitoraggio già previste dal Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa (Monitoraggio di Sistema e Monitoraggio delle Liste di Attesa).

Gli uffici regionali dovranno verificare il rispetto degli impegni assunti nei singoli programmi.

RISULTATI ATTESI

La realizzazione del progetto consente il conseguimento dei seguenti risultati:

- ✓ maggiore trasparenza ed efficacia del sistema sanitario tramite il corretto utilizzo delle modalità di comunicazione in relazione al destinatario (cittadino, associazioni di utenti, medici di MG, PLS, specialisti, altri operatori sanitari) e la completezza delle informazioni sulla tematica dei tempi di attesa e del relativo sistema di governo;
- ✓ miglioramento dell'accessibilità al sistema dell'offerta, in termini di facilità di prenotazione, orari, rispetto dei tempi, dislocazione delle strutture erogatrici;
- ✓ riconoscimento e effettivo esercizio da parte dei cittadini/utenti del diritto a ricevere una informazione generale, costante, attendibile ed aggiornata del sistema di offerta nonché delle azioni di miglioramento della qualità che, ad ogni livello, vengono intraprese.
- ✓ integrazione, cooperazione ed interscambio efficace ed efficiente dei Sistemi CUP delle diverse Aziende

INDICATORI DI RISULTATO

n. di piani di comunicazione aziendale predisposti: 60%

URP attivati: 60%

Carte dei Servizi aggiornate: 60%

portali web aggiornati: 60%

n. di CUP aziendali a regime in modalità web: 80%

PIANO ECONOMICO FINANZIARIO - Linea progettuale 6: Tempi di attesa

La DGRC n. 1746 del 5/10/2007 recepisce l'Accordo Stato Regioni del 29 marzo 2006 repertorio n. 69/CSR contenente gli obiettivi di carattere prioritario per l' Anno 2006 tra cui è presente la linea progettuale 6 per il Contenimento dei Tempi di Attesa

Risorse totali assegnate: € 15.304.183,76 di cui: € 5.101.394,58 per l'Azione 2 del progetto. La restante somma di € 10.202.789,17 sarà utilizzata per il potenziamento delle azioni di comunicazione e di informazione e per tutto quanto previsto dall'Azione 1.

All. I

3-AZIONE: RETE TERRITORIALE PER LA SALUTE MENTALE (LINEA PROGETTUALE 6)

DURATA

12 mesi

Importo Euro

€ 14.003.328,14

LOCALIZZAZIONE:

Aziende Sanitarie della Regione Campania

DESTINATARI

- Utenti affetti da patologie mentali, familiari, associazioni di categoria, nuova utenza con disagio psichico.
- Adolescenti che manifestino disturbi di tipo comportamentale.
- Soggetti con disturbi della condotta alimentare

CONTENUTI

Le azioni che si intendono proporre si innestano in continuità agli interventi attualmente avviati nei DD.SS.MM.e si configurano coerentemente con le linee di indirizzo nazionali e regionali (PON e POR). –Progetto Obiettivo regionale per la tutela della salute mentale approvato con D.G.R.C. 2132/2003.

Tali azioni hanno come obiettivo generale la promozione di interventi integrati che sostengano una cultura inclusiva della salute mentale ed un miglioramento delle condizioni di vita degli utenti e dei loro familiari.

A tale riguardo risulta fondamentale una strategia coerente e qualificata di accoglienza del disturbo mentale in strutture e spazi dedicati oltre alla promozione e sistematizzazione di percorsi di inserimento lavorativo, anche attraverso la promozione del coordinamento tra servizi pubblici e del privato sociale, e di inclusione sociale.

Attenzione strategica alle esigenze di collegamento tra neuropsichiatria infantile e psichiatria dell'adulto, tenuto conto delle esigenze di tempestività dei trattamenti, continuità terapeutica e sinergia tecnico-professionale.

Strategico risulta il coinvolgimento delle associazioni di familiari e delle agenzie educative del territorio per la promozione di modelli integrati di presa in carico globale del disturbo mentale libero da ogni tipo di stigma sociale.

Tale strategia integrata mira alla valorizzazione delle risorse territoriali promuovendo azioni di prevenzione della cronicità che evitino eventuali istituzionalizzazioni selvagge.

Inoltre risulta necessario attivare adeguati raccordi tra il DSM e i MM.MM.GG. che ottimizzino la procedura delle liste di attesa in relazione ai percorsi differenziati per tipologie di pazienti individuandone le relative priorità assistenziali.

Obiettivi e risultati

L'obiettivo è di rafforzare il sistema territoriale di presa in carico del soggetto con disagio mentale, ottimizzando la continuità dei percorsi terapeutici e garantendo una adeguata presa in carico globale. Lo scopo è di favorire l'integrazione tra i percorsi terapeutici di tipo riabilitativo e quelli di inserimento sociale e/o lavorativo.

Specificamente per l'utenza con disagio psichico in età evolutiva, è necessario promuovere e favorire protocolli specifici di raccordo fra i centri di salute mentale e i servizi territoriali dedicati all'età evolutiva.

Altro ambito d'intervento è la definizione di modalità di coinvolgimento dei familiari degli utenti, raggruppati in associazioni, con particolare riguardo per i servizi di auto aiuto e mutuo aiuto.

Di seguito per ciascuna tipologia di utenza definita, si riportano i singoli obiettivi operativi

1) **Implementazione e/o istituzione Centro diurno e residenziale a bassa intensità assistenziale.**

Modalità:

a) Incentivare interventi integrati socio-riabilitativi strettamente connessi con i protocolli terapeutici individualizzati con l'obiettivo di favorire l'integrazione socio-ambientale e relazionale, consentire la dimissione da strutture ad alta valenza sanitarie e programmare interventi personalizzati anche per ex pazienti degli OPG.

Inserimento socio-lavorativo.

Modalità:

a) Promuovere la costituzione di Cooperative di tipo "B" e/o la implementazione delle attività di quelle già esistenti, con il coinvolgimento attivo degli utenti per favorire i processi di autonomia.

b) Attivare progetti personalizzati socio-riabilitativi, orientati e alla rieducazione al lavoro, nella fase di pre-autonomia anche coinvolgendo il sistema imprenditoriale, associativo e del privato sociale.

2) **Istituzione di unità operative dedicate e/o attivazione di équipes multidisciplinari per l'età evolutiva**

Modalità:

a) Elaborazione di protocolli condivisi tra i servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta per la promozione di una coerente continuità del protocollo terapeutico di presa in carico al compimento della maggiore età.

b) Superamento dello stigma sociale nei confronti del disturbo mentale attraverso la promozione di interventi integrati di informazione e sensibilizzazione sulla prevenzione ed il trattamento dei disturbi mentali anche attraverso l'intesa con enti locali, scuole e associazioni di categoria.

3) **Gruppi di mutuo-aiuto ed ambulatori dedicati.**

Modalità:

- a) organizzazione di ambulatori dedicati per la presa in carico dei soggetti con disturbi del comportamento alimentare e/o di altre patologie di rilevanza territoriale;
- b) prevedere all'interno dei sistemi aziendali l'organizzazione di gruppi di mutuo e auto-aiuto tra utenti e familiari in stretta sinergia con le associazioni di volontariato valorizzandone il loro ruolo.

Indicatori:

- numero Centri istituiti e/o attivi
- numero utenti inseriti
- numero gruppi di mutuo-auto-aiuto
- numero accordi/convenzioni con associazioni di volontariato
- numero cooperative costituite
- numero utenti in carico
- numero piani di assistenza individualizzati anche con l'individuazione del care-giver
- numero progetti personalizzati di inserimento socio-lavorativo
- numero protocolli interdipartimentali
- numero utenti in carico
- numero accordi interistituzionali
- materiale informativo prodotto
- numero utenti coinvolti

TITOLO

Salute della donna e del bambino

Iniziative a favore delle gestanti, delle partorienti :

controllo del dolore durante il travaglio ed il parto vaginale

TIPO DI PROGETTO

progetto regionale ex art. 1 comma 34 e 34bis, legge 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del piano sanitario 2006-2008
Linea progettuale 7.

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

COSTO TOTALE

Euro 15.000.000,00

1 - CONTESTO GENERALE

L'Italia, pur essendo uno dei paesi a più elevato sviluppo, presenta nell'assistenza sanitaria carenze, particolarmente accentuate nelle regioni meridionali.

La riforma del SSN ed i Piani Sanitari Regionali hanno introdotto notevoli cambiamenti, ma bisogna ancora migliorare molto.

Le deficienze organizzative e socio-economiche pesano maggiormente sul settore ostetrico dove sono notevoli i progressi compiuti in questi ultimi anni con l'introduzione di sofisticate apparecchiature elettromedicali. Ciò ha richiesto da un lato il capovolgimento di concetti profondamente radicati, dall'altro la disponibilità di cospicue risorse finanziarie.

Negli ultimi trenta anni nel nostro Paese la dinamica demografica ha subito notevoli cambiamenti, come si evince dalla drastica riduzione dell'indice di natalità, che è passato da un valore del 16,8‰ ,rilevato nel 1970, al 9,5‰ registrato nel 2006. Inoltre, i progressi registrati nell'assistenza alla madre ed al bambino hanno modificato l'andamento dei principali indicatori di salute materno-infantile, come il tasso di mortalità materna (che è passato dal 53,6‰ per 1000 nati vivi del 1970 al 7,9‰ per 1000 nati vivi del 2004), la natimortalità (che si è ridotta dal 14,6‰ del 1971 al 3,9‰ del 2004) e il tasso di mortalità infantile (che è variato dal 29,6‰ del 1970 al 3,8‰ del 2004).

Nello stesso tempo l'Ostetricia ha acquisito progressivamente le caratteristiche di una disciplina medica le cui pratiche diagnostiche e terapeutiche cliniche, ma soprattutto laboratoristico – strumentali, sono enormemente progredite.

Le nuove tecnologie come l'ecografia, l'indagine genetica finalizzata alla diagnostica prenatale e l'anestesia epidurale, da un lato ci hanno consentito di monitorare la gravidanza e individuare le situazioni a rischio, dall'altro hanno portato ad un'eccessiva medicalizzazione dell'Ostetricia, o meglio ad una "chirurgizzazione" (es. un aumento dei tagli cesarei), considerando così il parto non più come un evento fisiologico.

Di fronte a questa situazione nel 1996, un gruppo di lavoro dell'OMS ha pubblicato un report che identifica gli obiettivi dell'assistenza alla nascita fisiologica, indipendentemente dal paese o dalla regione geografica ed indipendentemente dalla sede, dalle caratteristiche o dal livello del luogo in cui avviene il parto. Il documento richiama esplicitamente le " Raccomandazioni sulla nascita" pubblicate sulla rivista Lancet nel 1985 prodotte dall'ufficio regionale per l'Europa dell'OMS.

Tali linee guida sostenevano, fra l'altro, l'importanza del sostegno psico-sociale dell'assistenza alla nascita quale determinante nella riduzione degli esiti negativi, raccomandavano la partecipazione della donna alle decisioni sul parto, ponevano un limite massimo del 15% alla percentuale di tagli cesarei, raccomandavano la permanenza del neonato sano con la madre e l'immediato allattamento al seno.

Più recentemente, nel 2002, l'OMS ha pubblicato un manuale nel quale vengono descritte le componenti di base del nuovo modello di assistenza WHO alle gravidanze fisiologiche, che include solo gli interventi che si sono dimostrati efficaci in studi clinici randomizzati.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.) relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 raccomanda che la " tutela della salute in ambito materno-infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura", individua una serie di obiettivi da raggiungere cui corrispondono dettagliate azioni e indicatori. Fra gli obiettivi principali relativi al percorso nascita ci sono: l'umanizzazione, la riduzione dei tagli cesarei, la promozione dell'allattamento al seno, favorire il rapporto puerpera-neonato

E' necessario che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica

1.1 - CONTESTO LOCALE

La Campania è la regione italiana con la maggiore densità abitativa, il più basso indice di vecchiaia e la terza per tasso di fecondità.

Il rapporto sulla natalità in Campania 2006 (schede CEDAP) pone in evidenza come l'assistenza in gravidanza sia caratterizzata da sovraesposizione a pratiche diagnostiche (eccesso di ecografie, di controlli clinici, ecc.) o sottoesposizione per i gruppi di gestanti con maggior disagio sociale (madri nubili, immigrate, ecc.). L'assistenza al parto è distribuita su un consistente numero di Punti Nascita, dove ancora si rileva una alta percentuale di Tagli Cesarei, circa il doppio del tasso nazionale, con significativa prevalenza nei punti nascita privati a cui afferiscono gravidanze a basso rischio.

Caratteristiche Demografiche (schede CEDAP 2006)

REGIONI	TASSO DI FECONDITÀ ‰	TASSO DI NATALITÀ ‰	TASSO DI CRESCITA NATURALE ‰	TASSO MIGRATORIO ‰	INDICE DI INVECCHIAM. %
Lombardia	1,41	10,0	1,1	6,3	142
Campania	1,44	10,8	2,6	- 2,7	86
Sicilia	1,40	10,0	0,8	-0,9	109
ITALIA	1,35	9,5	0	6,4	139

2 – RIFERIMENTI NORMATIVI:

- P.O.M.I. 04/2000
- Piano Sanitario Nazionale
- Piano Sanitario Regionale
- Linee Guida per l'assistenza alla gravidanza ed al parto normale in Regione Campania -
- DGR 2413 del 25/07/03
- Protocollo per l'assistenza in gravidanza al parto e nel puerperio in condizioni di fisiologia in
- Regione Campania DGR 2413 del 25.7.2003
- Indicazione alla riduzione dell'incidenza del taglio cesareo- DGR n.118 del 02/02/05
- L.R. n.2 del 02/03/06 Norme per la promozione del parto fisiologico
- L.R. n.2041 del 23/11/07 Linee Guida alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere sulla promozione dell'allattamento al seno

3 - TARGET:

Destinatari del progetto : Gestanti e puerpere

Operatori Consultori Familiari/Punti Nascita ASL /AO

4 – STATO DELL'ARTE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE PER IL PERCORSO NASCITA IN REGIONE CAMPANIA

4.1 AZIONI PROMOSSE DALLA REGIONE CAMPANIA

La Regione Campania ha promosso, in questi anni, articolati indirizzi di programmazione finalizzati a promuovere interventi rivolti specificamente al percorso nascita.

A tale riguardo si richiamano di seguito alcune indicazioni regionali:

Gli atti d'indirizzo contenuti nella DGR n.2413 del 25.7.2003 dava mandato a tutte le AA.OO. e le AA.SS.LL. del territorio regionale di promuovere, sia in ambito delle strutture pubbliche che private, forti iniziative volte alla diffusione delle Linee Guida per l'assistenza al parto fisiologico ,anche definendo per singolo punto nascita obiettivi specifici di decremento al ricorso al taglio cesareo

In particolare si è richiesto alle AA.OO. e AA.SS.LL. di relazionare in merito a quanto segue:

- se erano stati effettuati i corsi ECM sulle Linee Guida per l'assistenza al parto fisiologico (DGR 2413/03) e sulle indicazioni al parto cesareo (DGR n.118/05), precisando le date in cui si sono svolti, i destinatari ed il numero di partecipanti (% sul totale dei destinatari) ;
- quante U.O. ostetrico-ginecologiche dei Punti Nascita pubblici e privati anche temporaneamente accreditati avevano elaborato ed attivato la prevista carta dei servizi, contenente informazioni sui servizi offerti dal punto nascita., sugli indici di qualità assistenziale della struttura, indicando la percentuale dei parti fisiologici e dei tagli cesarei per singolo punto nascita. quale modello di consenso informato veniva somministrato alla partoriente e quale erano le modalità con le quali la stessa viene informata sui rischi connessi al parto chirurgico;
- le Linee Guida nazionali e regionali indicano come luogo privilegiato per l'offerta dei corsi di preparazione al parto i Consultori Familiari, si richiedeva quindi, quali e quanti punti nascita avevano organizzato e corsi e se il programma del corso conteneva la corretta informazione utile a prevenire il ricorso improprio al taglio cesareo;
- quali iniziative erano state prese al fine di favorire, nell'assistenza al percorso nascita, l'adozione di procedure basate sull'evidenza scientifica (EBM) e la riduzione delle pratiche non raccomandate;

4.2 SITUAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE

A seguito degli atti di indirizzo sopra richiamati le AA.SS.LL./AA.OO. della Regione Campania, hanno attivato azioni volte a:

- migliorare la formazione degli operatori impegnati nel Percorso Nascita

- realizzare campagne promozionali del percorso nascita in ogni specifico ambito territoriale di riferimento;
- migliorare le competenze e le relazioni di lavoro tra le diverse professionalità e le diverse strutture.

5 - *CONSIDERAZIONI GENERALI E STRATEGICHE*

Visti gli obiettivi dati dalle Linee Guida progettuali ministeriali, il presente programma intende realizzare a livello regionale, in linea con gli indirizzi normativi regionali sopra richiamati, interventi necessari allo sviluppo di un processo di maggiore tutela della salute delle madri e dei nati, volto a:

- 1) migliorare l'assistenza nel Percorso Nascita secondo quanto riportato nelle Linee Guida regionali (DGR2413/03), favorendo l'accesso delle future mamme ai servizi territoriali (Consultori Familiari) per assicurare la presa in carico della gestante, sia sanitaria che sociale, e i corsi di preparazione alla nascita;
- 2) promuovere la continuità di assistenza tra territorio e Punto Nascita, favorendo l'afferenza al punto nascita competente per bisogno di salute della madre e del neonato (accreditamento dei PN per livello di cure che possono erogare);
- 3) implementare l'utilizzo di procedure assistenziali appropriate, anche al fine di ridurre l'eccessivo ricorso al parto cesareo, che nella nostra Regione è in continua crescita, in particolare nelle strutture private, dove peraltro partoriscono in prevalenza gravide a basso rischio;
- 4) implementare l'applicazione, da parte dei Punti Nascita della Regione, dei protocolli di assistenza al travaglio/parto fisiologico, dati dalle menzionate Linee Guida, attenti alle esigenze di sicurezza, ma rispettosi degli aspetti psico-emotivi della nascita;
- 5) adottare strategie volte a raggiungere i gruppi di gravide a maggior rischio sociale, concentrate in aree geografiche in cui occorrono adeguati e specifici interventi socio-sanitari di prevenzione finalizzati a ridurre il rischio perinatale;
- 6) attivare percorsi di formazione, rivolti agli operatori territoriali e dei punti nascita, che favoriscano anche l'acquisizione di competenze sull'utilizzo di tecniche di controllo del dolore durante il travaglio/parto vaginale.

SCHEMA LOGICO

OBIETTIVO GENERALE	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
Riorganizzare il percorso assistenziale per la gravidanza, il parto e il puerperio fisiologico. (Linee guida Regionali), curando anche l'implementazione di tecniche di controllo del dolore durante il travaglio/parto vaginale	Elaborazione e Condivisione di protocolli tra Punti Nascita e Consultori Familiari afferenti per realizzare una reale continuità metodologica e assistenziale Messa a punto di percorsi formativi rivolti agli operatori consultoriali e dei punti nascita, prevedendo specifiche sessioni sulle tecniche di controllo del dolore durante il travaglio/parto vaginale	Elaborazione Protocolli Nr di gravide seguite nel percorso nascita/ Nr totale di gravide che si rivolgono ai consultori	Stesura e messa a regime dei protocolli operativi per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologico tra Punti Nascita del progetto e territorio Elaborazione Linee Guida sull'utilizzo appropriato delle tecniche di controllo del dolore durante il travaglio/parto vaginale

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
1) Migliorare le competenze e le relazioni di lavoro tra le diverse professionalità e le diverse strutture	Qualificazione del personale Definizione e Integrazione dei ruoli professionali nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologico	N° di corsi di aggiornamento attivati N° di incontri realizzati tra le diverse strutture	Miglioramento nelle specifiche competenze Uniformità e continuità assistenziale nelle procedure dell'equipe multidisciplinare dei Punti Nascita e dei Consultori Familiari Miglioramento del clima relazionale
2) Tutelare la gravidanza e il parto fisiologico, promuovendo tecniche di controllo del dolore durante il travaglio/parto vaginale	Potenziare l'offerta dei corsi di preparazione al parto/nascita nei Consultori Familiari Adeguate le sale travaglio per favorire la riservatezza e la tranquillità alla donna durante il travaglio Presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto Favorire contatto madre-bambino	Nr di corsi implementati Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi / nr di donne che si rivolgono alle strutture Percentuale di sale travaglio adeguate Percentuale di parti con presenza di persona indicata dalla donna Percentuale di bambini attaccati al seno entro le prime due ore/ tot. dei nati	Attivazione in tutti i Consultori Familiari dei corsi di preparazione alla nascita Formazione e Sensibilizzazione del personale sanitario nei Punti Nascita Sul totale dei parti nei punti nascita aderenti al progetto, 20% avverrà con presenza di persona scelta dalla donna Incremento della percentuale dei neonati attaccati al seno entro le due ore.

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
3) Promozione allattamento al seno	Rooming-in Corsi preparazione alla nascita e di assistenza post-nascita	% di neonati per i quali è stato praticato il rooming-in in forma diurna e nelle 24h Nr corsi attivati Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi/ nr totale delle gravide che si rivolgono al consultorio e ai punti nascita Percentuale di donne assistite dopo il parto Percentuale di donne che partecipano ai corsi post-nascita Percentuale di donne che allattano al seno fino al terzo al mese	Aumento del n. dei bambini che praticano il rooming-in 80% delle donne che partecipano ai corsi risultano preparate ad affrontare le prime cure al neonato (allattamento esclusivo al seno e accudimento).
4) Tutelare il puerperio	Attivazione della rete sanitaria Ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato a rischio socio-sanitario	Percentuale di neonati sani assistiti a rischio socio sanitario/ nr totale dei nati. Percentuale di neonati con patologie assistiti a domicilio/ totale nati Percentuale di puerpere assistiti a domicilio	Attivazione della rete sanitaria: Punti nascita/territorio /PLS Percentuale di PLS coinvolti nella rete di assistenza socio-sanitaria.
5) Promuovere la formazione del personale	Attuazione corsi di formazione per ostetriche su: “Tecniche non medicalizzate di controllo del dolore durante il travaglio/parto vaginale” Attuazione corsi di formazione su: Appropriato utilizzo tecniche medicalizzate (analgesia) per il controllo del dolore durante il travaglio/parto vaginale	Nr. di ostetriche formate/ Nr totale ostetriche dei C.F. e dei P.N. Nr di operatori formati/ Nr totale destinatari formazione	% di donne che hanno partorito con assistenza ostetrica non medicalizzata: “ONE to ONE” Studio, monitoraggio e valutazione dei benefici, dell’efficacia e dei rischi delle tecniche utilizzate nei Punti Nascita (report semestrale)