

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria - Deliberazione n. 995 del 22 maggio 2009 - 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 PSN per l'anno 2009.

PREMESSO che:

- il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, a cui occorre far riferimento non essendo ancora approvato il PSN 2009/2011, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti, sociali e civili, in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'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.
- Il comma 34bis del predetto art. 1, aggiunto dall'art. 33 delle legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'art. 79, comma 1quater, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, aggiunto dalla relativa legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133, prevede che per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel PSN, le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.
- La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del FSN ai sensi del comma 34.
- La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del PSN fino all'anno 2008.
- A decorrere dall'anno 2009, il CIPE, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni provvede a ripartire tra le regioni, le medesime quote vincolate, all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di FSN di parte corrente.
- Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'Economia e delle Finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni.
- La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.
- con l'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 25 marzo 2009 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 individuate nell'allegato A, le seguenti linee progettuali per l'utilizzo nel 2009, 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 :
 - cure primarie
 - la non autosufficienza

- la promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità
 - le cure palliative e la terapia del dolore
 - interventi per le biobanche di materiale umano
 - la sanità penitenziaria
 - l'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano
 - piano nazionale di prevenzione
 - tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita
 - linee progettuali candidabili al cofinanziamento.
- Per quanto attiene ai vincoli specifici sulle risorse per l'anno 2009, sono stati stabiliti per la Regione Campania:
- Cure primarie: il 25% delle risorse, all'interno delle quali, per il progetto "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie" è stato confermato il vincolo di euro 974.750,00;
 - Interventi in materia di biobanche di materiale umano: si è ritenuto di vincolare euro 1.462.125,00;
 - Cure palliative e Terapia del dolore: si è ritenuto di vincolare euro 9.747.500,00;
 - Piano Nazionale della Prevenzione: si conferma il vincolo degli anni precedenti di euro 23.393.999,00 stabilendo che in vista della prossima emanazione del nuovo Piano, le regioni per l'anno 2009, hanno l'opportunità di completare e consolidare i programmi in corso di attuazione mantenendo inalterati obiettivi e modalità di finanziamento.

CONSIDERATO che:

- nella seduta del 26 febbraio 2009, la Conferenza Stato-Regioni ha sancito, inoltre, l'Intesa sulla proposta del Ministro del lavoro, della Salute e delle politiche sociali di assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione, per l'anno 2009, degli obiettivi individuati nel PSN 2006-2008, con cui è stato stanziato per la Regione Campania un importo pari a € 154.239.237,00 di cui verrà erogato da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze il 70 per cento a titolo di acconto;
- al fine dell'erogazione della quota residua del 30 per cento si provvederà nei confronti delle singole regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali;
- ciascun progetto, ai fini dell'erogazione di quanto stanziato, debba essere corredato di un prospetto in cui siano evidenziati:
 - gli obiettivi che si intendono conseguire;
 - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - i costi connessi;
 - gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'investimento proposto,
- in conformità alle linee progettuali di cui all'Accordo Stato – Regioni del 25.03.09 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:
 - Linea progettuale 1 – Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h24: riduzione accessi impropri nelle strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi –
 - Linea progettuale 1 – Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie –
 - Linea progettuale 2 – Le cure domiciliari ai soggetti non autosufficienti nell'ambito del sistema territoriale di assistenza -
 - Linea progettuale 3 – Percorsi assistenziali nelle SUAP per soggetti in Stato Vegetativo e in Stato di minima coscienza –
 - Linea progettuale 4 – Le cure palliative e la terapia del dolore –
 - Linea progettuale 5 – Biobanca di sangue cordonale –

- Linea progettuale 6 - Tutela della salute in carcere: azioni mirate alle donne detenute, ai minori, agli internati – informatizzazione dei servizi
- Linea progettuale 7 – Attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano
- Linea progettuale 8 – Completamento e consolidamento dei programmi in corso di attuazione
- Linea progettuale 9 – Strutturazione della rete di servizi ospedalieri perinatali – Riprogrammazione del Servizio Trasporto neonatale
- Linea progettuale 9 – Umanizzare l'evento nascita - il parto indolore, allattamento materno precoce, rooming-in
- Linea progettuale 10 – Implementazione della rete unità spinali unipolari e delle strutture per gravi pazienti cerebrolesi
- Linea progettuale 10 – Promozione di attività di integrazione tra DSM e ospedali psichiatrici giudiziari -

RITENUTO:

- di dover approvare il riparto delle risorse vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 a valere sul FNS 2009, per complessivi euro 154.239.237,00; tra le dieci linee progettuali così come di seguito specificato:
 - cure primarie euro 38.559.810,00
 - la non autosufficienza euro 30.141.928,00
 - la promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità euro 10.000.000,00
 - le cure palliative e la terapia del dolore euro 9.747.500,00
 - interventi per le biobanche di materiale umano euro 980.000,00
 - la sanità penitenziaria euro 8.416.000,00
 - l'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano euro 3.000.000,00
 - piano nazionale di prevenzione euro 23.393.999,00
 - tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita euro 26.000.000,00
 - linee progettuali candidabili al cofinanziamento euro 4.000.000,00
- di approvare, altresì i sopra elencati progetti allegati, da inoltrare al Ministero della Salute il Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti comprese eventuali modifiche ed integrazioni di carattere tecnico ai progetti, richieste dal Ministero della Salute in sede di esame dei medesimi;
- Di precisare che per la linea progettuale 5 in Regione Campania è attiva sola la Banca di sangue cordonale.

Propone e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

- di approvare il riparto delle risorse vincolate, pari a € 154.239.237,00 di cui all'allegato sub A dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 26 febbraio 2009, assegnate alla Regione Campania per l'elaborazione di specifici progetti, ai sensi dell'art.1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle linee prioritarie individuate dall' Accordo Stato - Regioni del 25 marzo 2009 secondo gli importi di seguito indicati:
 - cure primarie euro 38.559.810,00
 - la non autosufficienza euro 30.141.928,00

- la promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità euro 10.000.000,00
- le cure palliative e la terapia del dolore euro 9.747.500,00
- interventi per le biobanche di materiale umano euro 980.000,00
- la sanità penitenziaria euro 8.416.000,00
- l'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano euro 3.000.000,00
- piano nazionale di prevenzione euro 23.393.999,00
- tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita euro 26.000.000,00
- linee progettuali candidabili al cofinanziamento euro 4.000.000,00
- di approvare i seguenti progetti che, allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:
 - Linea progettuale 1 – Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h24: riduzione accessi impropri nelle strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi –
 - Linea progettuale 1 – Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuro-motorie –
 - Linea progettuale 2 – Le cure domiciliari ai soggetti non autosufficienti nell'ambito del sistema territoriale di assistenza -
 - Linea progettuale 3 – Percorsi assistenziali nelle SUAP per soggetti in Stato Vegetativo e in Stato di minima coscienza –
 - Linea progettuale 4 – Le cure palliative e la terapia del dolore –
 - Linea progettuale 5 – Biobanca di sangue cordonale –
 - Linea progettuale 6 - Tutela della salute in carcere: azioni mirate alle donne detenute, ai minori, agli internati – informatizzazione dei servizi
 - Linea progettuale 7 – Attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano
 - Linea progettuale 8 – Completamento e consolidamento dei programmi in corso di attuazione
 - Linea progettuale 9 – Strutturazione della rete di servizi ospedalieri perinatali –
 - Linea progettuale 9 – Strutturazione della rete di servizi ospedalieri perinatali - Riprogrammazione del Servizio Trasporto neonatale
 - Linea progettuale 9 – Umanizzare l'evento nascita - il parto indolore, allattamento materno precoce, rooming-in
 - Linea progettuale 10 – Implementazione della rete unità spinali unipolari e delle strutture per gravi pazienti cerebrolesi
 - Linea progettuale 10 – Promozione di attività di integrazione tra DSM e ospedali psichiatrici giudiziari
- di trasmettere, i progetti sopraelencati al Ministero della Salute per la valutazione in ordine all'ammissibilità al finanziamento e per il successivo inoltro alla Conferenza Stato – Regioni ai sensi dell'accordo del 25 marzo 2009;
- di incaricare 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
Bassolino



Regione Campania – Assessorato alla Sanità

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.

Rep. Atti n. 57/CSR del 25 marzo 2009

Annualità 2009

Linea progettuale n. 1 – Le cure primarie.

TITOLO DEL PROGETTO

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

AREA COMPETENTE: AGC 20 Assistenza Sanitaria

Referenti operativi e amministrativi

Sub-progetti 1 e 2 - Settore 05 Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi dell'Emergenza – 118.

Sub-progetto 3 - Settore 01 Assistenza Sanitaria.

TEMPI PREVISTI: 3 ANNI.

COSTI DELL'INTERO PROGETTO: €37.585.060

	titolo sub-progetto	costo in euro
1	Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi)	15.000.000,00
2	Punti di Primo Intervento	5.000.000,00
3	Presidio Ambulatoriale Distrettuale	15.585.060,00
	totale	37.585.060,00

Contesto

Gli utenti si rivolgono al Pronto Soccorso per un sempre maggior bisogno di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o percepite come tali, e per la convinzione di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore e in tempi brevi. Il Pronto Soccorso è diventato, spesso, punto prevalente di riferimento per i cittadini, anche per le richieste che dovrebbero essere erogate da altri servizi socio assistenziali.

L'eccessivo ricorso improprio al Pronto Soccorso comporta:

- lunghe attese per i cittadini;
- elevata pressione sul personale sanitario;
- disagi e difficoltà nello svolgimento di attività sui pazienti a maggiore criticità;
- incremento rilevante dei costi.

In considerazione della elevata quota di inappropriata correlata a tale uso, sono stati proposti alcuni modelli organizzativi da realizzare in ambito ospedaliero e/o territoriale, che possano contribuire a contenere il fenomeno rispondendo alle esigenze sanitarie del cittadino, ben sapendo che nessun modello organizzativo è in grado da solo di risolvere con efficacia il problema.

I modelli di seguito individuati costituiscono alcune fattispecie, già riscontrabili in alcune realtà locali italiane, che possono essere ulteriormente sviluppati.

Per quanto riguarda i modelli ospedalieri, è opportuno sottolineare che il loro richiamo è unicamente finalizzato a promuoverne la transitoria implementazione, quale approccio "tattico" iniziale al problema, e che essi pertanto debbono essere considerati modelli utilizzabili nella sola fase di transizione.

I modelli territoriali, invece, costituiscono le vere risposte cui far riferimento per una definitiva sistematizzazione della problematica assistenziale in questione.

Il problema degli accessi impropri al Pronto Soccorso era già stato affrontato in modo parziale, con l'introduzione del sistema del Triage e della partecipazione alla spesa del codice bianco. Attualmente gli indirizzi ministeriali propongono i seguenti modelli organizzativi, che di seguito saranno descritti.

Per il livello ospedaliero abbiamo:

- Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità (codici bianchi)
- Punti di Primo Intervento

Per il livello territoriale abbiamo:

- Il Presidio Ambulatoriale Distrettuale
- Assistenza Territoriale Integrata
- Ambulatorio Territoriale integrato

Obiettivi qualitativi dell'intervento

Con il presente progetto si intendono perseguire tre obiettivi per realizzare un'assistenza h24 con la finalità di contribuire ad una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso, mediante una gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri, utilizzando i modelli organizzativi proposti.

Il primo obiettivo, da raggiungere nell'arco del primo anno di realizzazione del progetto, è quello di creare un ambulatorio per la gestione dei codici bianchi, funzionalmente collegato al pronto Soccorso, avviando nel contempo una serie di attività formative del personale sanitario e di campagne informative di sensibilizzazione della popolazione, che favoriscano un uso più appropriato del Pronto Soccorso, favorendo il passaggio delle patologie meno complesse ad un contesto territoriale di assistenza in emergenza. Con il secondo obiettivo ci si propone di attivare, sempre per il livello ospedaliero, dei Punti di Primo Intervento in aree territoriali disagiate o prive di presidi sanitari, per garantire una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza e a situazioni di minor gravità, come si dirà di seguito. Tali punti di Intervento possono rappresentare una risposta ad una parte selezionata di domanda della popolazione alla prevista uscita di alcuni presidi ospedalieri dalla rete dell'emergenza, conseguente alla attuazione della Legge Regionale n. 16/2008. Il terzo obiettivo consiste nell'attivazione di Presidi Ambulatoriali Distrettuali, gestiti dai Medici di Continuità Assistenziale, quale punto di riferimento dell'assistenza territoriale per il cittadino, che deve identificare un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in h24. Ciascun obiettivo andrà attuato in momenti diversi del progetto, per consentire un graduale passaggio da un modello prevalentemente a risposta ospedaliera ad uno più centrato sul territorio.

Nello specifico gli obiettivi sono:

1) Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi): da attivare presso i presidi ospedalieri cittadini nei quali il Pronto Soccorso registra frequentemente un iperafflusso di utenti o condizioni di flussi periodicamente elevati o irregolari. Tale ambulatorio ha la finalità di garantire una risposta sanitaria a quei soggetti che non presentano patologie a carattere di emergenza-urgenza. È funzionalmente collegato al presidio ospedaliero e può essere collocato nella stessa struttura o nelle sue immediate vicinanze, con percorsi di accesso ben differenziati da quelli del Pronto Soccorso.

Condizione indispensabile per il funzionamento di tali strutture è l'attivazione di un efficiente Triage dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso. Qualora all'esito della visita medica presso l'Ambulatorio venga accertato un livello più grave di patologia rispetto alla classificazione di "codice bianco" attribuita al medesimo nell'ambito del Triage del Pronto Soccorso, si provvederà a reinserire il paziente stesso nel canale "ordinario" del Pronto Soccorso. In altri casi, se necessario, dopo la valutazione, al fine di garantire una continuità di cura con quanto intrapreso, il paziente può essere indirizzato ad una struttura specialistica ambulatoriale attraverso un percorso agevolato che preveda, eventualmente, la prenotazione per esami e/o ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi.

L'orario di attività dell'ambulatorio varia a seconda delle dimensioni della struttura e del numero degli accessi.

Gli ambulatori sono gestiti da Medici di Continuità Assistenziale (MCA), dai medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale e in particolari contesti e per particolari esigenze può essere prevista una contrattazione con i MPA. Il numero delle unità mediche presenti sarà rapportato al numero medio di accessi alla struttura.

La responsabilità organizzativa e amministrativa è del distretto dell'Azienda Sanitaria territorialmente competente, che si assume anche l'onere economico del personale impiegato. Il funzionamento è formalmente concordato e coordinato con l'Azienda che gestisce le attività del Pronto Soccorso.

I requisiti minimi strutturali dell'ambulatorio sono quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente.

La realizzazione di questo modello:

- Consente la gestione dei pazienti in condizioni di non urgenza, educando gli utenti al corretto utilizzo dei servizi di emergenza urgenza;
- Ottimizza le prestazioni del PS.

Il recente passaggio alla dipendenza dei medici dell'emergenza, conclusosi 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 ed infermieristico dell'emergenza, con l'individuazione di compiti anche nell'area di accettazione del pronto soccorso, previa adeguata formazione dedicata, secondo le linee guida nazionali approvate dalla Conferenza Stato Regioni del 22 maggio 2003. In base a tali orientamenti è possibile ipotizzare l'utilizzo, previa formazione, di questo personale affiancando sia il medico della continuità assistenziale che l'eventuale Medico di Medicina Generale.

Analogamente è possibile individuare presso gli ospedali pediatrici percorsi dedicati ai pazienti pediatrici attivando *Ambulatori per la gestione dei codici bianchi pediatrici* gestiti con le stesse modalità organizzative, considerate anche le previsioni della DGRC n. 2068 del 12 novembre 2004 "Approvazione Linee Guida Regionali per l'ottimizzazione dell'assistenza ospedaliera in Neonatologia e pediatria d'urgenza". Nello specifico si prevedeva un'unità di continuità assistenziale, costituita dai medici dell'Emergenza Territoriale, finalizzata alla copertura delle prestazioni ambulatoriali. L'istituzione di tali strutture doveva rispondere alle specifiche esigenze individuate dalle direzioni delle AA.SS.LL. territorialmente competenti per la disciplina dei turni notturni, festivi ect. Tale normativa può essere ripresa, ma l'applicazione nel concreto della norma richiede l'impiego indispensabile dei pediatri di libera scelta, da affiancare al personale dell'Emergenza Territoriale, il quale dovrà essere adeguatamente formato vista la specificità dell'assistenza pediatrica .

2) Punti di Primo Intervento (PPI)

Sono denominati Punti di Primo Intervento quelle strutture distribuite omogeneamente sul territorio secondo le esigenze locali e con orario di attività articolato nell'arco delle 12 ore giornaliere, in cui non sono presenti servizi riferibili alle cure primarie. Le competenze cliniche e strumentali sono adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento ed in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

Si distinguono in:

- Punti di Primo Intervento situati nell'ambito di Presidi delle Aziende Sanitarie Locali, individuati dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera;

- Punti di Primo Intervento temporanei, fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa, sportive, culturali e religiose.

Il Punto di Primo Intervento è di norma una postazione territoriale della rete dell'Emergenza-Urgenza, presso cui operano i Medici dell'Emergenza Territoriale, ma è possibile ipotizzare l'utilizzo dei medici di Continuità Assistenziale (MCA), e in particolari contesti e per particolari esigenze può essere prevista una contrattazione con i MAP (Medici di Assistenza Primaria). I Punti di Primo Intervento devono garantire una prima risposta sanitaria all'Emergenza-Urgenza sul territorio ed operare, in stretto collegamento funzionale con le altre Unità Operative del DEA (ospedali di 2° e 3° livello secondo la LR 16/2008), sulla base di un comune codice di comportamento assistenziale per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero. La responsabilità organizzativa e amministrativa è del distretto dell'Azienda Sanitaria territorialmente competente, che si assume anche l'onere economico del personale impiegato, sia nel caso dei medici dell'Emergenza Territoriale, sia dei medici di continuità assistenziale che dei MAP. Anche in tal caso può essere previsto l'utilizzo, dopo adeguata formazione, del personale medico dell'Emergenza da riallocare.

Nei Punti di Primo Intervento non si effettuano ricoveri urgenti né si attivano procedure di accettazione in urgenza.

La loro attivazione permette, in alcuni casi, una razionalizzazione della rete del Pronto Soccorso, riconvertendo strutture non in grado di mantenere standard elevati di prestazioni e, in altri casi, in particolare in zone disagiate, costituisce un riferimento sanitario in h24 per la popolazione.

3) Il Presidio Ambulatoriale Distrettuale: costituisce punto di riferimento dell'assistenza territoriale per il cittadino che deve identificare un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in h24.

Si tratta di ambulatori distrettuali gestiti dai Medici di Continuità Assistenziale per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie, collocati strategicamente, a regime, in strutture individuate dalle ASL:

- situati in aree distanti da presidi ospedalieri;
- situati presso aree ad alta densità abitativa e/o aree di interesse turistico;
- almeno uno per distretto sanitario.

L'ambulatorio deve essere collocato in sede distinta dal Pronto Soccorso per evitare che i cittadini continuino ad identificarlo come luogo unico al quale rivolgersi per qualsiasi problema. La strutturazione di tali ambulatori dovrà essere strettamente collegata con la valutazione logistica delle viabilità di accesso al presidio ospedaliero. Tale logistica deve garantire nell'accesso del paziente una fruibilità prioritaria dell'ambulatorio distrettuale rispetto al presidio ospedaliero.

In linea di massima tale struttura dovrebbe essere localizzata vicino ad una postazione di ambulanze del 118, al fine di poter trasferire il paziente presso l'Ospedale di riferimento, qualora se ne verificasse la necessità. Nulla vieta che i due Servizi siano

collocati nella stessa struttura, anche per ottimizzare i costi, purché il personale sia differenziato e ciascuno svolga il proprio compito.

Le prestazioni erogabili sono quelle tipiche dell'ambulatorio del medico di MMG e del PLS: visita medica, prescrizione di farmaci salvavita, certificazione per turnisti, medicazioni, prestazioni urgenti che richiedono un servizio di primo soccorso, prestazioni di particolare impegno (di cui all'allegato D dell'ACN della MG). In tale ambito possono essere fornite anche prestazioni infermieristiche.

Per ogni turno deve essere presente almeno una unità medica e una unità di personale infermieristico.

L'accesso può avvenire direttamente, tramite invio da parte del MMG o del Pronto Soccorso di riferimento dopo effettuazione del Triage. All'ambulatorio possono accedere non soltanto gli assistiti ma tutti i cittadini, compresi i non residenti.

L'ambulatorio è funzionante sia nelle ore di attività propria della Continuità Assistenziale (notturne, festive e prefestive) sia nelle ore diurne dei giorni feriali.

In particolare, l'attività svolta nelle ore diurne è rivolta, preferibilmente, a quei cittadini presenti in città per lavoro, turismo o studio, non iscritti con un medico di famiglia del luogo, che abbiano necessità assistenziali non rinviabili ma risolvibili ambulatorialmente.

Nel Presidio Ambulatoriale Distrettuale si può prevedere la pronta disponibilità di Medici Specialisti Ambulatoriali Interni per prestazioni di primo intervento per alcuni gruppi di patologie.

La possibilità di avere una sede unica come punto di riferimento per il soddisfacimento di bisogni sanitari insorti improvvisamente con la possibilità di avere una copertura oraria che comprenda l'orario in cui normalmente gli studi medici sono chiusi è una opportunità che non deve essere tralasciata.

La partecipazione al progetto si configurerebbe quale sviluppo dell'Associazione in Rete con apposito collegamento telematico per la consultazione delle cartelle cliniche dei pazienti di tutta l'Associazione.

A turno garantiscono l'espletamento di un giorno di studio presso la sede unica e sempre a turno garantiscono la copertura nell'orario di chiusura degli studi medici (13.00-16.00)

L'immobile adibito a sede unica rimane di proprietà dell'Azienda Sanitaria Locale, la messa a disposizione non costituisce beneficio aggiuntivo per i MMG, in quanto gli stessi continueranno a mantenere con oneri a proprio carico gli ambulatori periferici.

Il modello organizzativo proposto prevede una maggiore copertura assistenziale sia attraverso un ambulatorio aperto con orario continuato presso la sede unica, sia attraverso un numero unico con possibilità di rintracciabilità e contattabilità da parte dell'operatore in sede del MMG.

L'uso del Call Center e la disponibilità del contatto con il MMG rappresentano sicuramente un filtro efficace per la riduzione degli accessi impropri al servizio di emergenza/urgenza.

Una eventuale integrazione con il servizio di Continuità Assistenziale potrebbe portare alla copertura oraria delle 24 h, qualora tale eventualità non fosse praticabile si potrebbe provvedere a sottoscrivere Protocolli di Intesa con i medici di Continuità

Assistenziale per garantire la copertura assistenziale per l'intero arco della giornata o in alternativa di ricevere la refertazione delle prestazioni effettuate dai Medici di Continuità Assistenziale.

La possibilità di avere un interlocutore unico da parte degli ospedali di riferimento lascia prefigurare una migliore gestione delle "Dimissioni Protette" anche nei cosiddetti giorni critici (Venerdì pomeriggio, Sabato) e comunque una migliore integrazione per condividere le informazioni essenziali del paziente al fine di evitare la duplicazione di prestazioni già effettuate e di ridurre i tempi di degenza.

L'Equipe sarà punto di riferimento per l'attività di specialisti convenzionati interni per i programmi di assistenza distrettuale nel campo della prevenzione cardiovascolare e degli screening oncologici.

Ambito di intervento

I OBIETTIVO - Si intendono coinvolgere tutte le Aziende Ospedaliere inserite nella rete dell'emergenza, pertanto le AORN Cardarelli, Santobono-Pausilipon, S. Sebastiano di Caserta, Rummo di Benevento, Moscati di Avellino, S.Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno.

Inoltre è prevista l'attivazione di tali ambulatori presso i Presidi Ospedalieri di ASL e/o i Presidi di ospedali classificati con un grande afflusso ai Pronto soccorso:

Provincia di Napoli:

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli Centro potrà scegliere tra i suoi Presidi Ospedalieri tre tra quelli che hanno un numero superiore ai 50.000 accessi annui al pronto soccorso.

L'Azienda sanitaria Locale Napoli Nord potrà scegliere tra i suoi Presidi Ospedalieri due tra quelli che hanno un numero superiore ai 50.000 accessi annui al pronto soccorso.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli Sud potrà scegliere tra i suoi Presidi Ospedaliere due tra quelli che hanno un numero superiore ai 50.000 accessi annui al pronto soccorso.

Provincia di Caserta:

L'Azienda Sanitaria Locale di Caserta potrà scegliere un Presidio Ospedaliero che abbia un numero di accessi al Pronto Soccorso annuo superiore ai 50.000 utenti.

Provincia di Salerno:

L'Azienda Sanitaria Locale di Salerno potrà scegliere due Presidi Ospedalieri che abbiano ciascuno un numero di accessi al Pronto Soccorso annuo superiore ai 50.000 utenti.

Provincia di Avellino:

L'Azienda Sanitaria Locale di Avellino potrà scegliere un Presidio Ospedaliero che abbia un numero di accessi al Pronto Soccorso annuo superiore ai 20.000 utenti.

Provincia di Benevento:

L'Azienda Sanitaria Locale di Benevento potrà scegliere un Presidio Ospedaliero che abbia un numero di accessi al Pronto Soccorso annuo superiore ai 20.000 utenti.

II OBIETTIVO

L'attivazione dei Punti di Primo Intervento dovrà essere prevista nei seguenti casi:

- come risposta ad una parte di domanda della popolazione nei casi della prevista uscita di alcuni presidi ospedalieri dalla rete dell'emergenza, conseguente alla attuazione della Legge Regionale n. 16/2008,

- per territori con particolari caratteristiche morfologiche e demografiche.
- come presidio mobile per zone a forte variabilità demografica per ragioni turistiche ad esempio: zona Amalfitana, Zona Cilento e Isole

III OBIETTIVO

Si intendono coinvolgere le aziende sanitarie locali dove siano già attivi gli ambulatori previsti dal primo obiettivo, in particolare è prevista l'attivazione di un presidio ambulatoriale distrettuale in connessione con ciascuno dei Presidi Ospedalieri precedentemente indicati dall'Obiettivo 1.

Azioni

- Programmi di formazione per il personale sanitario incluso quello infermieristico da utilizzare che opererà negli ambiti sia ospedalieri che territoriali per garantire un'assistenza alternativa la Pronto Soccorso.
- Uno specifico **gruppo tecnico multidisciplinare** costituito presso il Settore Assistenza Ospedaliera avrà il compito di elaborare proposte operative per la realizzazione degli interventi e di monitorarne l'attuazione.
- Realizzazione di campagne regionali e locali di **comunicazione** finalizzati al corretto utilizzo del servizio di emergenza, indirizzato a cittadini e all'assistenza primaria.
- Integrazione con il **Sistema informativo regionale** in emergenza urgenza, con particolare attenzione alla conseguente utilizzazione delle informazioni disponibili per la valutazione e la programmazione.
- Piena applicazione del **triage** 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, con particolare attenzione ai sistemi informatici che consentano il collegamento telematico per la consultazione in rete delle cartelle cliniche dalle associazioni dei medici previsti per i Presidi Ambulatoriali Distrettuali
- Implementazione e coinvolgimento nella rete informativa dei servizi di continuità assistenziale.
- Implementazione di programmi formativi regionali su temi specifici dell'assistenza in emergenza-urgenza, a partire da una ricognizione sulle **iniziative formative** aziendali rivolti al personale sanitario da utilizzare, incluso quello infermieristico, che opererà negli ambiti sia ospedalieri che territoriali per garantire un'assistenza alternativa la Pronto Soccorso.

Indicatori:

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

- I FASE – Valutazione e attivazione dei progetti da parte del gruppo tecnico. Realizzazione e monitoraggio degli indicatori riferiti a :
 - Numero di accesso nei PS di riferimento
 - Numero di accesso dei codici bianco nei PS
 - Numero di accesso ai Presidi Ambulatoriali distrettuali e ai Punti di Primo Intervento
 - Numero di prestazioni in consulenza specialistica e diagnostica di II livello richiesti dai Punti di Primo intervento e dagli Ambulatori per la gestione dei codici bianchi
- II FASE – Realizzazione/adequamento sistema informativo e formazione del personale coinvolto specificamente riferita ai modelli organizzativi attuati.
- III FASE – Valutazione degli esiti determinatisi dalla comparazione degli indicatori di fase 1 e 2 per la realizzazione di linee di indirizzo per l'organizzazione e il coordinamento funzionale della rete delle cure primarie nella gestione dell'assistenza sanitaria h24 per la riduzione degli accessi impropri alle strutture di emergenza.

Costi previsti

I costi connessi alla realizzazione del progetto sono riferibili alla attuazione della stessa progettualità, al costo aggiuntivo del personale impiegato, 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. Essi ammontano complessivamente a 37.585.060€, ripartiti secondo lo schema iniziale.

Tempi per il raggiungimento degli obiettivi

La durata del progetto sarà di tre anni.

Linea progettuale 1-all.b

Assessorato alla Sanità
Coordinamento Area Assistenza Sanitaria

Titolo

Facilitazione della comunicazione nei
pazienti con gravi patologie neuromotorie
progressive

Scheda di Progetto

DURATA

annuale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

Settore Fasce Deboli

Importo Totale:

Euro 974.750,00

PREMESSA

La Regione Campania intende sistematizzare ed implementare gli interventi integrati di assistenza proposti per le annualità 2007 e 2008 attraverso il consolidamento di procedure condivise di presa in carico globale.

DESCRIZIONE

Procedura per la corretta assegnazione e gestione di ausili alla comunicazione da destinarsi per l'assistenza territoriale integrata ai pazienti affetti da Patologie Neuromotorie progressive come la Sclerosi Laterale Amiotrofica o le distrofie muscolari.

La procedura in oggetto, come già indicato nel progetto presentato per le annualità precedenti, descrive il processo di assegnazione, acquisizione e gestione di ausili alla comunicazione effettuata per i pazienti affetti da Patologie Neuromotorie progressive in assistenza territoriale integrata; tale processo è da intendersi dal momento in cui viene valutata l'opportunità di dotare il paziente dell'ausilio al momento in cui l'ausilio stesso viene fornito al paziente, nonché il monitoraggio sistematico del sistema macchina/paziente.

Per la garanzia della corretta procedura di verifica dei requisiti clinici e successiva assegnazione le ASL hanno individuato appositi referenti territoriali che cureranno tutte le fasi di presa in carico globale del cittadino avente diritto, inoltre, per ogni azienda un responsabile unico del procedimento è deputato all'avvio ed al monitoraggio dell'iter di acquisto nelle more della istituzione di apposito "Centro di Riferimento Assistenziale (CRA)" accreditato nell'ambito del progetto Regionale di "Assistenza territoriale integrata per pazienti affetti da patologie neuromotorie", così come delineato nel progetto presentato per l'annualità 2007.

La presente procedura si applica per tutti i pazienti affetti da patologie neuromotorie progressive in assistenza territoriale integrata che necessitano di ausili che possano rivelarsi utili ad un sensibile miglioramento della loro qualità di vita in termini di comunicazione e di relazione.

TARGET

Cittadini campani affetti da patologie neuromotorie progressive circa 100

Obiettivi Generali

Si tratta in particolare di strumenti destinati a facilitare la comunicazione interpersonale (comunicatori a tastiera, a sintesi vocale, a scansione, ecc.) e dispositivi che consentono ai pazienti con gravi limitazioni motorie di comandare apparecchiature elettriche, elettroniche ed informatiche (sensori ad azionamento meccanico, pneumatico, ottico, a biopotenziale) utilizzando le funzioni residue.

I "Sistemi di comunicazione aumentativa alternativa", tra cui rientrano gli ausili per la comunicazione basati sul movimento degli occhi sono utilizzati per consentire di comunicare nelle fasi più avanzate di gravi patologie neuromotorie invalidanti, quando restano soltanto i movimenti oculari a permettere al paziente l'interfacciamento con il mondo circostante.

Tra questi sistemi figurano anche i dispositivi a controllo oculare, i quali, grazie ad una telecamera connessa ad un computer e ad uno specifico software, consentono di scrivere, navigare in Internet, leggere, scrivere e spedire e-mail, oltre che consentire applicazioni di domotica .

Obiettivi specifici

La presente procedura individua un percorso sequenziale che si sviluppa attraverso le seguenti fasi:

1. Richiesta da parte del cittadino di assegnazione di comunicatore simbolico attraverso apposito modulo prestampato con annessa documentazione clinica;
2. Acquisizione della richiesta e, attraverso il referente clinico aziendale, la ASL di residenza del cittadino richiedente effettua adeguata visita domiciliare per verifica dei relativi requisiti clinici per l'assegnazione di un comunicatore di tipo oculare o a scansione;
3. Redazione di apposito Progetto riabilitativo individuale che deve riportare:
 - a) l'indicazione della patologia o della lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità;
 - b) una diagnosi funzionale che riporti le specifiche menomazioni o disabilità;
 - c) la descrizione del programma di trattamento con l'indicazione degli esiti attesi in relazione all'utilizzo della protesi, ortesi o ausilio a medio e a lungo termine;
 - d) i dispositivi e le prestazioni professionali eventualmente necessarie;
 - e) i modi e i tempi d'uso del dispositivo, l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, le possibili controindicazioni ed i limiti di utilizzo ai fini della risposta funzionale;
 - f) l'indicazione delle modalità di follow-up del programma e di verifica degli esiti rispetto agli obiettivi.
4. Valutazione dell'ausilio;
5. Autorizzazione e prescrizione;
6. Acquisizione dell'ausilio;
7. Collaudo.
8. Monitoraggio del sistema macchina/paziente

Valutazione dell'assegnazione dell'ausilio

Seguendo un approccio di tipo multidisciplinare, ci si atterrà alla seguente procedura:

- 1) valutare le condizioni cliniche;
- 2) valutare le abilità residue del paziente;
- 3) valutare l'opportunità di dotare il paziente di un particolare ausilio;
- 4) individuare il gruppo di ausili maggiormente indicato ed adeguato al paziente in esame;
- 5) redigere apposita relazione nella quale venga indicato il risultato della valutazione, in termini di opportunità o meno di dotare il paziente dell'ausilio, ed eventualmente venga esplicitato il gruppo di ausili individuato per esso.

Autorizzazione e Prescrizione

La relativa Unità Operativa assistenziale della ASL avrà il compito di:

1. Individuare la soluzione tecnologica da destinarsi al paziente;
2. Dare indicazioni tecniche sulla soluzione individuata per l'acquisizione del singolo dispositivo;
3. Autorizzare l'erogazione del presidio previa verifica amministrativa della titolarità del diritto dell'assistito, della presenza del progetto riabilitativo e della completezza della prescrizione.

Acquisizione dell'ausilio

Sarà, inoltre, stipulato col fornitore un contratto full risk dal quale si evincano, tra l'altro, le modalità e le tempistiche di approvvigionamento dell'ausilio, le modalità di addestramento del paziente al corretto utilizzo, le modalità e le tempistiche delle verifiche periodiche, la manutenzione ordinaria, la manutenzione straordinaria ecc.

Collaudo dell'ausilio

Lo specialista prescrittore, responsabile della conduzione del progetto riabilitativo individuale unitamente all'equipe multidisciplinare, esegue il collaudo dei dispositivi su misura di cui all'elenco 1, degli ausili di serie di cui all'elenco 2A nonché degli ausili di serie di cui all'elenco 2B qualora sia stata richiesta una prestazione del professionista sanitario abilitato all'esercizio della professione o arte sanitaria ausiliaria o di altri tecnici con specifiche competenze professionali nell'ambito degli ausili ITC; il collaudo consiste in una valutazione clinico-funzionale volta ad accertare la corrispondenza del dispositivo erogato a quello prescritto e la sua efficacia per lo svolgimento del

programma. Qualora il collaudo accerti la mancata corrispondenza alla prescrizione, il malfunzionamento o l'inidoneità tecnico-funzionale del dispositivo, l'erogatore è tenuto ad apportare le necessarie modifiche o sostituzioni.

TEMPI DI ATTUAZIONE

Accoglimento istanze e verifica requisiti clinici: 4 mesi

Verifica idoneità istanze pervenute e approvazione decreto di riparto: 2 mesi

Avvio procedure di acquisto o noleggio: 2 mesi

Assegnazione comunicatori cittadini aventi diritto: 4 mesi

INDICATORI

Di struttura: numero di equipe interdisciplinari (almeno 1 per ogni ASL)

Di processo: numero di protocolli di verifica, presa in carico ed assegnazione comunicatori (almeno 1 per ogni utente)

Di risultato: numero di comunicatori assegnati con l'indicazione della tipologia (almeno il 70% delle richieste pervenute)

RISULTATI ATTESI

- 1) consolidamento equipe multidisciplinari distrettuali
- 2) sistematizzazione procedure di presa in carico globale
- 3) assegnazione comunicatori al 100% dei cittadini richiedenti e risultati idonei.

Monitoraggio e procedimenti di feedback

Una volta acquisito l'ausilio, il sistema macchina/paziente dovrà essere costantemente monitorato attraverso attività, previste dalle specifiche procedure, di:

- 1) Manutenzione periodica e verifiche di sicurezza;
- 2) Manutenzione straordinaria;
- 3) Verifica della congruità dell'ausilio alle esigenze mutevoli del paziente;
- 4) Upgrade Hardware e Software dell'ausilio;
- 5) Smistamento, trasporto e consegna dell'ausilio;
- 6) Reportistica aggiornata sugli interventi effettuati.

[Linea Progettuale 2](#)

Assessorato alla Sanità
Coordinamento Area Assistenza Sanitaria

Linea Progettuale 2

Non Autosufficienza

Titolo

Le cure domiciliari ai soggetti non autosufficienti nell'ambito del sistema territoriale di assistenza.

Scheda di Progetto

Durata del progetto:

annuale

Referente:

Settore Fasce Deboli

Importo assegnato a valere sulla quota del FSN:

€ 30.141.928000

Contesto:

Il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 individua la non autosufficienza tra gli ambiti prioritari d'intervento, stimando l'impegno di ingenti risorse da dedicare sia nell'ambito dei servizi sanitari che quelli socio-sanitari.

Tra i soggetti non autosufficienti sono citati due categorie principali:

- gli anziani fragili, la persona limitata nelle attività quotidiane per effetto di pluripatologie, ritardo nei processi di guarigione e recupero funzionale;
- i disabili, soggetti affetti prevalentemente da problematiche neuropsichiche o comportamentali gravi, che richiedono quindi un forte impegno a livello sanitario e sociale.

Pertanto, risulta utile utilizzare questa definizione per quanto parziale dato al fine di impostare la programmazione di percorsi articolati di Long Term Care e di individuare il target di soggetti, in assenza di una compiuta definizione regionale e di una puntuale rilevazione del fenomeno.¹

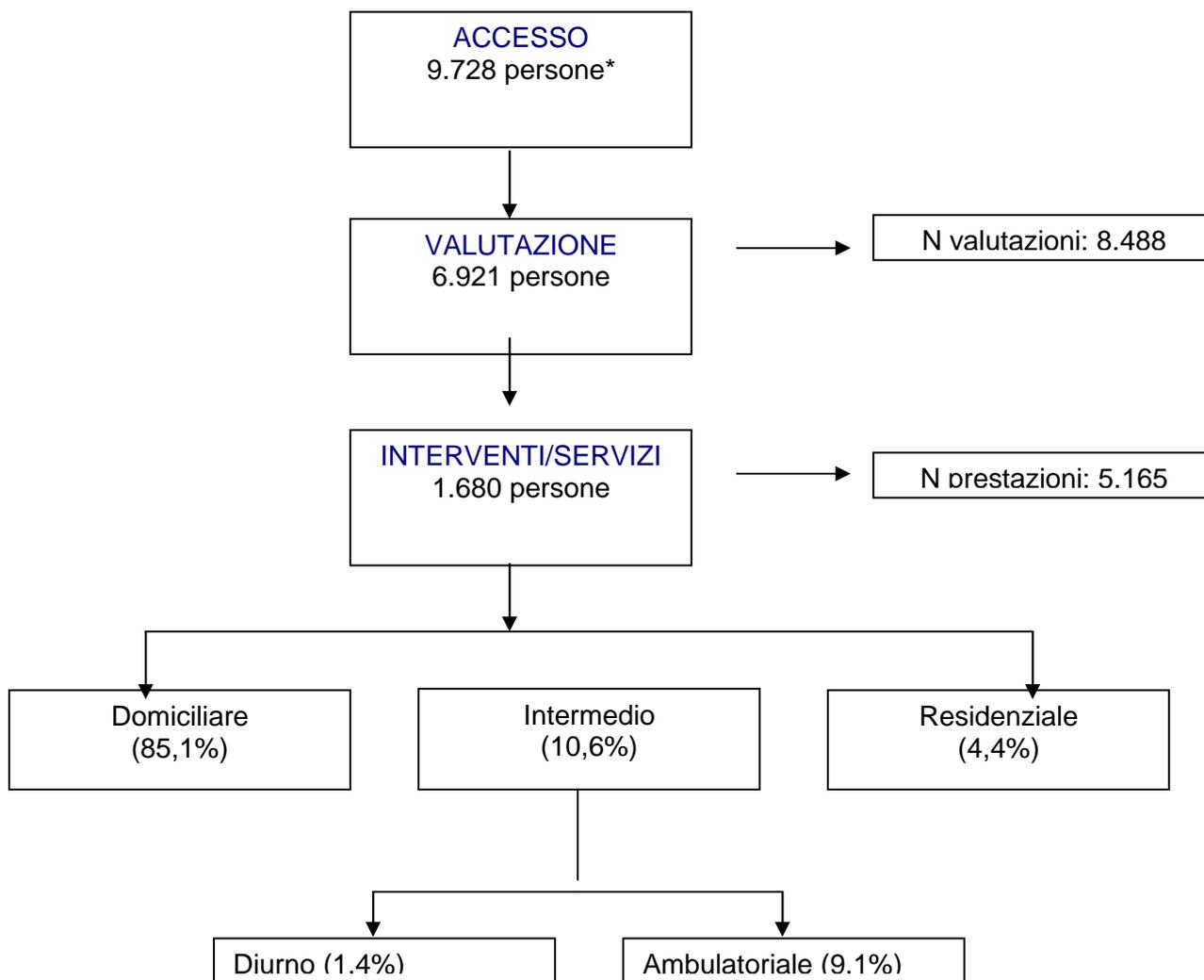
I dati sul fenomeno della non autosufficienza in nostro possesso sono desumibili dal monitoraggio delle prestazioni lea condotto dalle 13 Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito del Progetto LEA SOCIOSAN², atteso che la non autosufficienza va ricercata come condizione permanente o temporanea di perdita dell'autonomia fra i soggetti disabili e i soggetti anziani. La rilevazione per quanto condotta su un numero ridotto è significativa poiché fornisce la proiezione non solo della composizione del bisogno ma anche della tipologia di assistenza che l'utenza richiede e della capacità di risposta delle singole aziende sanitarie.

Nella figura successiva (fig.1) si evidenziano i numeri ottenuti dal monitoraggio, così come si evidenziano le tipologie di servizi/prestazioni offerte agli utenti.

¹ In regione Campania l'unica definizione compiuta di non autosufficienza la propone al legge n.8/200 che all' art. 6 (le persone che possono accedere alle RSA) definisce "non autosufficienti gli anziani, over 65, portatori di deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche, psichiche o psico-fisiche, a seguito di eventi morbosi che determinano sul piano dei bisogni assistenziali situazioni di disabilità e di dipendenza, correlate a concomitanti aspetti e problematiche socio-ambientali ed economici".

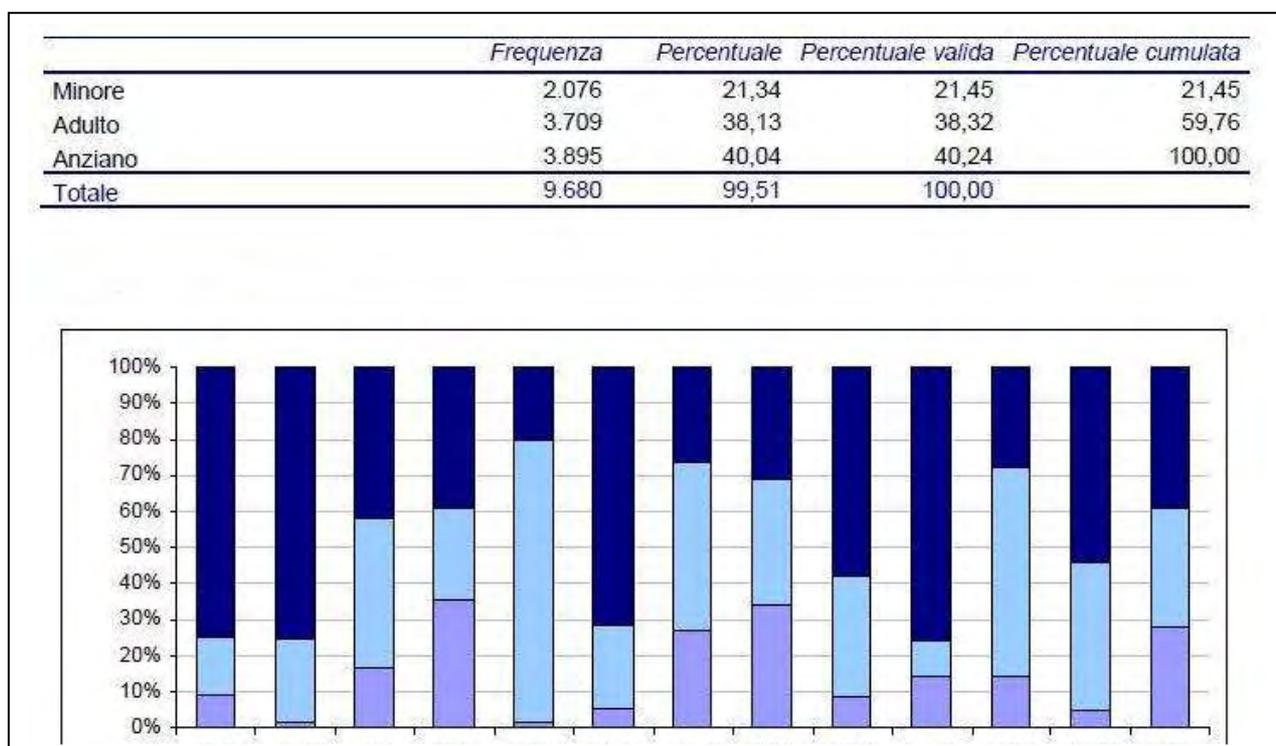
² Studio "Livelli essenziali di assistenza, bisogni e diritti delle fasce deboli della popolazione" Fondazione Zancan, Assessorato alla Snaità e ArSAN. – marzo 2009

fig.1 Quadro di sintesi del risultato del monitoraggio



Di tali accessi è stata proposta dal sistema di monitoraggio la distribuzione per fascia di età, considerando la data di nascita della persona che accede e costruendo tre classi di età alla rilevazione: minori (0-17), adulti (18-64), anziani (65+). Il dato relativo all'età è disponibile per 9.680 persone (99,51% dei casi).(fig.2)

fig.2:distribuzione degli accessi per fasce d'età

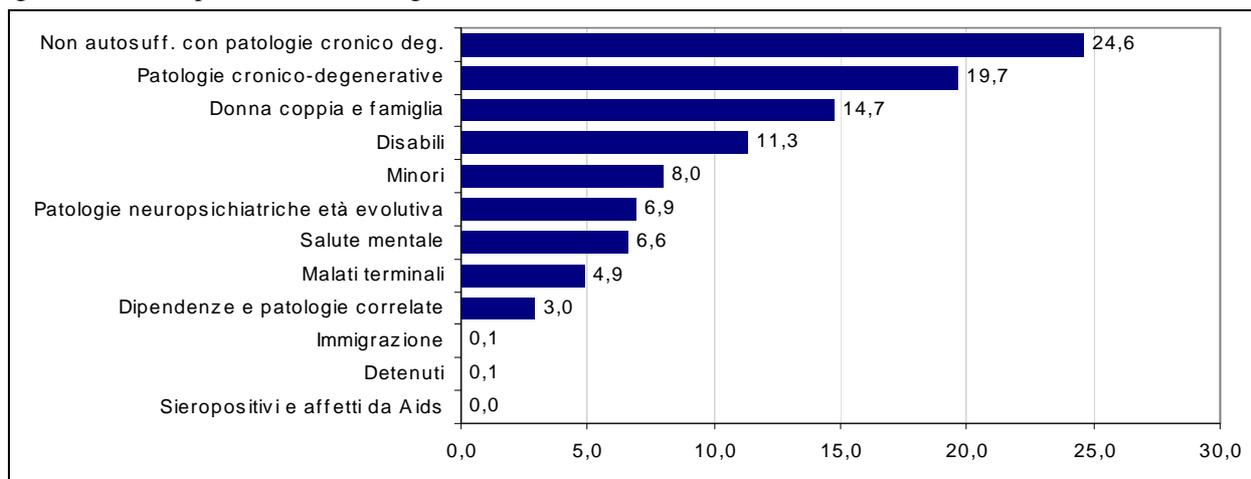


Sono state redatte 9.728 schede di rilevazione che monitorano gli utenti servizio all'erogazione delle prestazioni³.

Partendo dal dato che tale studio ci fornisce, riportando il bisogno rilevato siamo in grado di evidenziare la forte incidenza della “non autosufficienza”, come risulta dal grafico successivo,-fig.3- nel quale si evidenzia che sull'85% del bisogno rilevato-pari a numero 6.921 valutazioni effettuate come da figura 1- il **24,6%** è relativo a persone non autosufficienti affetti da patologie cronico degenerative, il **19,7%** a persone affette da patologie cronicodegenerative, complessivamente queste due tipologie di soggetti (non autosuffic.con patologie cronico degenerative e soggetti affetti da patologie cronico degenerative) e i disabili pari all'**11,3%** rappresentano la maggioranza delle persone che hanno accesso al sistema dei servizi socio-sanitari.

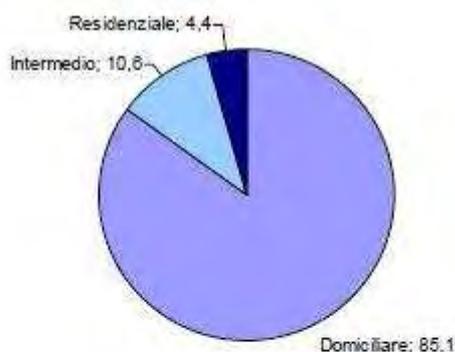
³ La data di primo accesso manca per il 63% delle persone (si è usata la data di compilazione della scheda). Complessivamente gli accessi hanno riguardato 557 persone nel 2007, 8.968 persone nel 2008 e 203 tra gennaio e febbraio 2009.

fig.3 distribuzione percentuale dei bisogni documentati

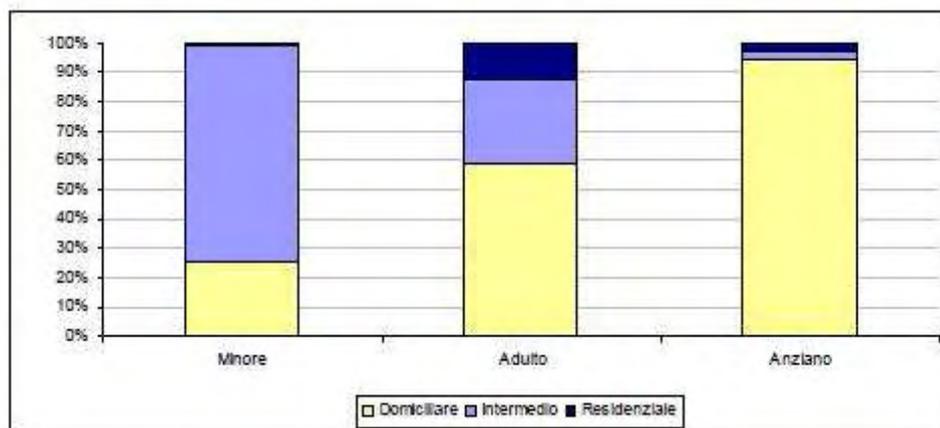


Per ogni persona si può evidenziare dai dati in nostro possesso il livello assistenziale in cui si colloca l'intervento, suddiviso in domiciliare, intermedio e residenziale. Il livello intermedio è suddiviso a sua volta in intermedio ambulatoriale e intermedio diurno. Complessivamente sono stati erogati oltre 5.165 interventi a seguito di 2.326 valutazioni. Riguardano 1.680 persone (con una media di 3,1 prestazione a persona).

fig. 4: prestazioni erogate per livello assistenziale



	Minore	Adulto	Anziano	Totale
Ambulatoriale	171	179	120	470
Diurno	8	63	3	74
Domiciliare	63	501	3.823	4.387
Residenziale	1	107	118	228
Totale	243	850	4.064	5.157



Nell'impostare un lavoro di programmazione relativo agli interventi di *long term care* occorre sottolineare che i soggetti devono essere valutati secondo una serie di categorie funzionali volte a misurare il grado di autonomia del soggetto al fine di definire, secondo il criterio dell'appropriatezza un piano di intervento personalizzato che preveda una serie di interventi e prestazioni da svolgersi anche in forma integrata con gli enti locali.

A tale proposito il dato fornito dal sistema di monitoraggio evidenzia l'utilizzo degli strumenti/scale di valutazione del bisogno, che risulta diffusa quale metodologia ma che costituisce un focus in relazione alla necessità di stabilizzare procedure univoche di valutazione del bisogno a cui faccia seguito un flusso informativo dedicato e attestato relativo a questo aspetto.

Valori assoluti	Minore	Adulto	Anziano	Totale
BMI	20,0	-	80,0	100
ADL : attività della vita quotidiana , scala funzionale globale	0,8	11,6	87,6	100
BINA (breve indice di non autosufficienza)	-	7,4	92,6	100
C.I.R.S: comorbidità	0,4	13,6	86,0	100
DMI	-	1,3	98,7	100
CBI	-	-	100,0	100
DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	3,5	80,0	16,5	100
G.D.S: depressione geriatrica.	-	5,0	95,0	100
GDF	-	-	100,0	100
GEFI	0,2	8,5	93,3	100
Hachinski Ischemic Score	-	-	100,0	100
I.C.F.: grado di autonomia	21,3	59,8	18,8	100
IADL: attività strumentale della vita quotidiana	0,2	11,5	88,3	100
ICD 10: International Classification of Diseases	22,8	58,5	18,7	100
Indice di Kamosky	0,7	29,8	69,5	100
M.D.B. Mental Deterior Battery: deterioramento mentale	-	22,2	77,8	100
M.M.S.E.: cognitivtà	-	8,8	91,2	100
NPI: Neuropsychiatric Inventory	50,0	-	50,0	100
Scala di autonomia dell'OMS	50,0	50,0	-	100
Exton-Smith	-	2,1	97,9	100
Indice di Norton	-	4,3	95,7	100
Scala di Branden	-	-	100,0	100
Altro	48,5	45,5	6,0	100
Totale	6,6	21,0	72,3	100

Descrizione:

Le Aziende Locali della Regione Campania, sono state impegnate con le progettualità inerenti ai fondi CIPE 2002 e 2003 all'implementazione della rete delle cure domiciliari per soggetti non autosufficienti e fragili; la Regione ha fornito indirizzi relativi al potenziamento /incremento dell'assistenza domiciliare integrata e al miglioramento della capacità di risposta della rete di assistenza territoriale ai bisogni rilevati.

Inoltre è stato attraverso atti dedicati si è proceduto a rendere stabili ed ordinarie le azioni mirate alla costituzione della rete territoriale distrettuale di presa in carico dell'anziano non autosufficiente attraverso una delibera di giunta regionale ha dato ai direttori generali ex d.g.r.c.1155/2007 *“Programmazione del potenziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, utilizzando anche la riconversione dei presidi ospedalieri dismessi.”*; con tale atto è stato predisposto che ciascuna azienda riporti all'interno delle ordinarie programmazioni aziendali gli obiettivi sperimentati con i Fondi CIPE.

Pertanto avendo già consolidato a livello regionale una prassi di presa in carico mirata agli anziani non autosufficienti, occorre prevedere analoga modalità operativa da estendersi anche alle altre tipologie di utenti non autosufficienti, prevedendo di incidere soprattutto nella capacità di lettura del bisogno e di attivazione delle risposte territoriali .

Partendo, infatti dai tre grandi obiettivi dei sistemi sanitari individuati dall'organizzazione mondiale della sanità WHO:

- miglioramento della salute della popolazione, mediante il raggiungimento del miglior livello medio di salute,
- capacità e senibilità di rispondere alle aspettative della popolazione
- equa ripartizione della contribuzione finanziaria, che provveda ad una copertura finanziaria qualsiasi sia la tipologia di malattia e di costo.

La scelta regionale è utilizzare questi fondi cipe, anche in continuità con le precedenti progettualità, con l'obiettivo strategico di :

- migliorare la capacità delle aziende di orientare la risposta in modo adeguato al bisogno espresso, prevedendo anche il potenziamento di prestazioni temporanee in regime residenziale e semiresidenziale per non autosufficienti, al fine di di sollievo alla famiglia;**
- migliorare all'interno di ciascuna azienda la capacità di creare sinergie fra i vari livelli assistenziali (vedi linea progettuale 1-3-4-7 del presente finanziamento)**
- **misurare e valutare la performances dei servizi territoriali.**

Al fine di rendere possibile tale strategia sarà dedicata particolare attenzione alla implementazione/potenziamento di azioni di sisema aziendali di cure domiciliari che possano prendere in carico i soggetti non autosufficienti.

In tale contesto, pertanto rimangono ben saldi gli obiettivi già definiti con i precedenti progetti cipe 2006-7 e 8 , ovvero consolidare politiche di sviluppo degli strumenti di integrazione gestionale e professionale mirate a :

- **Mantenere e migliorare il sistema integrato per l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociosanitari anche in collaborazione con gli enti locali (PUA)**

- **Funzionamento delle U.V.I. con personale di AA.SS.LL. e Ente Locale**
- **Utilizzo e aggiornamento degli strumenti di valutazione multidimensionale condivisi anche con gli operatori degli ee.ll. da utilizzarsi in sede di accesso alle prestazioni e in sede di verifica (anche presso le strutture residenziali e semiresidenziali)**
- **Utilizzo e miglioramento di strumenti condivisi per la stesura del Progetto personalizzato e per la valutazione in itinere dello stesso progetto, anche valorizzando la figura del case manager.**

In relazione a tale ultimo punto richiamato, si rende necessario prevedere l'implementazione di procedure standardizzate di redazione del progetto personalizzato di assistenza, nonché modalità di verifica dello stesso da applicare.

In relazione alla definizione di **sistemi informativi regionali** dedicati, e alla implementazione di procedure di raccolte dati relative alle cure domiciliari e prestazioni residenziali e semiresidenziali per soggetti non autosufficienti, si intende rafforzare e completare il percorso già avviato con i progetti cipe anno 2007. Tale azione deve

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

A tale proposito costituisce un utile riferimento nella definizione di un complessivo flusso informativo dedicato al soggetto non autosufficiente l'indicazione metodologica- in via di elaborazione da parte del gruppo di studio insediato presso la Direzione Salute – sistemi informativi e relativo al **Sistema Informativo per il monitoraggio degli interventi posti in essere per le non autosufficienze.**

OBIETTIVI:

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

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

Relativamente a questa progettualità l'obiettivo operativo della Regione Campania è:

1-estendere il modello di presa in carico globale dell'anziano fragile alla tipologia complessiva di pazienti non autosufficienti ovvero anche di soggetti affetti da patologie cronico degenerative e quindi potenzialmente non autosufficienti.

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

3-potenziare il sistema di offerta residenziale e semiresidenziale nell'ambito delle cure domiciliari ai soggetti non autosufficienti

4-innalzare la qualità dei servizi erogati

5-favorire la responsabilizzazione e partecipazione dei cittadini⁴

6-implementare un sistema informativo regionale

INDICATORI:

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

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

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

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

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

Indicatore di risultato	
	incremento percentuale del 15% di utenti non autosufficienti assistiti in ass.domiciliare ⁵
	incremento numerico del 25% di valutazioni e rivalutazioni multidimensionali per sogg. Non autosufficienti su numero di valutazioni multidimensionali
	Incremento del 25% della partecipazione dei M.M.G.-P.L.S. alle U.V.I. sul numero di sedute U.V.I.
	Copertura per il sistema informativo regionale dell'almeno l'80% delle Aziende Sanitarie(decreti ministeriali 1 e 2 del 17/12 /2008-in applicazione della delibera di Giunta Regionale della Campania del 31 /12/2008)
	Incremento percentuale di almeno il 25% di case manager (MMG-PLS) sul numero complessivo di progetti personalizzati.

⁴ i servizi debbono accertare le aspettative e le priorità dei pazienti; coinvolgere i pazienti nei propri piani di cura ed assistenza ed utilizzare, nel rispetto dei diritti e delle libertà individuali, l'approccio della decisione condivisa, richiedere il loro feedback, anche sui servizi ed avviare conseguenti processi di miglioramento (Piano sanitario nazionale 2005-2008)

Indicatore di processo	
	Incremento percentuale del 15% di carte dei servizi adottate dalle aziende per le cure domiciliari e servizi distrettuali a favore di soggetti non autosufficienti
	Definizione per la totalità delle aziende sanitarie di strumenti per rilevare il grado di coinvolgimento dei familiari
	Adozione di atti deliberativi dedicati alla messa a regime del sistema di cure territoriali per soggetti non autosufficienti per almeno il 50% delle aziende
	Riduzione del tempo medio di attesa per la presa in carico/almeno il 25%
	Rapporto fra utenti presi in carico e utenti in lista di attesa-diminuzione di almeno il 15%
	100% di progetti personalizzati/numero di utenti non autosufficienti in carico al sistema di cure domiciliari
Indicatore di struttura	
	Definizione di un modello organizzativo e gestionale per almeno il 50% delle aziende
	Sperimentazione di modelli gestionali innovativi di presa in carico domiciliare per soggetti non autosufficienti per almeno il 50% delle aziende.
	Copertura del 100% delle aziende sanitarie di cabine di regia dedicate alla rete territoriale assistenziale in materia di non autosufficienza

N.B.: In relazione all'indicatore relativo all'assistenza domiciliare integrata per gli anziani ultrasessantacinquenni, occorre tener presente l'indicatore di risultato definito con il Piano di Azione relativo all'obiettivo di servizio indicatore S06 di seguito si riporta la tabella riepilogativa che fissa il valore dell'indicatore in termini percentuali e numerici. (delibera di giunta regionale 210/2008)

Di seguito la tabella che indica la stima dell'incremento della percentuale di anziani assistiti in adi, elaborata al fine di monitorare l'andamento della assistenza domiciliare integrata in regione campania.

Tab. 1 - Obiettivo di Servizio S.06 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Popolazione di 65 anni e più	871.370	888.064	900.136	912.853	920.668	935.353	960.108	982.376
Target	1,%	1,40%	1,75%	2,10%	2,45%	2,80%	3,15%	3,50%
Fruitori ADI	12.109	12.433	15.752	19.170	22.556	26.190	30.243	34.383

Il target indicato deve costituire il minimo livello di incremento da raggiungere a livello regionale pertanto occorre definire nel dettaglio i dati relativi ad ogni singola azienda.

CRONOGRAMMA

Durata del progetto 12 mesi dall'attuazione, nella sua fase operativa; bisogna però considerare una fase preparatoria a regia regionale di durata media di tre mesi che può essere avviata a conclusione dei progetti CIPE a valere sulle annualità precedenti. Per tale fase si prevedono le seguenti macroazioni:

- 1-ricognizione dei modelli organizzativi aziendali e dei risultati raggiunti per le cure domiciliari ai soggetti nonautosufficienti
- 2-incontri informativi con i referenti aziendali delle cure domiciliari
- 3-definizione di indicatori aziendali

La fase operativa del progetto prevede le seguenti macroazioni:

- 1) estendere il modello di presa in carico globale dell'anziano fragile alla tipologia complessiva di pazienti non autosufficienti
- 2) definizione, messa a punto di protocolli procedurali specifici di presa in carico
- 3) erogazione del servizio
- 4) definizione e messa a punto di strumenti di valutazione multidimensionale
- 5) definizione e messa a punto di strumenti di valutazione del servizio
- 6) elaborazione di carta dei servizi
- 7) stabilizzazione del sistema di cure domiciliari
- 8) stabilizzazione del sistema informativo regionale delle prestazioni
- 9) monitoraggio delle azioni realizzate

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

RISULTATI ATTESI

- definizione di un modello univoco regionale di presa in carico del soggetto non autosufficiente, che dall'accesso unitario ai servizi sanitari e sociosanitari, attraverso la valutazione multidimensionale e la redazione di un progetto personalizzato riceva un offerta di servizi che risponda ai criteri di appropriatezza.
- potenziare il sistema di offerta di cure domiciliari per i soggetti non autosufficienti
- disporre di un sistema integrato di monitoraggio regionale del fenomeno e delle prestazioni erogate a favore dei soggetti non autosufficienti rilevazione epidemiologica che comprenda i diversi livelli assistenziali coinvolti;
- disporre di una banca dati delle cure domiciliari e semiresidenziali , definita secondo le indicazioni del Ministero della Salute
- organizzare la continuità assistenziale, interna all'offerta distrettuale, tra distretto e strutture residenziali e semiresidenziali e tra distretto e ospedale

Assessorato alla Sanità

Coordinamento Area Assistenza Sanitaria

Linea progettuale 3

Titolo

Percorsi assistenziali nelle Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) per soggetti in Stato Vegetativo (SV) e in Stato di Minima Coscienza (SMC)

Scheda di Progetto

DURATA annuale

REFERENTE PROGETTO

Settore Fasce Deboli

Settore Assistenza Ospedaliera

Importo a valere sul fsn:

€10.000.000

Così suddivisi € 5.000.000 per l'azione 3.1

€5.000.000 per l'azione 3.2

CONTESTO

La “grave cerebrolesione acquisita” (GCA), conseguente a danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura, determina una grave disabilità cognitivo-motoria, dopo un periodo di coma di durata non inferiore alle 24 ore nella fase acuta.

I dati epidemiologici italiani, attualmente disponibili, stimano 10-15 nuovi casi di GCA/100.000 abitanti/anno con un aumento di incidenza dei casi di origine non traumatica (anossici). Una percentuale rilevante di questi soggetti, in numero di 6 casi/100.000 (in Italia sono stimati circa 3000 casi complessivi), permane in condizione di Stato Vegetativo, situazione di gravissima menomazione delle funzioni cognitive e motorie, con necessità di continua assistenza in tutte le attività della vita quotidiana e di periodici controlli medici per il rischio di complicanze internistiche. Nell'ultimo decennio, peraltro, nel nostro paese come in tutti i paesi occidentali, si è assistito ad un graduale aumento dell'incidenza e della prevalenza dello Stato Vegetativo soprattutto post-anossia cerebrale verosimilmente, e paradossalmente, consequenziale ai progressi delle tecniche rianimatorie ed alla loro tempestività di intervento mediante unità operative mobili quali il 118. Peraltro l'attesa di vita di questi pazienti, è in progressivo aumento con una stima di sopravvivenza media di 5 anni.

In Regione Campania si riflette l'imprecisione del dato stimando un numero annuale di 70-100 casi di cittadini che si ritrovano in tale situazione (fonte: relazione tecnica di accompagnamento al PdiL regionale (Reg. Gen. N.385 “Norme in favore delle persone colpite da coma ed in stato vegetativo della Regione Campania) considerando che la diagnosi di stato vegetativo, nonostante gli sforzi effettuati dal punto di vista della diagnostica strumentale, rimane eminentemente di tipo clinico-osservazionale.

Attualmente in Campania, da una prima ricognizione effettuata dagli uffici regionali competenti presso le strutture sanitarie territoriali (AASSLL ed AAOO) nell'anno 2008, risultano in assistenza domiciliare circa 60 pazienti mentre altri 31 risultano ricoverati presso strutture di alta specializzazione, oltre un numero imprecisato di pazienti ricoverati presso strutture dedicate extra-regionali.

DESCRIZIONE

Il progetto si prefigge l'organizzazione di percorsi integrati di assistenza domiciliare in linea con il Piano Sanitario Nazionale che prevede, per tutte le persone affette da disabilità cronica e particolarmente vulnerabili, la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza attraverso il miglioramento e la diversificazione delle strutture sanitarie al fine di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei propri familiari.

TARGET

I destinatari degli interventi sono soggetti in stato di bassa responsività (stato vegetativo o di minima coscienza) con un quadro di totale non-autosufficienza, conseguente a danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura (emorragia cerebrale, ipossia/anossia, encefalite), che ha determinato una condizione di coma, più o meno protratto nella fase acuta ed a cui sono conseguite disabilità sensoriali, motorie, cognitive e comportamentali permanenti

OBIETTIVI GENERALI

1. istituire il Registro Regionale delle persone in SV e in SMC;
2. definire le linee guida regionali per la cura e l'assistenza dei soggetti in SV e in SMC;
3. avviare e sistematizzare, in tutte le Aziende Sanitarie Locali, percorsi, procedure e protocolli condivisi di assistenza domiciliare integrata (ADI) o ospedaliera (ADO) attraverso appositi Piani Personalizzati di Assistenza, d'intesa con i familiari dei pazienti interessati, coinvolgendo e valorizzando anche realtà territoriali del terzo settore, del volontariato e dell'associazionismo religioso;
4. istituire strutture speciali distrettuali di accoglienza permanente (SUAP) dei soggetti in SV e SMC, in base al fabbisogno regionale;
5. monitorizzare gli outcome raggiunti in ADI/ADO e SUAP, adeguando i loro requisiti strutturali ed organizzativi in base alle conoscenze mediche ed agli avanzamenti tecnologici;

OBIETTIVI SPECIFICI

L'obiettivo prioritario da perseguire è il sostegno della permanenza della persona presso il domicilio, attraverso una valida integrazione tra i Comuni e le ASL, individuando ed progettando di "domiciliazione protetta".

L'attivazione dell'ADI/ADO deve prevedere la:

1. valutazione delle condizioni di stabilità clinico-funzionale, delle abilità assistenziali della famiglia e della idoneità del domicilio, da parte dell'equipe di riferimento della struttura ospedaliera di neuroriabilitazione (cod 75) e/o delle "Unità per SV" (cod 99), dove il paziente è trasferito dopo la fase acuta ospedaliera,
2. acquisizione della relativa valutazione di rientro e, attraverso il referente clinico aziendale e con il coinvolgimento dell'U.O. di competenza per l'assistenza domiciliare integrata, la ASL di residenza del cittadino interessato attiva l'Unità di Valutazione Integrata per l'organizzazione del rientro domiciliare protetto attraverso specifica valutazione multidimensionale coinvolgendo, al riguardo, il medico di medicina generale del paziente;
3. redazione di apposito Progetto assistenziale individuale che deve riportare alla:
 - a) indicazione del livello di gravità della patologia;
 - b) diagnosi funzionale che riporti le specifiche disabilità;
 - c) descrizione del programma di trattamento con l'indicazione degli esiti attesi prevedendo anche interventi di riabilitazione di mantenimento previo parere del fisiatra ;
 - d) dispositivi e le prestazioni professionali eventualmente necessarie;
 - e) indicazione delle modalità di follow-up del programma e di verifica degli esiti rispetto agli obiettivi.

Il Distretto sanitario di riferimento si farà carico di attivare tutte le risorse territoriali utili alla presa in carico globale e, nel contempo, di informare adeguatamente la famiglia su tutte le realtà associative di sostegno impegnandosi alla individuazione di un case-manager (infermiere) per ogni paziente interessato.

Nella situazione di impossibilità del rientro a domicilio da porre in relazione a due elementi:

- la presenza di condizioni sanitarie e di menomazioni non compatibili con l'assistenza attuabile a domicilio;
- la inadeguatezza della situazione ambientale ed economica della famiglia del paziente per una gestione domiciliare.

Si deve predisporre l'accoglienza del paziente in **SUAP**. In tali strutture è inoltre da prevedere un'accoglienza in modalità transitoria in relazione a due obiettivi:

- monitorare evoluzioni tardive del quadro neurologico in soggetti accolti al proprio domicilio
- come "sollevio" transitorio per la famiglia.

Il Medico di medicina generale della famiglia avrà cura di verificare periodicamente la situazione assistenziale attivandosi tempestivamente, su chiamata, per eventuali necessità sanitarie intercorrenti.

REQUISITI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI DELLE SUAP

Nelle SUAP devono essere presenti:

- monolocale ad un posto con una superficie utile di almeno mq. 24 provvista oltre che del posto letto anche del confort previsto in una comune abitazione (zona pranzo – soggiorno con TV, armadio, cucinino); le camere dovranno essere organizzate ed avere dimensioni tali da favorire la mobilità, la manovra delle carrozzine in dotazione e l'accessibilità all'attuazione di metodiche di stimolazione psicosensoriale; dovrà essere inoltre garantita la presenza anche notturna di un familiare e la possibilità all'accoglimento di personale dedicato e di volontariato in stanza per l'approccio intensivo multidisciplinare dei programmi riabilitativi;
- servizi igienici per la non autosufficienza in numero di 1 in ogni monolocale, provvisti di vasca assistita, di dimensioni e con disposizioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine e il sostegno da parte degli operatori per l'attività di assistenza mediante l'utilizzo di ausili di sollevamento;
- campanelli di chiamata di allarme in tutti i servizi igienici e per tutti i posti letto adeguati alla tipologia di utenza ospitata (collegamento interfono o con idonei strumenti di comunicazione) con sistema di videosorveglianza ad infrarossi;
- collegamento telefonico interno alle camere;
- zona soggiorno e zona pranzo per familiari e pazienti
- locali comuni, anche ad uso polivalente da destinare anche ad attività occupazionali, di socializzazione e culturali, ecc.; in caso di nucleo, la dotazione di tali locali potrà essere in comune con il resto della struttura;
- locale dispensa/tisaneria per i familiari,
- servizi igienici accessibili a persone con disabilità collegati agli spazi comuni in numero minimo di tre, di cui uno per visitatori; in caso di nucleo il servizio igienico per visitatori potrà essere in comune con il resto della struttura;
- palestra dotata di attrezzature ed ausili in relazione alle condizioni degli ospiti ed alle attività specifiche; in caso di nucleo, la palestra e le relative attrezzature potranno essere utilizzate in comune con la struttura;

- locale (medicheria) per il personale di nucleo
- locale di servizio per il personale con servizio igienico; in caso di nucleo la dotazione di tali locali potrà essere in comune con il resto della struttura;
- locale per vuotatoio e lavapadelle di nucleo;
- la struttura deve essere dotata di corrimano a parete nei percorsi principali per i visitatori.

Requisiti minimi di arredi e attrezzature

In particolare nelle SUAP devono essere presenti:

- letti articolati a tre snodi, regolabili in altezza, con comando elettrico e manuale, e con dotazione set di ruote con freno;
- materassi antidecubito per soggetti ad alto rischio (ad elementi intercambiabili con compressore ad aria alternata e a lenta cessione d'aria); cuscini antidecubito ad aria e automodellanti (per tutti);
- carrozzine specifiche ed adattate all'utenza; dotazione di una carrozzina di serie con schienale reclinabile, con pedana regolabile (Unità posturale)
- ausili posturali;
- poltrone relax regolabili ad uso dei familiari;
- barella doccia (in caso di nucleo la barella doccia può essere anche in comune con la struttura);
- idonei sistemi elettrici di sollevamento con dotazione adeguata di sollevatori elettrici in numero proporzionato alla tipologia degli ospiti ed alla presenza di personale e comunque in numero non inferiore ad 1 ogni 5 ospiti, di cui uno con bilancia automatica inserita, o di altri sistemi (ad esempio binario - monorotaia o ad "H"); standing elettrico e disponibilità di un sollevatore per postura eretta, in relazione ai bisogni degli ospiti";
- almeno 1 letto Bobath elettrico (dimensioni minime: cm 200 x cm 120) ed in numero adeguato in relazione alla disponibilità di idonei spazi e del numero di fisioterapisti;

Attrezzature sanitarie:

- elettrocardiografo;
- sistema di aspirazione a parete elettrica per le secrezioni bronchiali;
- apparecchiature per la somministrazione di ossigeno centralizzato, a norma delle disposizioni vigenti in materia preferibilmente a parete
- saturimetro;
- nebulizzatore per aerosolterapia
- pompe per l'alimentazione entrale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti.
- carrello per la somministrazione dei farmaci e per le medicazioni di decubiti
- attrezzature per il carrello delle emergenze disposti per ciascun nucleo e palestre dotati di:
 - pallone ambu con dotazione completa di maschere e raccordi;
 - laringoscopio completo;
 - farmaci per l'emergenza;
 - defibrillatore automatico eventualmente anche a disposizione della struttura;

Le procedure e la gestione delle emergenze dovranno essere regolate da specifici protocolli operativi formalizzati come successivamente precisato.

Requisiti organizzativo - gestionali

L'organizzazione della giornata deve essere orientata alla normale vita familiare e in grado di garantire il più alto livello possibile di partecipazione del paziente e della sua famiglia, in particolare:

- devono essere previsti momenti di valutazione e programmazione degli interventi attraverso riunioni verbalizzate tra gli operatori a cadenza almeno mensile;
- deve esistere procedura per la formulazione del Progetto Assistenziale Personalizzato, sulla base della valutazione multidimensionale e multiprofessionale, che preveda l'utilizzo di indicatori relativi al benessere fisico e psicologico del paziente e dei suoi familiari
- il Progetto Assistenziale deve essere condiviso con la famiglia e deve prevedere il suo diretto coinvolgimento in alcune fasi del percorso assistenziale
- nel Progetto devono essere indicati anche ausili tecnologici (anche con il supporto di competenze esterne) utili per obiettivi di autonomia personale;
- il Progetto deve essere visionabile da tutti gli operatori attraverso uno strumento unico utilizzabile sia per il trasferimento delle informazioni quotidiane che per l'aggiornamento;
- tutti gli operatori devono partecipare ad un progetto di formazione di almeno 30 ore concordato con l'èquipe multiprofessionale di ambito distrettuale, con particolare attenzione ai bisogni specifici dell'utenza;
- deve essere garantita la possibilità di somministrare pasti personalizzati in relazione alle eventuali specifiche esigenze dietetiche indicate dalla consulenza del team nutrizionale aziendale;
- deve inoltre essere garantita la possibilità per i familiari di consumare i pasti all'interno della struttura, forniti dalla stessa;
- devono essere previste modalità finalizzate a favorire il mantenimento delle relazioni con l'esterno anche attraverso specifiche convenzioni con associazioni di volontariato;
- deve essere garantita la possibilità per parenti e conoscenti di effettuare visite agli ospiti del nucleo; ove si intenda disciplinarle, eventuali limitazioni devono essere contenute nel Regolamento o carta dei servizi,

Requisiti di personale

Deve essere garantita la presenza quotidiana di **personale medico** (di norma medico di medicina generale) adeguatamente formato in un rapporto di 5 ore settimanali ogni 5 ospiti su 5 giorni feriali; in caso di nuclei superiori ai 10 ospiti, in rapporto di 3 ore aggiuntive ogni 5 ospiti superiori ai 10.

Per quanto riguarda la richiesta di interventi medici al di fuori della presenza del parametro indicato in precedenza, si fa riferimento a:

- chiamata al medico di medicina generale durante l'arco della giornata;
- chiamata mediante il servizio medico di continuità assistenziale (guardia medica);
- devono essere condivisi con il dipartimento per l'emergenza-urgenza della ASL, mediante procedure formalizzate, protocolli per gli interventi di emergenza-urgenza dell'unità operativa del 118.

Deve essere assicurata la presenza di un numero adeguato di **operatori socio-sanitari (OSS)** in numero comunque non inferiore al rapporto di 1 operatore ogni 1,5 ospiti. In caso di nucleo tale

rapporto potrà essere riferito anche tenendo conto dell'insieme della dotazione di personale di assistenza della struttura. In ogni caso nel nucleo deve essere assicurata la presenza contemporanea di due OSS durante l'effettuazione di prestazioni quali: passaggi posturali a letto e su sedia, mobilizzazione per fini posturali a letto o in carrozzina, igiene quotidiana, vestizione e svestizione, alimentazione per gli ospiti.

Devono inoltre essere garantite le seguenti figure professionali:

- **responsabile medico di nucleo specialista in fisiatria e neurologia** con funzioni di coordinamento sanitario, in misura di 1 operatore per ogni struttura di almeno 15 posti letto; nel caso di nuclei organizzati in strutture ad organizzazione più complessa le figure mediche potranno essere in comune con quelle in dotazione della struttura e proporzionate al numero degli ospiti in misura di almeno 1 medico ogni 10 ospiti;
- **responsabile infermieristico** di nucleo con funzioni di coordinamento, in misura di 1 operatore per ogni struttura di almeno 15 posti letto; nei nuclei le ore del responsabile di nucleo verranno ridotte proporzionalmente al numero degli ospiti;
- presenza di **personale infermieristico** h 24; in caso di nucleo la presenza sulle 24 h può essere riferita all'intera struttura; durante le attività diurne dedicate al nucleo di norma deve essere assicurata la presenza di 1 infermiere sino ad un massimo di 15 ospiti; per i casi di particolare complessità (ad esempio in presenza di cannule tracheotomiche o ventilazione meccanica) dovrà essere assicurata una presenza oraria maggiore in base alle specifiche necessità;
- un **fisioterapista** ogni due ospiti
- un **logopedista** ogni tre ospiti
- un **educatore professionale** ogni tre ospiti
- devono essere assicurati **interventi psicologici** per un totale di 20 ore settimanali ogni 10 utenti da psicologi con formazione specifica nel campo delle disabilità acquisite che svolge funzioni di:
 - a) attività clinica rivolta agli ospiti;
 - b) attività di supporto agli ospiti ed ai familiari;
 - c) supervisione per azioni di supporto e prevenzione del burn-out degli operatori.

Per quanto riguarda gli interventi sociali, si fa riferimento agli operatori sociali del territorio.

Assistenza specialistica

Premesso che l'equipe multiprofessionale distrettuale assicura un supporto costante alle strutture/nuclei dedicati attraverso l'individuazione di un responsabile medico, specialista in fisiatria e neurologia provvisto di funzioni di coordinamento sanitario, di riferimento costante per il team assistenziale della struttura, devono comunque essere attivate procedure formalizzate (modalità di accesso facilitato e congruità dei tempi) con l'ASL di riferimento per

1) le consulenze specialistiche necessarie quali ad esempio:

- pneumologo
- cardiologo
- otorinolaringoiatra
- chirurgo plastico per le piaghe da decubito
- nutrizionista
- ortopedico
- anestesista

2) canali privilegiati e percorsi facilitati per l'accesso ad esami diagnostici strumentali e di laboratorio.

TEMPI DI ATTUAZIONE

(La tempistica riportata è da riferirsi all'avvio ed al consolidamento della impostazione metodologica del progetto, mentre l'attivazione dei servizi relativi di valutazione e presa in carico saranno tempestivi)

Attivazione procedure e protocolli di assistenza condivisi: 3 mesi

Protocolli di valutazione multidimensionale: 2 mesi

Piani personalizzati e presa in carico globale: 4 mesi

Attivazione rete cure domiciliari integrate: 3 mesi

INDICATORI

Di struttura: numero di equipe interdisciplinari aziendali (almeno 1 per ogni ASL)

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

Di risultato: numero di pazienti assistiti (almeno il 75%) e di realtà associative coinvolte (almeno il 70%)

RISULTATI ATTESI

- 1) organizzazione equipe multidisciplinari aziendali
- 2) attivazione delle ADI/ADO
- 3) attivazione di SUAP
- 4) attivazione procedure di presa in carico globale attraverso specifici piani personalizzati di assistenza
- 5) assistenza domiciliare al 75% dei cittadini richiedenti e risultati idonei.



Assessorato alla Sanità
Coordinamento Area Assistenza Sanitaria

Linea Progettuale 4

Titolo

Cure Palliative e terapia del dolore

Scheda di Progetto

Durata del progetto:
annuale

Referente:
Settore Fasce Deboli

Settore farmaceutico (per l'azione "campagna informativa per l'uso degli oppiacei di cui all. b del presente documento)

Importo assegnato a valere sulla quota del fsn:
€ 9.747.500
di cui € 645.000 per l'azione informativa relativa all'incremento del consumo oppiacei(allegato b del presente documento)

CONTESTO

L'Ambito d'intervento è costituito dalle 7 Aziende Sanitarie Locali del territorio della Regione Campania dove sono presenti persone affette da malattie progressive in fase terminale ovvero pazienti affetti da malattia progressiva 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.

DESCRIZIONE

L'assistenza ai malati terminali 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.

L'intervento proposto si innesta all'interno di una logica programmatica di organizzazione di un modello di sistema integrato assistenziale, così come indicato nel D. Lgs. 450/98, convertito con L. n.39/99 e nella DGRC n.4408/2001 e DGRC n.3329/2003, attraverso la promozione di un modello di **Rete di Cure Palliative** finalizzato a raggiungere la piena integrazione tra interventi sanitari, socioassistenziali, soprattutto nell'ambito delle cure e assistenza domiciliari. Tale modello assistenziale a rete è un modello in grado di garantire livelli assistenziali adeguati alle necessità e differenti a seconda dell'evoluzione più o meno rapida della malattia sia per i malati terminali sia per le famiglie.

L'Universo del malato terminale in fase terminale apre una serie di problematiche e di sfide di portata non indifferente. E' evidente, infatti, che la domanda di ciascun paziente tende a differenziarsi in maniera sostanziale a seconda del relativo livello di sofferenza e delle personali

esigenze di carattere assistenziale e sociale, sicchè la stessa offerta di prestazioni da parte del SSN deve essere in grado di adattarsi a tali variabili.

A tal fine nascono le Cure Palliative, ovvero, quell'insieme di interventi terapeutici e assistenziali finalizzati alla cura attiva e totale di quei pazienti la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Il progredire della malattia porta ad una sofferenza globale, che coinvolge anche il nucleo familiare e quello amicale, tanto da mettere spesso in crisi la rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari. Alla luce di questa realtà che è emersa con sempre maggiore forza soprattutto in questi ultimi anni, la razionalizzazione degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali per persone affette da una malattia in fase terminale, ha rappresentato un obiettivo importante degli ultimi Piani sanitari nazionali.

Nonostante gli sforzi compiuti, sia a livello nazionale che regionale, la risposta assistenziale sulle tematiche riguardanti il dolore, sia cronico sia riferito alla fase terminale della vita, soprattutto a livello pediatrico, è ancora scarsa e disomogenea soprattutto a livello territoriale. Con il presente progetto si intende implementare la rete assistenziale per la terapia del dolore attraverso la riorganizzazione e la sistematizzazione dell'esistente, al fine di ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse disponibili, in particolare rafforzando l'offerta assistenziale nel territorio per il paziente adulto e pediatrico.

A tale uopo il Progetto da noi proposto, ha come finalità il coinvolgimento essenziale di tutti gli attori: dai pazienti, famiglie e loro Associazioni ai MMG e pediatri, dagli hospice agli ambulatori, fino all'ospedale, in tutte le diverse fasi assistenziali. E' essenziale, infatti, perché questo modello funzioni, che essi comunichino tra loro, coordinando le proprie azioni in modo da non sovrapporsi o lasciare dei vuoti nella continuità dell'assistenza, tutelando la garanzia di una omogenea qualità ed accessibilità dell'assistenza.

Altro punto di riferimento principale di tale progetto è il riconoscimento della criticità e specificità dei problemi legati alla necessità di percorsi organizzativi differenziati per le cure palliative pediatriche, anche attraverso il riconoscimento della indoneità, sotto il profilo terapeutico ed economico, delle strutture ospedaliere a gestire le problematiche in questione. E' opinione largamente condivisa che, non appena le condizioni cliniche lo consentano, il paziente, soprattutto in età pediatrica, debba essere affidato ad una adeguata assistenza domiciliare o, solo laddove non sia opportuno o possibile, ad una struttura protetta (hospice).

OBIETTIVO PRINCIPALE

L'obiettivo principale è garantire un'omogeneità sul territorio regionale della rete per le cure palliative attraverso un'integrazione dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari, socio-sanitari e sociali che consenta, in collaborazione con le Associazioni dei pazienti e dei loro Familiari, la presa in carico globale del paziente attraverso un percorso di tutela della salute e dell'assistenza prevedendo almeno il 20% delle risorse alle cure palliative pediatriche.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. potenziamento rete territoriale per la presa in carico globale del paziente adulto e minore, attraverso l'attivazione dell'équipe multidisciplinare, a livello distrettuale nelle U.O.C.P.
2. potenziamento degli hospice e centri residenziali per minori
3. potenziamento delle CP anche a pazienti non oncologici tentando di riconvertire il fenomeno per cui questi malati terminano la loro vita nei servizi di riammissione, piuttosto che nell'intimità della loro casa., soprattutto per i minori;

4. attivazione percorsi strutturali, condivisi e monitorati, che colleghino stabilmente le U.O.C.P. Distrettuali e gli Hospice, per garantire una reale e fattiva continuità assistenziale con:

- Ospedali
- strutture sociosanitarie e socioassistenziali del territorio
- MMG e i Pediatri

5. ricognizione, monitoraggio e valutazione dei bisogni e dei percorsi assistenziali, prevedendo la realizzazione o l'integrazione a Sistemi Informativi già esistenti da adeguarsi ai flussi informativi regionali e ministeriali dedicati
6. attivazione di percorsi formativi e/o di aggiornamento per il personale operante riguardante le cure palliative e terapia del dolore, indicatori e criteri di valutazione, in particolare in campo pediatrico
7. Attivazione di percorsi di informazione/comunicazione tra le Famiglie ed i vari attori coinvolti
8. potenziamento utilizzo dei farmaci oppiacei

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

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

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi al termine del progetto:

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

Linea progettuale 4- All.b

TITOLO DEL PROGETTO CAMPAGNA INFORMATIVA SULLA TERAPIA DEL DOLORE E PROMOZIONE DELL'UTILIZZO DEI FARMACI OPIACEI

BACK GROUND DEL PROGETTO

In Italia, il dolore cronico è uno dei maggiori problemi sanitari, con una prevalenza che varia tra il 10,1% e il 55,2% della popolazione. Si calcola che oltre il 20% delle persone soffra anche per lunghi periodi della vita di sindromi dolorose conseguenti a patologie croniche e non. Nonostante ciò, nel nostro Paese esiste ancora una scarsa percezione del dolore come parametro vitale da monitorare. Malgrado la legge n. 12/2001 abbia semplificato la prescrizione dei farmaci oppioidi, la terapia del dolore è scarsamente praticata con gravi ripercussioni sulla qualità della vita dei pazienti. Il problema della scarsa applicazione della terapia del dolore richiede un forte e costante impegno di attivazione culturale degli operatori sanitari rappresentando, altresì, un obbligo di collaborazione nei ruoli di ciascuno ed un dovere morale e civile per combattere il 'dolore inutile' che affligge gli ammalati. Il piano di lotta al dolore è rivolto non soltanto ai pazienti oncologici ma, con approcci terapeutici e psicologici diversi, a differenti tipologie di pazienti.

OBIETTIVI

9. sgombrare il terreno da radicati pregiudizi religiosi e da inutili ostacoli culturali e/o burocratici che rallentano e frenano il decollo delle terapie antalgiche
10. realizzare una campagna di informazione sulla 'medicina del dolore' a più livelli rivolta sia ai cittadini che ai MMG, specialisti, clinici e farmacisti
11. far comprendere l'importanza della cura del dolore in alcune malattie socialmente rilevanti
12. attuare il controllo del dolore al meglio delle conoscenze scientifiche disponibili e con strumenti terapeutici appropriati

Gruppo target primario

Cittadini/pazienti : molte volte è il paziente stesso a pensare che soffrire sia una condizione necessaria e imprescindibile della malattia e, per questo motivo, non chiede che il suo dolore venga curato. Ma è proprio necessario soffrire di un dolore inutile? Appunto per questo è importante la divulgazione di informazioni semplici ma esaustive che spieghino come il dolore sia una malattia e che, come tale, può e deve essere curata

Gruppo target secondario

Medici di Medicina Generale, specialisti, farmacisti : gli MMG, gli anestesisti, gli specialisti, i farmacisti, sono le figure che svolgono numerose attività a supporto della terapia farmacologica contro il dolore. A queste figure professionali è rivolta l'attualità di nuovi orientamenti ed approcci delle terapie antalgiche, per lasciare meglio capire e percepire i bisogni inevasi dei malati e per colmare, in parte, la complessa questione degli aspetti etici ed anche responsabilità civile, culturale e sociale.

SCOPO

Incoraggiare una riflessione su questa tematica dalle forti implicazioni sociali ed evidenziare come il controllo e la cura del dolore sono diritti del cittadino e come tali vanno rispettati in ogni ambito sanitario.

La campagna di informazione ha lo scopo di promuovere e fornire agli operatori sanitari, sia sul piano strettamente tecnico-scientifico che su quello etico e socio-sanitario, nuove conoscenze di protocolli terapeutici della cura del dolore acuto e cronico che trovano applicazione nell'ambito dei servizi e della pratica assistenziale quotidiana domiciliare, nonché riferimenti normativi sulle modalità prescrittive e sulla gestione e dispensazione dei farmaci per la terapia del dolore.

INDICATORI

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

Gli Indicatori che consentono la misurazione dei risultati attesi sono:

1. numero di U.O. di Terapia del dolore e C.P: incremento di almeno il **50% rispetto alle U.O.C.P. attualmente attive**
2. Numero di p.l. Hospice: incremento di almeno il **50% rispetto ai p.l. attuali**
3. numeri di utenti presi in carico: **incremento di almeno il 70% rispetto ai pz attualmente presi in carico**
4. numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 cod. 140-208) (**innalzamento del valore standard attualmente raggiunto**)
5. numero dei progetti personalizzati, cartelle cliniche, scheda di report giornaliera e scheda di report riassuntiva pari **al n. di pz presi in carico**
6. numero di operatori partecipanti con attestato ad un Master CP e sulla Terapia del Dolore di almeno 200 ore : **almeno 1 medico ed 1 infermiere per ogni équipe dedicata** (Quale aspetto qualificante verranno considerati corsi di almeno 200 ore)
7. n. di giornate effettive di assistenza /GdC
8. n. di accessi distinti per operatori/giornate effettive di assistenza
9. tipologia di prestazione distinta per operatore/giornate effettive di assistenza
10. numero dimissioni protette pari al numero di pz terminali dimessi dall'ospedale
11. numero ricettari per oppiacei = **almeno uno per medico prescrittore (ai sensi della L.405/2001)**
12. incremento del consumo di oppiacei di **almeno il 50% rispetto agli attuali valori registrati**
13. applicazione di appositi strumenti miranti a valutare la soddisfazione del servizio/diminuzione del disagio globale del malato terminale

Articolazione della campagna

- produzione di opuscoli informativi rivolti alla popolazione da distribuire attraverso il canale delle farmacie aperte al pubblico, delle ASLS, degli ambulatori di medicina generale, delle strutture ambulatoriali ed ospedaliere pubbliche.

Gli opuscoli realizzati potrebbero essere di due tipi:

1) uno che affronti il problema del dolore in un paziente adulto

2) uno che affronti il problema del dolore in un paziente pediatrico.

- realizzazione di una pubblicazione rivolta espressamente agli operatori sanitari che sia di compendio sulle modalità di prescrizione e sulla gestione e dispensazione dei farmaci per la terapia del dolore (da distribuire a tutti i medici e farmacisti della regione)

- realizzazione di una pubblicazione a carattere scientifico rivolta espressamente agli operatori sanitari per la conoscenza di protocolli terapeutici della cura del dolore acuto e cronico che trovano applicazione nell'ambito dei servizi e della pratica assistenziale (da distribuire a tutti i medici e farmacisti della regione)

- la campagna di informazione prevede un'attività di informazione e di sensibilizzazione su tutto il territorio regionale attraverso messaggi da diffondere sia mediante canali quale la rete

sanitaria sia attraverso altri tipi di comunicazione (es. stampa)

- esposizione nelle farmacie, negli ambulatori medici e delle ASL di locandine che riportino frasi significative sui motivi della campagna

- fornire alle farmacie e agli ambulatori ulteriore materiale che pubblicizzi la partecipazione alla campagna di informazione regionale alla diffusione della 'cultura del dolore'

- attivazione di un 'call center' dedicato attivo dal lunedì al venerdì dalle 10,00 alle 16,00

PIANO FINANZIARIO

Impostazione campagna informativa rivolta a:

cittadini	30.000 €
farmacisti	30.000 €
medici di base	30.000 €
specialisti	30.000 €

Materiale Informativo:

libri	90.000 €
opuscoli legislativi	40.000 €
brochure	90.000 €
locandine	20.000 €
	20.000 €
	90.000 €
	35.000 €
	60.000 €
	20.000 €
	60.000 €

Distribuzione materiale territorio campano

Attivazione 'call center'

Progetti grafici

Spese di Segreteria

Spese organizzazione

Inseri stampa

Totale complessivo

€645.000

PROGETTO PER FINANZIAMENTO BIOBANCHE DI SANGUE CORDONALE

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI
OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE CAMPANIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	Interventi per le biobanche di materiale umano
TITOLO DEL PROGETTO	Biobanche di sangue cordonale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi dall'erogazione del finanziamento
REFERENTE	

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	980000€
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2008	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Vedi Allegato 1
DESCRIZIONE	Vedi Allegato 1
OBIETTIVI	Vedi Allegato 1
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Vedi Allegato 2
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Vedi Allegato 3
RISULTATI ATTESI	Vedi Allegato 3

Allegato 1

CONTESTO

Attualmente il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) prelevate dal midollo osseo o dal sangue venoso periferico, rappresenta una procedura terapeutica largamente impiegata nel trattamento di numerose patologie. La difficoltà a reperire per alcuni pazienti un donatore compatibile o la necessità di un intervento terapeutico rapido, ha spinto a ricercare delle fonti alternative di CSE rispetto al midollo. L'identificazione di CSE nel sangue cordonale e la possibilità di effettuare trapianti con queste cellule ha indotto la costituzione di vere e proprie "banche", dove vengono conservate le unità di sangue cordonale raccolte. In Italia sono attive 17 banche di sangue cordonale distribuite su tutto il territorio nazionale. Al 31/12/2008 sono state bancate oltre 20.000 unità e di queste oltre 17.000 sono disponibili per trapianto in Italia ed esposte attraverso l'IBMDR di Genova per eventuale uso extra-nazionale. Delle unità conservate, 783 sono state utilizzate per trapianto "unrelated" (in paesi esteri e in Italia) e 106 per trapianto "related". La rete di donazione e banking italiana, che vede coinvolti le banche, i trapiantologi e le autorità competenti (regioni, CNS e CNT), si distingue per l'applicazione rigorosa dei requisiti di qualità e sicurezza, introdotti dalle normative italiane ed europee e per lo sviluppo di una rete di collaborazione nazionale ed internazionale che ha come principale obiettivo la garanzia di un elevato grado di qualità e sicurezza delle unità cordonali destinate al trapianto.

DESCRIZIONE

L'obiettivo strategico del progetto è incrementare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapiantologico per il fabbisogno nazionale ed internazionale garantendo i livelli di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative nazionali e comunitarie vigenti e dagli standard internazionalmente accettati. Il progetto prevede di realizzare inoltre una rete integrata di punti nascita autorizzati alla raccolta del sangue sia nelle regioni in cui è presente una Banca di Sangue Cordonale, che in quelle nelle quali non è presente la Banca. In questa ultima situazione deve essere previsto che le raccolte effettuate debbano afferire ad una Banca di riferimento in altra regione in base a criteri definiti (vicinanza territoriale, convenzioni già presenti tra regioni, ecc), con la quale verranno stipulati appositi accordi. Lo sviluppo della rete dovrà prevedere inoltre un sistema coordinato per il trasporto delle unità raccolte, atto a garantire la conservazione delle proprietà biologiche delle unità trasportate e la massima efficienza delle trasferimento delle stesse.

OBIETTIVI

Generali

- a. Estensione dell'attività di raccolta presso un numero progressivamente crescente di punti nascita del territorio in base alla programmazione regionale, nonché alla garanzia di un adeguato livello di formazione e mantenimento delle competenze degli operatori addetti alla raccolta nei punti nascita;
- b. estensione dei tempi di ricezione delle unità cordonali raccolte da parte delle Banche, finalizzato ad eliminare le limitazioni orarie e giornaliere della donazione (raccolta h 24);
- c. sistematica applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche;
- d. incremento dell'inventario nazionale delle unità cordonali conservate;

- e. realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sul territorio con l'obiettivo di informare e rendere consapevoli i cittadini del valore della donazione solidaristica del sangue cordonale e sull'utilizzo appropriato del sangue cordonale.

Specifici

- a. IN REGIONE CAMPANIA SONO PRESENTI 54 PUNTI NASCITA con parti > 500/anno; sono già attivi 12 punti nascita identificati con accordi tra i centri raccolta e la Banca cordonale regionale. Sulla base della programmazione concordata con la direzione della Banca, la Regione Campania provvede: a) a definire con specifici atti i punti nascita da attivare; b) attraverso i propri Organismi tecnici coordina gli accordi tra Banca e punti nascita e le relative modalità operative. I punti nascita che effettuano tra i 500 e 1000 parti/anno dovranno effettuare il 10% di raccolte rispetto al numero dei parti effettuati, mentre quelli con un numero di parti superiori a 1000 il 8%. Sarà inoltre garantita una formazione iniziale ed il mantenimento delle competenze del personale addetto alla raccolta attraverso 2 corsi di aggiornamento per anno per il personale addetto e corsi di formazione specifici per i Centri neo reclutati. Formazione da effettuarsi a cura della Banca con il Direttore della U.O.C. dell'Ospedale Fatebenefratelli Buon Consiglio di Napoli, Centro di riferimento pilota per la formazione pratica.
- b. COSTITUZIONE DI UNA RETE DI TRASPORTO che faciliti il trasferimento delle unità raccolte alla Banca nei tempi previsti
- c. FORMAZIONE e mantenimento delle competenze del personale addetto alla raccolta con corsi di formazione finalizzati specifici per ogni punto nascita che si attiva, 1 corso/anno di confronto e revisione dell'attività, 1 convegno/anno almeno di livello regionale per aggiornamento
- d. Incentivi per il personale dei punti nascita alla raccolta solidale, poiché l'attività è percepita come ulteriore carico di lavoro. L'incentivo è rivolto al personale che raccoglie unità rispondenti ai requisiti di bancaggio e di rientro delle madri donatrici (unità validata al rilascio);
- e. apertura della Banca cordonale dal lunedì al sabato e quindi attività di raccolta a regime h 24 eliminando la criticità legata a limitazioni di orario e giorni festivi. E' chiaro che questo è realizzabile solo attraverso l'adeguamento e/o la stabilizzazione del personale della Banca;
- f. sostituzione del sistema di registrazione manuale con software di gestione dedicato integrato di back up centralizzato continuo. L'integrazione deve essere continua con i punti nascita.
- g. realizzazione degli adeguamenti strutturali, tecnologici, organizzativi finalizzati all'applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti da requisiti cogenti e standard nazionali ed internazionali. Dal momento che le unità cordonali vengono inserite in una rete internazionale, è necessario che le Banche seguano requisiti accettati internazionalmente e che abbiano quindi come obiettivo il conseguimento dell'accreditamento internazionale FACT-NETCORD; il raggiungimento di tale obiettivo è fortemente condizionato dai requisiti dei laboratori di manipolazione e criobiologia delle cellule staminali, cui pertanto

bisogna adeguarsi per conseguire l'accreditamento. Allo stesso modo sono richiesti requisiti minimi per i punti nascita per i quali sono previsti gli adeguamenti.

- h. Sarà pertanto definito un piano triennale di bancaggio in accordo con Centro Nazionale Sangue e Centro Nazionale Trapianti al fine del raggiungimento, nel triennio 2009-2011, di un incremento dell'inventario nazionale di 12.000 unità bancate; nelle more si propone un incremento calcolato sulla media di 4000 unità/anno per le 17 banche nazionali definito dalla Banca Sangue Cordone Ombelicale Regione Campania in un incremento medio di circa 400 unità bancate/anno.
- i. Integrazione del messaggio di donazione del sangue cordonale e delle finalità ad essa connesse nel programma di informazione regionale della rete di donazione e trapianti. La diffusione dell'informazione sarà effettuata attraverso i dipartimenti materno infantili, consultori, punti nascita; e vedrà il coinvolgimento delle specifiche figure professionali, direttamente coinvolte nel processo, quali le ostetriche e i ginecologi, o indirettamente, quali i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale. Tali campagne di informazione in quanto integrate nella rete regionale donazione e trapianto saranno condivise nell'ambito del coordinamento centrale ed effettuate in stretta collaborazione con le associazioni di volontariato già impegnate nel settore quali ADISCO, Passarelli onlus.

**TEMPI DI ATTUAZIONE
(CRONOPROGRAMMA)**

Attività	Mesi			
	3	6	9	12
Estensione dell'attività di raccolta e adeguato livello di formazione degli operatori addetti alla raccolta				
<ul style="list-style-type: none"> • costituzione di reti regionali integrate di punti nascita; • realizzazione di corsi di formazione iniziale e per il mantenimento delle competenze del personale addetto alla raccolta 				
Estensione dei tempi di ricezione delle unità cordionali raccolte da parte della Banca (raccolta h 24)				
<ul style="list-style-type: none"> • apertura delle Banche cordionali dal lunedì al sabato • adeguamento e/o stabilizzazione del personale della Banca 				
Applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza				
<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di adeguamenti strutturali, tecnologici, organizzativi finalizzati all'applicazione di requisiti di qualità e sicurezza (<i>application a FACT-NETCORD</i>) 				
Incremento dell'inventario nazionale delle unità cordionali conservate				
<ul style="list-style-type: none"> • definizione di un piano triennale di bancaggio per singola banca/rete regionale integrata di banche 				

Realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione				
<ul style="list-style-type: none"> campagne di informazione regionale che prevedano la diffusione di materiale informativo già disponibile e la realizzazione di attività di comunicazione e sensibilizzazione dell'utenza e del personale sanitario direttamente coinvolto. 				

Raccomandazione. Si raccomanda che le regioni costituiscano max 2-3 accordi interregionali finalizzati al consolidamento della acquisizione delle tecnologie e dei materiali di consumo, con particolare riferimento alle forniture di azoto liquido.

Allegato 3

INDICATORI

- a. **Indicatori di struttura:** realizzazione degli adeguamenti strutturali, tecnologici e organizzativi. Ricezione delle unità cordionali raccolte h 24 (numero delle unità raccolte/numero parti effettuati nel fine settimana e festivi). Dotazione organica della banca (numero personale strutturato/numero personale totale).
- b. **Indicatori di processo:** attivazione di punti nascita con un numero di parti superiore a 500/anno. I punti nascita che effettuano tra i 500 e 1000 parti/anno dovranno effettuare 10% di raccolte rispetto al numero dei parti effettuati, mentre quelli con un numero di parti superiori a 1000 8 % di raccolte.
- c. **Indicatori di risultato:** incremento del numero delle raccolte effettuate e dell'inventario delle unità conservate (numero delle unità bancate per anno sulla base del piano definito).

RISULTATI ATTESI

- 1. incremento del 10%/anno delle raccolte effettuate, con riferimento alle unità totali raccolte sul territorio nazionale nel 2008 (11.517 unità);
- 2. incremento di 8%/anno delle unità criopreservate per singola Banca o reti regionali integrate di Banche;
- 3. riduzione del 10%/anno delle unità esportate presso strutture private estere ad uso autologo non solidaristico.

PROGETTO FINANZIAMENTI BANCA SCO REGIONE CAMPANIA

Come già proposto e concordato nell'ambito della Commissione Salute, il finanziamento attribuito agli interventi relativi al potenziamento delle Biobanche di sangue cordonale dovrebbe corrispondere a circa i due terzi (10 milioni di euro) del finanziamento globale previsto per gli interventi relativi alle Biobanche di materiale umano. Tale ripartizione è motivata dalla presenza sul territorio nazionale di 17 Banche attive e dalla necessità di incrementare l'attività di raccolta e conservazione del sangue cordonale ad uso trapiantologico per far fronte all'aumento del fabbisogno nazionale e internazionale in questo settore terapeutico.

Obiettivi generali

Si propongono i seguenti obiettivi generali, da perseguire in uno specifico progetto relativo all'attività delle banche di sangue cordonale, al fine di incrementare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapiantologico e della garanzia dei livelli di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative nazionali e comunitarie vigenti e dagli standard internazionalmente accettati.

- 1) estensione dell'attività di raccolta presso un numero progressivamente crescente di punti nascita del territorio nazionale in relazione alla programmazione regionale, nonché alla garanzia di un adeguato livello di formazione degli operatori addetti alla raccolta nei punti nascita;
- 2) estensione dei tempi di ricezione delle unità cordonali raccolte da parte della Banca finalizzato ad eliminare le limitazioni orarie e giornaliere della donazione;
- 3) applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche;
- 4) incremento dell'inventario nazionale delle unità cordonali conservate.

Obiettivi specifici

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

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Tempi previsti	Finanziamenti	Indicatori
<ul style="list-style-type: none"> estensione dell'attività di raccolta presso un numero progressivamente crescente di punti nascita del territorio nazionale, in relazione alla programmazione regionale, nonché alla garanzia di un adeguato livello di formazione degli operatori addetti alla raccolta * <p>tot finanziamento 90000</p>	<ul style="list-style-type: none"> In Regione Campania sono presenti 54 punti nascita con parti > a 500/anno; già attivati 12 centri Costituzione di una rete di trasporto Garantire la formazione ed il mantenimento delle competenze del personale addetto alla raccolta Incentivare il personale dei punti nascita alla raccolta solidale 	<p>12 mesi a regime dall'erogazione del finanziamento (verifica da effettuare entro il secondo semestre 2010)</p>	<p>25000</p> <p>90000</p> <p>25000</p> <p>40000€</p>	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione di almeno il 27 punti nascita regionali con numero di parti superiore a 500/anno con corsi di formazione ai richiedenti + 500 unità raccolte /anno a cura della Banca saranno realizzati 2 corsi di aggiornamento per anno per il personale addetto alla raccolta e corsi di formazione specifici per i Centri neo reclutati. Incentivo di 20€/sacca bancata al personale punti nascita
<ul style="list-style-type: none"> ampliamento dei tempi di ricezione delle unità cordonali raccolte da parte delle Banche, finalizzato alla eliminazione delle limitazioni orarie e giornaliere della donazione 	<ul style="list-style-type: none"> Apertura delle Banche cordonali dal lunedì al sabato; Ricezione delle unità cordonali raccolte h 24; ampliamento e stabilizzazione del personale della Banca 	<p>12 mesi a regime dall'erogazione del finanziamento – verifica da effettuare entro il secondo semestre 2010</p>	<p>110000 €</p> <p>240000 €</p>	<ul style="list-style-type: none"> > 350 unità raccolte/parti effettuati nei festivi > di almeno 3 unità (1 segreteria 1 dirigente 1 tecnico) 2 unità personale stabiler 8 unità personale totale: stabilizzazione di min 4 unità con particolare riguardo ad addetti a segreteria e lab HLA-typing,

<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche 	<ul style="list-style-type: none"> • costituzione di una rete informatica interna con software di gestione delle unità cordonali (percorso accettazione-manipolazione-rilascio) • adeguamento delle tecnologie informatiche e di trasmissione dati (stampanti fax etichettatrici pc etc) per la Banca ed i punti nascita 		<p>70000 €</p>	<p>come già evidenziato dagli ispettori EFI</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestione informatizzata del laboratorio accettazione, manipolazione, caratterizzazione, con presenza di identificazione con bar code, server centralizzato per back up continuo dei dati, elaborazione dati statistici
<p>Realizzazione degli adeguamenti</p> <p>1. strutturali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ implementazione di un laboratorio classe D, ➤ ampliamento del laboratorio di criobiologia e stoccaggio 	<ul style="list-style-type: none"> • adeguamento delle tecnologie informatiche e di trasmissione dati (stampanti fax etichettatrici pc etc) per la Banca ed i punti nascita 	<p>18 mesi a regime dall'erogazione del finanziamento – verifica da effettuare entro dicembre 2010</p>	<p>50000€</p>	<ul style="list-style-type: none"> • gestione barcodizzata delle unità raccolte ed invio dati da/a Banca-punti nascita
<ul style="list-style-type: none"> • richiesta di application per accreditamento internazionale FACT-NETCORD 	<p>Realizzazione degli adeguamenti</p> <p>2. tecnologici: adeguamento strumentali per Centri di Raccolta</p> <ul style="list-style-type: none"> • c) organizzativi: acquisto sacche per punti nascita, 		<p>110000 €</p>	<ul style="list-style-type: none"> • incremento stoccaggio 400 unità/anno
	<ul style="list-style-type: none"> • adeguamento dei punti nascita effettivamente operativi ai requisiti FACT • indice sacche erogate/sacche raccolte 		<p>80000€</p>	<p>30000€</p>
			<p>30000€</p>	

	finalizzati al conseguimento dell'accreditamento internazionale FACT-NETCORD			
<ul style="list-style-type: none"> • incremento dell'inventario nazionale delle unità cordonali conservate 	<ul style="list-style-type: none"> • sulla base dell'obiettivo nazionale per il triennio 2009-2011 di un incremento dell'inventario nazionale di 12.000 unità bancate si definisce l'incremento della Banca Regionale in 250 unità bancate mediamente per anno per un totale complessivo di 750 unità 	Definizione del piano: dicembre 2009 Conseguimento obiettivo inventario nazionale: dicembre 2011	80000€	<ul style="list-style-type: none"> • presentazione del piano triennale 2009-2010 • > medio 400 unità bancate per anno sulla base del piano concordato azienda-regione e a partire dalla media dei dati dell'ultimo triennio

*Tale obiettivo è da ritenere applicabile anche per quelle regioni nelle quali non è presente una Banca di sangue cordonale, in tale condizione il 100% del finanziamento deve essere utilizzato per la realizzazione di tale obiettivo.

** Le Regioni, in relazione alla propria programmazione, provvedono: a) a definire con specifici atti i punti nascita da attivare; b) attraverso i propri Organismi tecnici coordina gli accordi tra Banche e punti nascita e le relative modalità operative.

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. 6 : La sanità penitenziaria

Titolo del progetto: tutela della salute in carcere: azioni mirate alle donne detenute, ai minori, agli internati – informatizzazione dei servizi

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 in ordine a diversi fattori, tra i quali:

- nel mondo delle carceri si concentrano problemi psicologici, clinici, sociali complessi e particolari, non tutti adeguatamente conosciuti, con gradi di prevalenza spesso drammatici, presenti in modo sporadico nel resto della società;
- la fusione tra la cultura del personale sanitario proveniente dal Ministero della Giustizia e di quello proveniente dalle ASL non si presenta priva di problematiche, al di là della volontà reciproca di collaborazione e integrazione. Ciascuno di questi mondi è portatore di esperienze che all'altro sono meno familiari ed ambedue

presentano carenze comuni quanto a conoscenza e gestione di problematiche ancora poco approfondite a livello clinico, psicologico e sociale;

- le infrastrutture trasferite al SSN, realizzate per raggiungere obiettivi diversi, potrebbero mostrarsi parzialmente o totalmente inadeguate, richiedere adeguamenti lunghi e costosi e, conseguentemente, transitori da gestire e potenziali conflitti di competenze tra soggetti e istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena;
- la scarsa conoscenza di dati epidemiologici sistematici sulle patologie prevalenti e dei fattori di rischio specifici che sono causa delle patologie, rendono difficoltosa l'organizzazione di corsi di formazione adeguati;
- la crescita esponenziale della popolazione detenuta pone drammaticamente ogni giorno l'urgenza di adeguare le risposte sanitarie alla gravità della situazione di sovraffollamento delle carceri.

La Regione Campania ha già affrontato, da tempo, alcuni nodi critici attraverso l'assunzione di impegni anche economici che hanno cercato di offrire risposta alle più urgenti e pressanti richieste provenienti dal mondo penitenziario. Il processo di normalizzazione del servizio, che si presenta lungo ed irto di ostacoli e difficoltà, non essendosi ancora sciolte riserve importanti sulle questioni relative al trattamento giuridico ed economico del personale trasferito, può trovare risposta anche attraverso la realizzazione del progetto che, pur avendo carattere marginale e residuale rispetto alla complessità della materia, tuttavia offre l'occasione per affrontare quei "frammenti" di assistenza che talvolta vengono trascurati.

AZIONE 1: la tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole

Gli istituti penitenziari hanno il compito di assicurare la custodia delle persone a disposizione dell'Autorità Giudiziaria e delle persone fermate od arrestate dall'Autorità di Pubblica Sicurezza o dagli organi di Polizia Giudiziaria, e di consentire l'espiazione della pena ed il recupero del reo attraverso l'osservazione ed il trattamento rieducativi per la sua risocializzazione. Nell'ambito di questa funzione due articoli della nostra Costituzione, l'art. 27 (le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato) e l'art. 32 (nel quale viene sancita come fondamentale diritto dell'individuo) sostengono il vincolo in base al quale lo Stato è tenuto a garantire la tutela della salute della popolazione detenuta. La tutela della salute in carcere è, di fatto non solo diritto del soggetto, ma è anche finalizzata a stimolare la persona detenuta a considerarsi non esclusa dalla comunità sociale.

Il Decreto Legislativo 230/99 ha previsto come obiettivi prioritari da attuarsi attraverso i Dipartimenti delle Aziende Sanitarie quelli della sfera materno-infantile con particolare riguardo a:

- monitoraggio dei bisogni assistenziali delle reclusi con particolare riguardo ai controlli di carattere ostetrico-ginecologico;
- interventi di prevenzione e di profilassi delle malattie a trasmissione sessuale e dei tumori dell'apparato genitale femminile;
- corsi di informazione sulla salute per le detenute e le minorenni sottoposte a provvedimento penale e di formazione per il personale dedicato, che forniscano anche utili indicazioni sui servizi offerti dalla Azienda sanitaria al momento della dimissione dal carcere o dalle comunità (consultori, punti nascita, ambulatori ecc.);
- potenziamento delle attività di preparazione al parto svolte dai Consulenti familiari;
- espletamento del parto in ospedale o in altra struttura diversa dal luogo di reclusione;

- sostegno e accompagnamento al normale processo di sviluppo psico-fisico del neonato.

Le “Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale” (DPCM 1 aprile 2008) indicano i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti, tenuto conto della specificità della condizione di reclusione e di privazione della libertà, attraverso l’azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena:

- promozione della salute, anche all’interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all’assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute
- promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà
- prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all’età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati
- promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale,
- riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l’individuazione dei fattori di rischio

Nel sistema penitenziario il perseguimento di tali obiettivi presenta notevoli criticità dovute sia alla mancanza di una “cultura” di promozione della salute in carcere, sia alla carenza di un efficace modello organizzativo che assicuri la prevenzione, presa in carico, continuità terapeutica, anche con le strutture di ricovero, che l’aggiornamento e la formazione degli operatori che operano negli istituti penitenziari.

Una criticità specifica è rappresentata dalla situazione carceraria femminile che rappresenta un fenomeno “invisibile”, per la sua scarsa rappresentanza statistica, ma non per questo meno bisognoso di una attenzione particolare. Le donne detenute in tutta Italia sono appena il 4,8% della popolazione carceraria e questo legittima il mancato interessamento da parte delle istituzioni nella presa in carico complessiva.

Le carceri italiane esclusivamente femminili sono sette (Trani, Pozzuoli, Rebibbia, Perugia, Empoli, Genova e Venezia) ma in esse è recluso meno del terzo del totale, tutte le altre, il 65,5%, sono disperse in 62 piccole sezioni femminili (tra cui Avellino/Bellizzi, che ospitano anche bambini) di carceri maschili, dove possono trovarsi anche meno di dieci donne.

L’associazione Antigone traccia una fotografia delle detenute in una ricerca condotta per trenta mesi con altri partner europei, concludendo che “la condizione sociale delle donne detenute è caratterizzata in tutta Europa da quadri ripetuti di svantaggi multipli: madri single, con bassa scolarizzazione, disoccupate per lunghi periodi, straniere, prostitute, tossicodipendenti, donne rom, immigrate clandestine, prive di formazione scolastica e di formazione professionale, con figli avuti in giovanissima età, donne tossicodipendenti vittime di violenza. Sono donne detenute che scontano la pena con insufficienti interventi in loro favore, dai bisogni primari, come un’adeguata assistenza sanitaria, al rispetto della vita affettiva e sessuale, compresa la possibilità di vedere i propri figli.

Vista la carenza di interventi specifici, il carcere rischia di essere per le donne un ulteriore motivo di emarginazione, detenzione e nuova e più profonda esclusione sociale, in cui risulta difficile cancellare il marchio indelebile dell’essere stata una pregiudicata.

La Regione Campania, nell’ambito di programmi comuni a tutta la popolazione carceraria, vuole puntare la propria attenzione alla tutela della salute della donna detenuta fornendole una corretta informazione su sessualità e procreazione, sulle strutture su cui poter puntare alla fine della detenzione e sui diritti che la legge fornisce loro in quanto

donne e madri, sulle basi di una corretta gestione della gravidanza e preparazione al parto.

Il progetto prende spunto da una indagine conoscitiva svolta dal Dipartimento Materno Infantile della ex ASL Napoli 2. L'indagine era mirata a rilevare il grado di conoscenza delle problematiche legate alla sessualità, alla gravidanza, alla contraccezione ed alla cura di sé all'interno della Casa Circondariale Femminile di Pozzuoli, e si è svolta attraverso la somministrazione di un questionario alle detenute. L'indagine ha riguardato in particolare alcuni aspetti, su cui si è poi costruito l'impianto progettuale:

- 1) descrizione del contesto sulla popolazione carceraria;
- 2) Analisi della percezione di sé e della sessualità
- 3) analisi delle conoscenze in materia gravidanza, aborto e contraccezione.

Dall'analisi dei dati si è evidenziato che la maggior parte delle ristrette ha una età compresa tra 20 e 40 anni, l'80% è madre; tra i metodi anticoncezionali nel 6% dei casi è indicato l'aborto; per il 28 % delle detenute la sessualità riporta alla mente il bisogno di avere un figlio; la possibilità di ricevere informazioni sulla sessualità genera rassicurazione. Il 17% delle detenute ritiene l'aborto illegale in Italia, il 28% chiede di approfondire le proprie conoscenze sui metodi anticoncezionali, il 45% ritiene necessario confrontarsi sugli affetti, la sessualità, la gravidanza e la maternità. Da qui l'esigenza di attivare interventi che non solo abbiano lo specifico obiettivo di "curare, prevenire, riabilitare" ma anche quello di creare una conoscenza e una coscienza comune e personale delle problematiche sanitarie, anche in realtà ristrette come quelle carcerarie.

DESTINATARI DELL'INTERVENTO

Il destinatario dell'intervento è la popolazione carceraria femminile della Regione Campania.

OBIETTIVI GENERALI

1. Tutela della salute e prevenzione
2. Percorsi di accompagnamento per il reinserimento sociale

OBIETTIVI SPECIFICI ED AZIONI

1. Individuazione dei bisogni di salute psico-fisica delle detenute e dei loro figli:
 - a. revisione delle cartelle cliniche
 - b. elaborazione scheda socio-sanitaria all'uopo predisposta;
2. Percorsi di presa in carico:
 - a. implementazione di percorsi per forniture di attrezzature, medicinali e materiali necessari all'assistenza;
 - b. interventi educativi rivolti a piccoli gruppi su tematiche generali (malattie della sfera genitale femminile, contraccezione, igiene personale, affettività sessualità e scelte procreative, alimentazione, gravidanza e maternità, ed altre tematiche individuate dalle detenute);
3. Percorsi di presa in carico individuale:
 - a. offerta attiva degli screening dei tumori femminili;
 - b. interventi di prevenzione individuali delle malattie infettive della donna e del bambino;
 - c. bilanci di salute;
 - d. percorsi di accompagnamento individuali per la diagnosi e la cura di specifiche patologie delle detenute e dei loro figli;
 - e. percorsi di accompagnamento volti al sostegno dell'equilibrio psicologico e relazionale delle donne detenute (ricomposizione della propria storia personale, raccolta e registrazione di storie di vita);

- f. mappa di continuità assistenziale con i consultori, servizi distrettuali e presidi ospedalieri;
- g. mappa di continuità per il reinserimento sociale;
- 4. Sostegno alla genitorialità:
 - a. assistenza alla gravidanza;
 - b. preparazione alla nascita;
 - c. sostegno all'allattamento ed alla relazione madre-bambino/a;
 - d. valutazione psicomotoria dei figli delle madri detenute ed eventuale individuazione di percorsi riabilitativi;
 - e. sostegno psicologico.
- 5. Formazione per il personale di assistenza sanitaria ed il personale di polizia penitenziaria per integrare e migliorare metodi ed obiettivi dell'assistenza all'interno del carcere.

INDICATORI E RISULTATI ATTESI

- 1.a Revisione di almeno l'80% delle cartelle cliniche
- 1.b Scheda socio sanitaria
- 2.a Implementazione di almeno 2 percorsi per fornitura di attrezzature, medicinali o materiali per l'assistenza
- 2.b realizzazione di 8 corsi
- 3.a almeno il 50% delle donne in espiazione della pena in età da screening
- 3.b1 copertura vaccinale di almeno il 90% dei minori ospiti della casa circondariale Avellino - Bellizzi
- 3.b2 offerta attiva sorveglianza epidemiologica TBC ad almeno il 50% delle detenute
- 3.c effettuazione dei bilanci di salute in almeno il 90% dei bambini ospiti dell'amministrazione penitenziaria
- 3.d individuazione di almeno di 2 percorsi di continuità assistenziale
- 3.e raccolta e registrazione delle storie di vita di almeno il 50% delle donne per le quali è stato rilevato disagio psicologico
- 3.f individuazione della rete assistenziale
- 3.g individuazione della rete assistenziale socio-sanitaria per le ragazze madri
- 4.a 100% attuazione del protocollo di assistenza alla gravidanza
- 4.b almeno l'80% di gestanti che partecipano agli incontri di preparazione alla nascita
- 4.c almeno l'80% di gestanti che partecipano agli incontri per il sostegno all'allattamento
- 4.d osservazione e valutazione dell'80% dei bambini
- 4.e almeno un colloquio psicologico del 90% delle donne gravide e/o madri
- 5. almeno il 35% di personale di polizia penitenziaria partecipanti ai corsi di formazione.

AZIONE 2: la salute mentale

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 alle 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.

AZIONE 3: la salute dei minori

L'approccio alla conoscenza, al trattamento ed al recupero dei minori autori di reato, va considerato in tutta la sua complessità per la ricchezza di variabili soggettive, familiari, ambientali, culturali e sociali che sono coinvolte.

Particolare attenzione riveste poi il trattamento di giovani che entrano nel sistema penale, che per la peculiarità dell'età adolescenziale, sollecita una forte integrazione tra intervento psicologico, sociale, educativo e penale nel contesto sociale e familiare.

I trattamenti rivolti ai minori sottoposti a procedimento penale, risultano, infatti, efficaci quando si basano su una valutazione che consideri tutti i fattori che hanno determinato il comportamento antisociale. Gli interventi più efficaci sono quelli svolti all'interno del contesto di vita dell'adolescente: casa, scuola, quartiere; che integrano prospettive educative e psicologiche nel lavoro con i minori e le loro famiglie, al fine di consentire una ripresa evolutiva.

In questi anni si è maturata una grande esperienza in materia di osservazione e intervento psicologico e psicoterapeutico dei minori attraverso interventi multimodali e fortemente integrati di sostegno al disagio psicologico, di valutazione e di osservazione globale.

E' recente la definizione di una metodologia congiunta tra sistemi penitenziario, territoriale e del terzo settore, per la presa in carico dei minori sottoposti a procedimenti penali e con particolare attenzione ai minori che presentano situazioni di fragilità sul piano psicosociale. E' quindi in continuità con quanto fin qui detto che si intende sostenere lo sviluppo di interventi psicologici ed educativi fortemente integrati, che prevedano l'accompagnamento del minore durante tutto il suo percorso penale, con l'obiettivo dell'acquisizione di una responsabilità e di una ripresa evolutiva, mirando l'intervento in base alle fragilità, ai bisogni e al rischio di recidiva e con attenzione volta a riconoscere le diversità dei minori stessi.

Particolare attenzione dovrà essere, altresì, posta all'individuazione precoce del consumo di sostanze stupefacenti con azioni integrate volte alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

OBIETTIVI

- Favorire il potenziamento e il sostegno alla realizzazione di un sistema di servizi, che a livello territoriale, preveda la collaborazione e l'interconnessione di tutte le risorse disponibili sul territorio, sia statali sia locali, sia private che pubbliche, attraverso una reale comprensione delle cause che originano i fenomeni devianti e delinquenziali e una promozione di azioni adeguate alla rimozione
- Favorire il potenziamento dell'azione educativa quale strumento di trattamento sanzionatorio ma anche preventivo, sia nei confronti del soggetto che del suo contesto familiare
- Facilitare una ripresa del dialogo con l'ambiente sociale e familiare
- Promuovere nella famiglia una “cultura” della legalità e orientare le famiglie dei

minori vittime di reati verso luoghi adeguati per la loro presa in carico

- Ridurre le recidive attraverso la realizzazione di strategie integrate psico-socio-giudiziarie per la presa in carico delle devianza e della delinquenza minorile.

DESTINATARI

Minori sottoposti a procedimenti penali e loro famiglie

CARATTERISTICHE DEGLI INTERVENTI

- Interventi di sostegno al disagio psicologico dei minori presenti nei servizi del sistema della
- Giustizia Minorile afferenti ai Distretti di Corte d'Appello di Napoli e Salerno, con particolare attenzione alla fase di ingresso nel C.P.A e/o in Istituto penale, e specificatamente nelle giornate di sabato e domenica. Si tratta di costruire interventi multimodali e fortemente integrati che agiscono contemporaneamente sul minore e sui suoi contesti di vita (casa, scuola, comunità di accoglienza), in un ambito operativo che dovrà potersi caratterizzare per la flessibilità del setting.
- Interventi di: supporto psicologico e trattamento dei minori autori di reati di abuso intra ed extra familiare, sostegno ai loro genitori e alle vittime, supervisione per gli operatori. Tale ambito di lavoro deve essere necessariamente connesso con i servizi specialistici del territorio anche per assicurare la continuità dei trattamenti avviati alla chiusura del procedimento penale.
- Interventi di prevenzione di comportamenti autolesivi o tentati suicidi, con particolare attenzione alla realizzazione di percorsi di formazione del personale di sicurezza ed educativo
- Interventi volti a sostenere la realizzazione di percorsi alternativi alla detenzione in un'ottica integrata educativa e psicologica
- Interventi di tutoring: a) nei confronti dei giovani assuntori di sostanze non conosciuti ai servizi e che transitano nel sistema giudiziario b) nei confronti dei loro familiari, al fine di verificare un eventuale presa in carico.

AZIONE 4 sistema informativo - La cartella sanitaria informatizzata in carcere

Le attività sanitarie all'interno degli istituti di pena, nella previsione del DPCM, entrano nella competenza delle Aziende Sanitarie Locali nel cui territorio sono situate. Gli ambulatori situati all'interno delle strutture penitenziarie, dal punto di vista delle Asl, diventano strutture territoriali (ambulatoriali, di ricovero, diagnostici), che mantengono specifiche peculiarità, ma che nello stesso momento necessitano di processi di integrazione nel collaudato sistema di erogazione delle prestazioni di cui ciascuna Azienda Sanitaria, all'interno della programmazione e delle direttive regionali, si è nel frattempo dotata.

Ne è un esempio l'attività per la tossicodipendenza che ha fatto sviluppare all'interno delle carceri ambulatori "in proiezione" del SerT territoriale competente, creando però di fatto una separazione con il resto della attività sanitaria erogata sul soggetto detenuto: facendo coesistere cioè una cartella sanitaria della Asl e una cartella sanitaria "interna" del carcere. Nel momento in cui il DPCM sancisce che "La continuità terapeutica costituisce principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi Istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà", occorre allora recuperare una visione del trattamento sociosanitario del soggetto detenuto nella sua completezza, elemento fondamentale per poterne condividere le informazioni nel passaggio libertà/detenzione/spostamenti/libertà.

L'attivazione di un sistema informativo nazionale sulla salute del detenuto presuppone necessariamente il **(1)** raggiungimento di uno standard minimo regionale sul trattamento

del paziente (gestionale operativo) alimentato da cartelle cliniche informatizzate, propedeutico a **(2)** strumenti di condivisione delle informazioni sanitarie (patient file) e a **(3)** strumenti di analisi dei dati (datawarehouse), che rappresentano quindi i tre livelli individuati dal sottogruppo di lavoro come elementi portanti del sistema.

A questi aspetti occorre aggiungere le **(4)** problematiche strettamente tecnologiche riguardante il cablaggio dei locali che passano in competenza al Sistema Sanitario Regionale, la loro connessione alle reti geografiche delle Asl/Regione, la necessità o meno di avere “sale macchine” dedicate, i posti di lavoro (pc) per gli operatori.

Il tutto tenendo presente che saranno necessari livelli di integrazione tra la rete Giustizia e la rete Salute (es. le anagrafiche dei detenuti), e tra la cartella sanitaria informatizzata e altri applicativi operanti nelle asl (es. anagrafica pazienti, dipendenze, salute mentale, cup ecc.)

1) La cartella clinica informatizzata regionale

1.1 Lo scenario

Le cartelle sanitarie (più o meno “cliniche”) devono essere viste come uno strumento unitario del trattamento di un soggetto, a onere e supporto degli operatori sanitari che intervengono nel trattamento stesso. A onere in quanto sono gli operatori sanitari che devono compilare in modo diligente i moduli di propria competenza che compongono la cartella; a supporto perché la cartella fornisce preziose informazioni sul come intervenire sul soggetto. L'utilità di una cartella cresce quanto più condivisa nell'uso: infatti a fronte della registrazione della propria attività, si ha a disposizione l'informazione riguardante l'intervento di tutti gli altri operatori. Se la cartella è informatizzata allora è disponibile ovunque ci sia un computer (velocità di accesso) ed è utilizzabile anche come strumento di comunicazione fra gli operatori (eliminazione della “carta di comunicazione” e riduzione dei “tempi di contatto” fra gli operatori (intesi sia in termini di km percorsi, che di tempi necessari per stabilire del contatto).

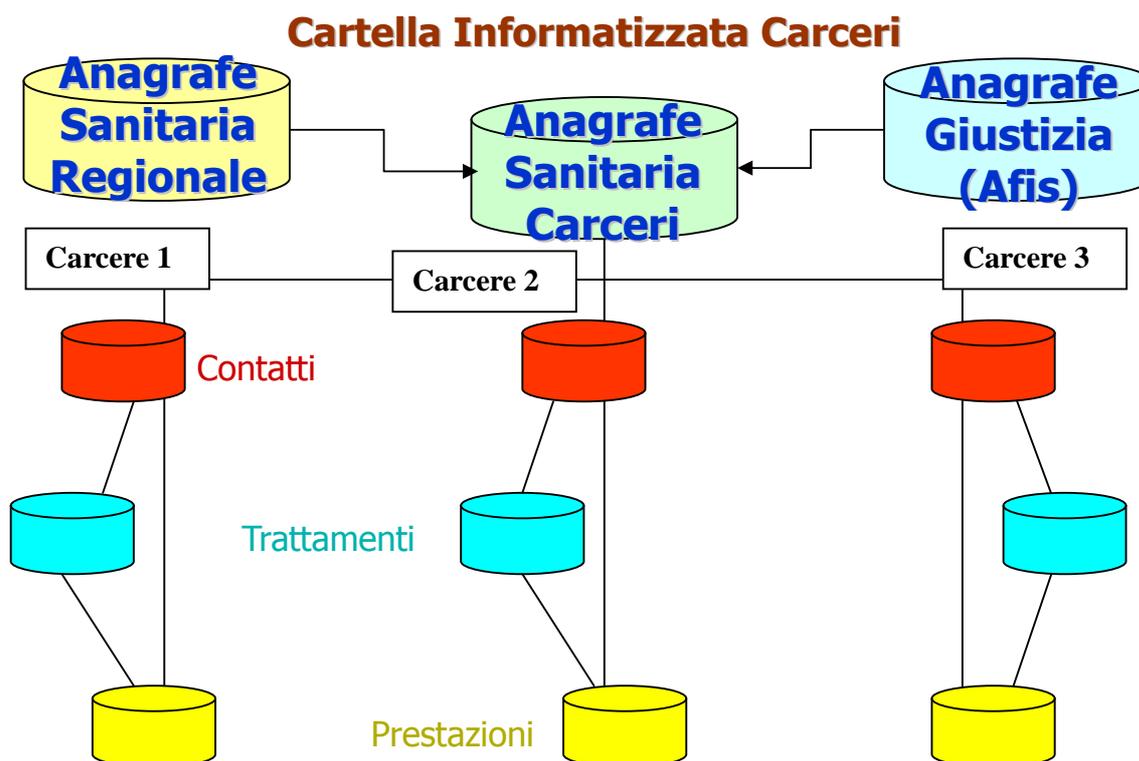
Altro compito della cartella informatizzata è quello di far registrare l'informazione una sola volta e di utilizzarla invece in tutti i contesti in cui questa è utile (nel trattamento, nella certificazione, nella analisi dei dati).

Le opzioni disponibili quando si informatizza una struttura che deve erogare prestazioni sanitarie sono sostanzialmente due:

- la prima (opzione verticale) prevede che i software già attivi nelle altre strutture si estendano alla struttura penitenziaria nelle parti di competenza, estendendo i software di gestione del ricovero (ADT) verso i centri clinici, i software di gestione dell'ambulatorio medico verso i nuovi ambulatori, i software della gestione delle dipendenze in uso nei sert per trattare i soggetti in carcere, così per la salute mentale ecc.

- la seconda (opzione orizzontale) prevede il trattamento unitario all'interno delle strutture carcerarie (cartella del detenuto), con modelli di comunicazione (collaborazione applicativa) verso gli altri software aziendali deputati alla gestione unitaria di una casistica: avremo quindi flussi automatizzati dalla cartella verso il SERT per la gestione unitaria delle dipendenze, o verso il software di salute mentale, o di ricovero per la eventuale produzione della SDO; ma anche flussi in direzione inversa, per esempio per acquisire automaticamente in cartella i risultati delle analisi di laboratorio senza impegnare l'operatore in lunghe e noiose operazioni di riscrittura manuale.

La scelta proposta in questo documento è l'opzione orizzontale come strumento unitario e standardizzato da utilizzare all'interno di tutte le strutture penitenziarie e del minorile operanti nel territorio regionale.



La cartella informatizzata deve quindi essere rivolta esclusivamente a supportare il lavoro degli operatori sanitari, deve colloquiare con gli altri applicativi, deve garantire la costruzione del basamento informativo dal livello “struttura”, a salire a quello di Asl, a quello “dipartimentale” regionale, ai livelli nazionali di NSIS e del Ministero della Giustizia per le parti competenti.

La Cartella Gestionale, unica almeno nel livello regionale in termini di dizionario dati e di funzionalità, sarà utilizzata quindi dagli operatori per il trattamento corrente del soggetto detenuto.

La cartella integra tutte le attività rivolte alla salute del soggetto svolte sul soggetto dalle varie figure professionali dell'ASL (medici, psicologi, assistenti sociali), e i trattamenti attuati.

Gestisce l'attività del medico, dalla visita di primo ingresso al trattamento in cella, con produzione automatica delle certificazioni sia verso il SSR che verso l'amministrazione penitenziaria.

Consente di registrare le prescrizioni e le terapie farmaceutiche e produce la stampa del “carrello” infermieristico per la somministrazione quotidiana.

Gestisce anche le problematiche connesse con la tossicodipendenza, le dipendenze in genere, la salute mentale.

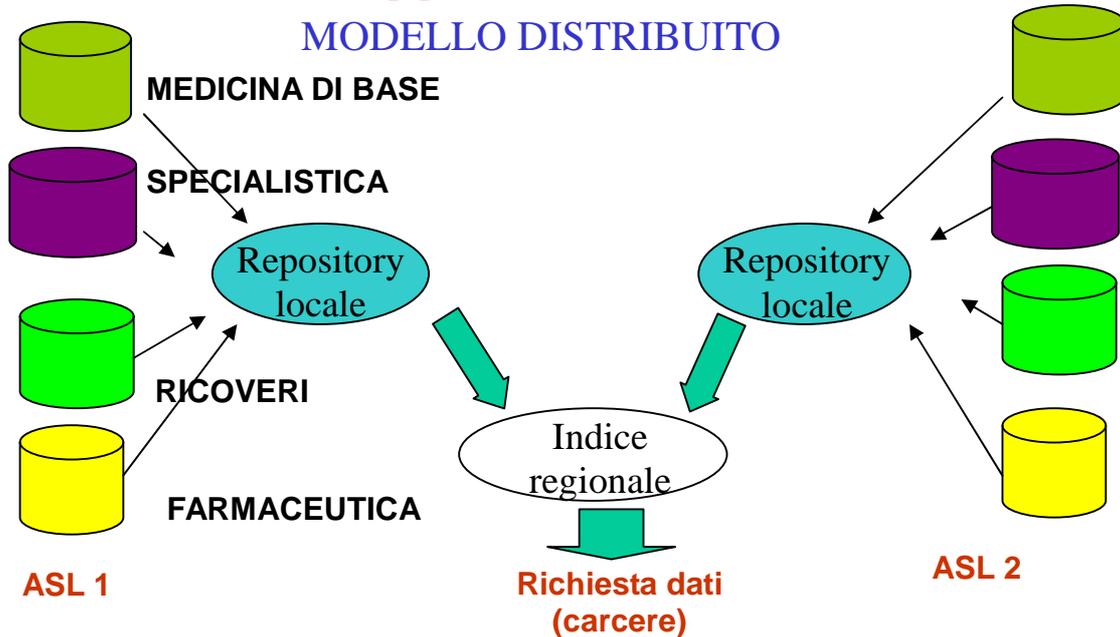
Si integra con gli applicativi aziendali per le parti di competenza.

Fornisce i flussi di attività sia regionali (es. Specialistica, Farmaci Erogati Direttamente, Prestazioni riabilitative, Scheda Nosologica), che nazionali (SIND, Salute Mentale).

Alimenta il sistema informativo regionale e serve quindi anche NSIS.

Alimenta con le modalità che saranno concordate il “fascicolo sanitario” nazionale per quelle informazioni che si ritengono utili far circolare insieme al soggetto detenuto nei suoi spostamenti interregionali

Collaborazione Applicativa Territorio-Carcere



1.2 Le esperienze e i prodotti esistenti

Il gruppo di lavoro ha dedicato specifiche sedute nella verifica degli strumenti software già disponibili, il loro livello di sviluppo, la rispondenza alle caratteristiche minime individuate, la possibilità del riuso da parte delle singole amministrazioni regionali.

La cartella informatizzata in ambito penitenziario è stata infatti oggetto di esperienze in alcune regioni, spesso con visione mirata a specifiche patologie (dipendenze, salute mentale), in alcuni casi utilizzando strumenti stand alone o piccole reti; in altri, creando dei sistemi integrati in ambito regionale, o cercando di attivare un sistema unico nazionale collegato all'anagrafica amministrativa del soggetto detenuto.

1.2.1 La Cartella Sanitaria del DAP

Il DAP ha approntato una cartella sanitaria collegata direttamente alla anagrafe dei detenuti che è stata rilasciata in questi ultimi tempi. E' impostata per gestire correttamente il trattamento sanitario del soggetto in carcere. I dati (anche quelli alimentati da strutture penitenziarie che hanno trattato il soggetto in precedenza), sono visibili alla struttura penitenziaria che ha in carico il soggetto. Il software è impostato per la corretta costruzione di un basamento informativo sanitario in carcere. Le criticità sono rappresentate da un necessario sviluppo per la produzione dei flussi informativi delle aziende sanitarie e dalla comunicazione con questi software (che potrebbe essere affrontata con la creazione di moduli web services standardizzati). Il DAP si è dichiarato disponibile a fornire l'uso del software senza peraltro approfondire ad oggi le modalità con cui si potrebbero attivare formule di riuso come cartella gestionale. La cartella del DAP, considerate le caratteristiche unitarie sul livello nazionale, potrebbe evolvere proficuamente come gestione del fascicolo sanitario del detenuto, specializzandosi quindi in questa direzione.

2) Il percorso assistenziale fra strutture appartenenti a regioni diverse

2.1 Esigenza di condividere la base di conoscenza

Il soggetto detenuto che si sposta fra strutture penitenziarie appartenenti a regioni diverse, spesso per motivi di sicurezza, o per necessità di cure intensive, è accompagnato dalla documentazione sanitaria cartacea prodotta nei periodi precedenti. Questa può essere più o meno consistente in relazione alla durata del periodo pregresso trascorso in carcere, e più o meno utilizzabile in relazione alla diligenza con cui gli operatori sanitari ne hanno curato la compilazione. Inoltre occorre tenere presente che per molti soggetti soprattutto stranieri la problematica del fornire generalità diverse si riflette nella predisposizione di documentazione sanitaria frammentata e difficilmente riunificabile.

Una gestione informatizzata della cartella sanitaria può consentire di ridurre gradualmente fino a renderli marginali le problematiche di cui sopra:

- definendo uno standard informativo minimo della documentazione sanitaria nel trasferimento fra strutture carcerarie che deve essere prodotta dalla struttura che rilascia il detenuto

- riunificando le informazioni sanitarie sulla anagrafica amministrativa del detenuto (che quando collegata a elementi determinanti quali le impronte digitali, consente di risolvere le problematiche di aliasing), nonché sulla anagrafica nazionale degli assistibili (es. tessera Team) per consentire la continuità e il collegamento tra l'attività sanitaria erogata sul territorio e quella erogata in carcere

Lo standard informativo minimo è opportuno venga definito anche in caso di "modello cartaceo" in quanto consente di rilevare con sicurezza le informazioni sanitarie ritenute indispensabili dallo standard stesso.

2.3 Il Fascicolo Sanitario Nazionale Informatizzato del Detenuto

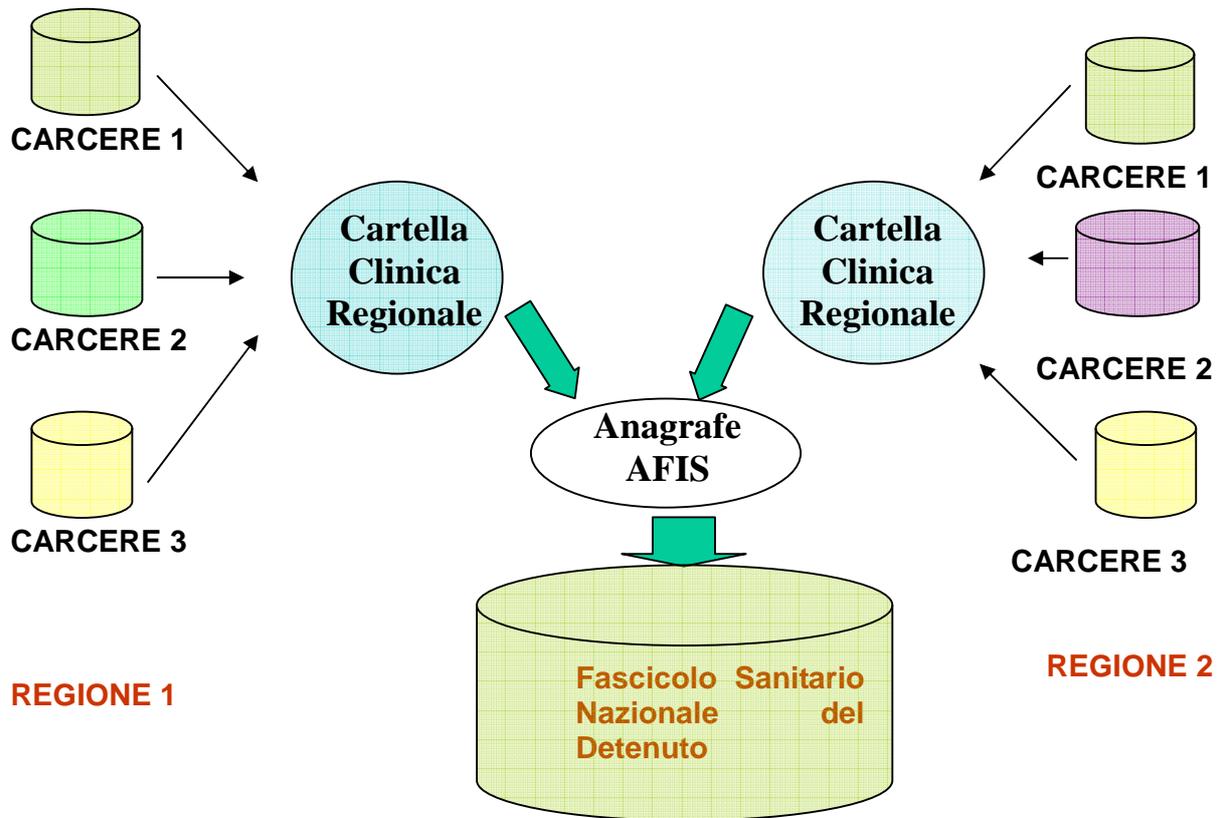
Il fascicolo sanitario nazionale del detenuto raccoglie dalle cartelle gestionali informatizzate in uso nelle regioni tutti gli aspetti ritenuti utili per ricostruire la storia clinica del soggetto detenuto. A titolo di esempio, mentre la somministrazione quotidiana è un aspetto gestionale, la prescrizione della terapia (farmaco, posologia, durata) è una informazione utile del fascicolo sanitario.

Saranno quindi definite modalità di standardizzazione delle informazioni e della raccolta dei referti, o dei risultati di analisi provenienti da cartelle regionali probabilmente diversificate, e del loro invio al fascicolo sanitario.

Il fascicolo sanitario è collegato alla anagrafica amministrativa delle carceri in modo da garantire l'univocità dell'identità del soggetto, ed eventualmente la ricostruzione degli alias. La modalità tecnica con cui si prevede la costruzione del fascicolo sanitario possono essere due, da considerare anche in relazione alla sicurezza, e alla responsabilità della tenuta della base di dati:

- modello centralizzato: prevede la realizzazione di un unico database a livello nazionale collegato con l'anagrafica amministrativa del detenuto alimentato dalla cartelle elettroniche regionali con i moduli definiti
- modello distribuito: prevede la realizzazione di un database di livello regionale (anche come componente integrata nella più complessiva "carta sanitaria del cittadino" che varie regioni stanno approntando). I database regionali in questo caso sono accedibili da chi ne possiede i diritti per il tramite dell'anagrafica amministrativa penitenziaria, che in questo caso funziona da "indice centralizzato)

Il Fascicolo Sanitario Nazionale del Detenuto



La soluzione preferita si basa sul modello distribuito in cui l'onere minimo per ciascuna regione che non abbia ancora realizzata la informatizzazione della cartella gestionale sia quella della messa a disposizione dello "standard informativo minimo" prodotto anche attraverso strumenti di videoscrittura e collegati sia con il codice anagrafico amministrativo del detenuto, che con il codice fiscale.

Occorre quindi che un gruppo integrato con figure sanitarie produca il documento sugli standard minimi, mentre occorrerà definire opportunamente gli standard di alimentazione del fascicolo sanitario, che, dal punto di vista temporale deve prevedere l'acquisizione dei dati almeno in concomitanza ad ogni trasferimento/re immissione in libertà del detenuto.

Il fascicolo sanitario potrebbe essere peraltro definito come strumento di visualizzazione dei dati sanitari del soggetto da parte dell'amministrazione penitenziaria, con le modalità, i limiti e nelle casistiche concordate, nel qual caso gli standard di alimentazione e i contenuti devono essere definiti di conseguenza.

Per quello che riguarda in generale tutte le problematiche legate alla privacy, il gruppo ha concordato di richiedere specifico incontro al Garante, da concordare.

3) Il Sistema Informativo sulla Salute in Carcere

La presa visione degli applicativi (Dap, Regione Toscana) è stata utile nel condividere la base di conoscenza sulle attività sanitarie erogate in carcere, sulle modalità operative, sui modelli organizzativi. La componente del Ministero della Salute deve quindi definire le necessità, ma appare chiaro che per la definizione del debito informativo a regime, occorrerà individuare un gruppo tecnico specifico con un chiaro mandato sugli obiettivi che lavori, come negli altri progetti del NSIS, per un periodo adeguato.

Il sistema informativo regionale, visto come una estensione di NSIS, dovrà invece definire le informazioni utili dal punto di vista dell'analisi dell'attività sanitaria in carcere, in modo che possa da una parte alimentare NSIS, e dall'altra parte, attraverso strumenti di

business intelligence, possa supportare sia le strutture regionali e le aziende sanitarie, che l'amministrazione della Giustizia.

Nella prima fase di presa in carico delle attività da parte delle Aziende Sanitarie Locali, è prevedibile che le informazioni di tipo analitico che potranno essere rese disponibili siano quelle già in uso e prodotte per la descrizione delle attività sanitarie correnti (SDO (file A), Specialistica (file C), Riabilitazione (file E)) ecc. Si ritiene quindi che questi flussi possano rappresentare il primo basamento informativo utilizzabile sul livello nazionale, oltre ad eventuali rilevazioni definibili ad hoc.

Il flusso informativo idoneo a regime a supportare i compiti attribuiti dall'allegato al DPCM sarà definito dal sottogruppo e successivamente sperimentato dalle regioni che nel tempo attueranno il processo di informatizzazione centrata sul soggetto detenuto

3.1 Obiettivi a regime

Obiettivo del sistema informativo è monitorare l'attività della Sanità Penitenziaria. Questo obiettivo generale viene perseguito attraverso alcuni obiettivi specifici:

- ✓ 3.1.1 Quantificare il numero di soggetti che accedono al sistema e descrivere le loro principali caratteristiche socio-anagrafiche e di salute
- ✓ Quantificare gli interventi posti in essere sui singoli soggetti e descrivere le loro principali caratteristiche in termini di tipologia, durata, esito

Quanto precede dovrà essere attuato secondo le norme vigenti in tema di regolamento privacy. Si prevede, analogamente ad altri settori già attivati, che i dati dovranno essere in formato individuale, ma privi degli elementi identificativi.

3.2 Definizione del debito informativo nazionale.

- ✓ 3.2.1 Informazioni Anagrafiche (Anno di nascita, Provincia di nascita, Cittadinanza, Regione di residenza, ASL di residenza, Comune/Stato estero di residenza, Sesso, Stato civile, Titolo di studio, Occupazione precedente la carcerazione, ...)
- ✓ 3.2.2 Stato giuridico (In attesa di giudizio, definitivo, sottoposto a regimi speciali ...) da verificare con garante privacy
- ✓ 3.2.3 Informazioni da rilevare all'accesso alla struttura [data ingresso, provenienza (libertà, altro carcere...); patologie attive (mediche, psichiatriche, dipendenza/abuso...): diagnosi, data diagnosi, trattamenti in corso; situazione sierologica HIV, HBV, HCV e MTS...]
- ✓ 4.2.4 Quadro diagnostico evolutivo successivo all'ingresso [patologie attive intercorse (mediche, psichiatriche, dipendenza...): diagnosi, data diagnosi, trattamenti in corso; situazione sierologica HIV, HBV, HCV e MTS...],
- ✓ 4.2.5 Prestazioni erogate [data, tipologia, sede (in carcere, esterna ambulatoriale, esterna ospedaliera), professionista/specialista erogante; referti degli accertamenti]

3.3 Tempi e modalità di alimentazione del Sistema Informativo Nazionale Salute in Carcere

L'invio dei dati avverrà almeno con cadenza annuale. Il sistema dovrà essere comunque organizzato in modo da consentire le elaborazioni anche in riferimento a situazioni contingenti e particolari (vedi ad esempio valutazione dell'impatto sanitario sul territorio a seguito di massicci livelli di scarcerazione)

4) Dati di struttura e Personale

Questa tipologia di informazioni hanno impatto sia dal punto di vista informativo che dal punto di vista gestionale. Infatti a supporto di decisioni sul trasferimento dei detenuti

occorre anche la conoscenza logistica e organizzativa della struttura destinata ad accogliere il detenuto. Queste informazioni quindi devono essere normalmente gestite nelle cartella informatizzate regionali ed eventualmente aggiornare con tempistica più cogente il sistema informativo:

4.1 Strutture

Tipologia (Ambulatorio, Reparto, Centro Riabilitativo ...) Utilizzare classificazione istat per le strutture attivate.

Prestazioni erogabili (Elenco e descrizione)

Dotazioni strumentali (Elenco e descrizione)

Orario Giornaliero di funzionamento

Presenza del personale. Per ciascuna figura professionale: qualifica e orario giorno/settimana/mese.

4.2 Personale sanitario

Struttura di appartenenza

Qualifica (medico, psicologo, educatore professionale, infermiere professionale, assistente sociale ...)

Disciplina (psichiatria, medicina interna, gastroenterologia, radiologia ...)

Tipologia di contratto (Dipendente, convenzionato, a contratto)

Orario settimanale e numero giorni/settimana di presenza nella struttura

5) Aspetti tecnologici e logistici

5.1 locali adibiti alle funzioni sanitarie e il loro cablaggio

I locali ad uso sanitario che passeranno in comodato gratuito alle Asl competenti, si trovano in buona parte già cablate e integrate nella rete dell'amministrazione penitenziaria. La informatizzazione della cartella sanitaria a regime deve prevedere la disponibilità del posto cablato in tutti gli ambienti in cui operano figure sanitarie.

Le scelte possibili percorribili da ciascuna regione in questo caso sono essenzialmente tre:

- 1) allargamento della rete di Asl. Questa opzione prevede che la parte cablata dei locali sanitari sia staccata dalla rete della giustizia e connessa alla rete geografica di asl condividendone quindi le politiche di sicurezza. In questo caso sono le politiche di connettività della singola regione che dovranno consentire la gestione unificato dell'applicativo fra strutture carcerarie appartenenti ad Asl diverse.
- 2) lasciare il cablaggio esistente di competenza alla Giustizia (che si è dichiarata disponibile). In questo caso la rete penitenziaria è vista come unitaria sul sistema dal sistema regionale che dovrà concordare le modalità di comunicazione preferibilmente interfacciando il sistema regionale come regolatore degli accessi da parte delle singole asl
- 3) Creare la rete sanitaria penitenziaria regionale. In questo caso le strutture penitenziarie regionali sono collegate in un anello geografico autonomo che sviluppa politiche di integrazione sia con la rete sanitaria regionale (o delle singole asl) che con la rete della Giustizia. Sono evidenti in questo caso le settorializzazione delle politiche di sicurezza che, con l'inserimento del server su cui è posizionato il software applicativo, consente una gestione specifica per la sanità penitenziaria

La rete della Giustizia metterà quindi a disposizione le politiche di connessione con la rete regionale di riferimento e/o con le singole asl, che comunque dovrà essere realizzata almeno per condividere l'anagrafica amministrativa della Giustizia

Per quanto riguarda il posizionamento del server che gestisce la cartella informatizzata

regionale le possibili soluzioni sono : singola asl; asl capofila/regione; Giustizia in un proprio ced con rapporto di servizio rispetto alla regione.

Infine occorre dimensionare la dotazione dei posti di lavoro (personal computer) che devono seguire uno standard nei minimi di dotazione individuati in 1 computer/stanza o almeno 1 computer ogni 2 operatori contemporaneamente presenti.

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 8.416.000,00 così suddiviso:

- **€ 1.000.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 1;**
- **€ 2.916.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 2;**
- **€ 1.000.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 3;**
- **€ 3.500.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 4.**

Linea Progettuale 7

Assessorato alla Sanità
Coordinamento Area Assistenza Sanitaria

Linea Progettuale 7

Titolo

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

Scheda di Progetto

Durata del progetto:

annuale

Referente:

Settore Fasce Deboli

Importo assegnato a valere sulla quota del fsn:

€ 3.000.000

CONTESTO: Il contesto territoriale entro cui si sviluppa il progetto riguarda famiglie residenti nel territorio campano e nel cui nucleo familiare vivono persone anziane senza patologie conclamate con condizioni di rischio (obesità, dislipidemia, ipertensione, artrite-osteoporosi, diabete....) e/o soggetti non sani (dipendenti/indipendenti) affetti da obesità, dislipidemia, ipertensione, artrite-osteoporosi, diabete....

DESCRIZIONE DEL PROGETTO- RAPPRESENTAZIONE DEL PROBLEMA:

Secondo i dati di una relazione dell'Osservatorio Geriatrico Campano "La condizione socioeconomica sanitaria degli anziani in Campania" l'indice di vecchiaia è costantemente più basso in Campania rispetto alla realtà nazionale, infatti nel 2000 ha raggiunto il 66,6% valore questo raggiunto dall'intera nazione tra gli anni 80 e 90.

Si prevede che nel 2020 tale rapporto arriverà a 136 dove nello stesso periodo in Italia si registrerà un indice del 194.2 (vedi grafico)

L'aumento dell'età è strettamente correlato all'aumento di patologie croniche e del declino funzionale

Nei confronti di tale fenomeno diventa necessaria, quindi a ricerca di strategie che abbiano come obiettivo il *miglioramento della qualità della vita in termini fisici, psicologici, sociali e relazionali*.

A tale scopo l'OMS lanciò qualche anno fa una nuova parola d'ordine: "*ActiveAging*" intendendo con ciò un indirizzo di strategie sociali e sanitarie, un processo che contrasti l'isolamento e l'inattività che rischiano di caratterizzare il modo di invecchiare.

"*ActiveAging*", alludendo ad una costruzione della vecchiaia che inizia quando l'organismo è ancora giovane progettando la salute, la vita di relazione, la vita intellettuale dell'età anziana. Ciò per dire che la vecchiaia non è determinata meccanicamente da agenti biologici o da cause esterne ma in primo luogo viene scelta, costruita: *la vecchiaia è il frutto della gioventù*.

Va caratterizzata, pertanto, l'attività preventiva, con la promozione di stili di vita sani e la prevenzione di fattori di rischio: l'attività fisica può certamente essere uno dei fattori che aiutano in questa direzione diminuendo i rischi di malattie croniche e ritardando il declino funzionale. Può essere un modo per prendersi cura di sé e migliorare la qualità della propria vita.

Vi deve però essere una stretta sinergia tra i referenti sanitari e chi concretamente esercita l'attività motoria. I primi dovranno monitorare l'attività in essere che, se svolta regolarmente, produce dei miglioramenti fisici, psicologici, sociali, e culturali significativi negli individui di tutte le età, includendo persone aventi dei limiti e delle incapacità particolari

La Regione Campania intende con questo progetto promuovere la cultura dello sport: come valore di convivenza, di miglioramento dell'essere umano, di «terapia» preventiva contro molte patologie, comprese quelle connaturate con l'anzianità

L'attività fisica svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione ed obesità. In particolare si stima che per le cardiopatie ischemiche l'eccesso di rischio attribuibile allo stile di vita sedentario ed i suoi costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili ad obesità, ipertensione e fumo (Programma Nazionale Linee Guida).

Come è facile intuire, tutto questo rientra a pieno in un'ottica preventiva e multidisciplinare, che sta finalmente superando l'interpretazione del concetto di salute in senso unicamente "clinico", andando sempre più verso un modello rispettoso della persona nella sua interezza e globalità.

Una delle condizioni tipiche verso le quali indirizzare il lavoro di equipe è l'effetto a catena rispetto a situazioni patologiche che di per sé non sono particolarmente gravi, ma che nel tempo creano quadri invalidanti irreversibili. ad esempio, la condizione cronica più frequente negli anziani è l'artrite, spesso associata all'osteoporosi fino ad arrivare alla condizione-limite della perdita di autonomia dell'anziano: la cosiddetta *sindrome ipocinetica*, ovvero una condizione morbosa, interessante più organi e apparati, che insorge in seguito a prolungata immobilità.

L'attività fisica può essere prevista su tre livelli :

- ☞ a livello domiciliare per chi ha difficoltà nella deambulazione per il mantenimento delle abilità funzionali con personale formato e con esperienza comprovata
- ☞ in palestra o strutture adeguatamente attrezzate e con personale formato con esperienza comprovata, quale occasione anche per stabilire buone relazioni tra le persone e consentire di uscire dalla solitudine con benefici di tipo sociopsicologico.
- ☞ In ambienti naturali attraverso percorsi strutturati e con personale formato e con esperienza comprovata

OBIETTIVO GENERALE:

- prevenzione degli stili di vita scorretti e miglioramento delle condizioni di salute e di vita delle persone anziane attraverso la promozione di stili di vita corretti

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ☞ assistere e prendersi cura della persona nella sua globalità ed unicità, promuovendo condizioni ambientali e proposte di vita funzionali al recupero, mantenimento e allo sviluppo delle capacità residue.
- ☞ Promuovere interventi comportamentali e sociali attraverso l'educazione alla salute, all'attività motoria, fisica e sportiva
- ☞ Valutare la relazione tra pratica di attività motoria e/o stili di vita
- ☞ valutare la correlazione con indicatori di salute

DESTINATARI:

Le necessità specifiche nell'attività fisica dovranno variare in funzione dello stato di salute dell'individuo. Pertanto le persone verranno scelte in base al livello del loro stato di salute. In tutti i casi la popolazione raggiunta dovrà essere agganciata a programmi organizzati e monitorati:

- 1) popolazione in generale nei confronti della quale andranno organizzate iniziative di promozione generalizzata e indifferenziata sugli stili di vita, e che possono praticare regolarmente un'attività fisica appropriata unitamente ad una sana alimentazione; in qualsiasi condizione si trovi la persona, è possibile e necessaria un'azione preventiva rivolta al mantenimento della situazione in essere

- 2) soggetti non sani ma indipendenti affetti da patologie cronico-degenerative quali i diabetici, coloro affetti da osteoporosi-osteoartrite che non praticano (ma ne beneficerebbero) un'attività fisica adeguata che può aiutare a migliorare lo stato di salute e a ridurre il rischio di mortalità generale.
- 3) soggetti non sani dipendenti in salute psico - fisica non buona nei confronti dei quali un'attività fisica appropriata può migliorare in maniera significativa la qualità della vita attraverso il recupero, mantenimento o il miglioramento delle abilità funzionali

AZIONI:

1. Attivazione di una rete tra MMG, referenti principali del progetto, le unità operative anziani del Distretto ed il mondo dell'Associazionismo
2. Attivazione protocolli d'intesa per la definizione dei compiti e dei ruoli dei vari attori coinvolti. Un ruolo rilevante va assegnato, in questo tipo di progettazione, alle associazioni di cittadini e/o di pazienti con esperienza specifica che vanno stimolate ad assumere direttamente l'iniziativa di organizzare attività di formazione /informazione e attività motorie specificamente adatte alle loro esigenze. Preferibilmente il ruolo della struttura sanitaria dovrà essere quello di stimolo e consulenza nei confronti degli attori che dovranno svolgere il ruolo di attore principale nel promuovere le condizioni per uno stile di vita sano dei cittadini. nonché di monitoraggio e verifica dei risultati.
3. studio esplorativo per conoscere l'offerta di attività motoria organizzata sul territorio
4. individuazione degli ambienti che dovranno ovviamente garantire le risorse strutturali e umane necessarie alla realizzazione del progetto (ambienti attrezzati, personale di supporto con competenze adeguate) in orari favorevoli al regime di vita delle persone anziane.
5. Censimento popolazione target
6. Campagne di informazione rivolte alla comunità attraverso interventi che includono gruppi di sostegno e di auto-aiuto, counseling sull'A.F., screening ed interventi educativi sui fattori di rischio, eventi di comunità
7. Suggestioni per incoraggiare ad utilizzare le scale attraverso la diffusione di cartelli motivazionali e informativi collocati vicino agli ascensori per incoraggiare l'utilizzo delle scale con l'indicazione esplicita dei benefici per la salute e per la perdita di peso.
8. Attivazione corsi di aggiornamento teorico pratici con programmazione di percorsi comuni di identificazione fattori di rischio e individuazione consigli da dare per le varie tipologie dei loro assistiti abbinati a programmi di animazione motoria anche qui attraverso la diffusione di materiale informativo
9. attivazione programmi di animazione motoria nell'ambito di programmi più ampi che prevedono il coinvolgimento delle stesse persone in particolare le persone anziane per stimolarli ad eseguire (anche da soli e con strumentazioni adeguate) compiti di vita quotidiana

10. assistenza, monitoraggio e valutazione dei processi in corso d'opera, per adeguarne le modalità di svolgimento alle necessità in termini di accettabilità e di efficacia

**TEMPI DI ATTUAZIONE
(CRONOPROGRAMMA)**

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

INDICATORI

- ☞ numero di progetti informativi realizzati: almeno uno per ASL
- ☞ numero di progetti di attività motoria: almeno uno per ASL
- ☞ numero di soggetti coinvolti di cui al punto 1 del Paragrafo "Destinatari": popolazione residente sul territorio aziendale
- ☞ numero di soggetti coinvolti di cui ai punti 2 e 3 del paragrafo "Destinatari": almeno il 10%
- ☞ studi di monitoraggio realizzati in stretta sinergia con i MMG: almeno uno per ASL . Si dovranno prevedere verifiche ex ante, in itinere, ex post

RISULTATI ATTESI

La promozione dell'attività fisica essendo considerata un'azione di sanità pubblica di provata efficacia dovrà essere effettuato uno studio sulla popolazione raggiunta tesa a dimostrare:

- una riduzione del rischio di ammalarsi e morire per malattie cardiovascolari, ipertensione, obesità, diabete del II tipo, osteoporosi ed alcuni disturbi mentali, quali la depressione e l'ansia.
- ☞ aspettativa di vita più sana e più lunga
- ☞ maggiore competenza da parte delle persone ad operare le scelte per la propria salute
- ☞ abbattimento degli stereotipi e valorizzazione dell'anziano come risorsa ai fini di aiuto e solidarietà nei confronti di altri anziani e di altre fasce della popolazione

☞ maggiore integrazione sociale da parte dell'anziano e partecipazione ad attività ricreative culturali offerte dal territorio

Nello specifico le attività previste di cui sopra dovranno tendere a: raggiungere le seguenti Aree di fondamentale importanza per il raggiungimento di un completo stato di benessere psico-fisico :

- 1) RISVEGLIARE - MANTENERE LA PRESENZA PSICHICA –
padronanza di movimento
attenzione- memoria
prontezza di riflessi
- 2) MIGLIORARE L'ASPETTO PSICOLOGICO
tono dell'umore
- 3) RECUPERARE - MANTENERE L'AUTONOMIA ESSENZIALE
arti superiori
arti inferiori
equilibrio
- 3) ATTIVARE - FAVORIRE LE FUNZIONI PRIMARIE
respiratoria
motoria
circolatoria
uro-intestinale
- 4) STIMOLARE - FAVORIRE LA SOCIALIZZAZIONE
sicurezza /identità personale



Regione Campania – Assessorato alla Sanità

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.

Rep. Atti n. 57/CSR del 25 marzo 2009

Annualità 2009

Linea progettuale n. 9 – Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita.

TITOLO DEL PROGETTO

ATTUAZIONE DI UNA RETE DI STRUTTURE PERINATALI IN CAMPANIA.

AREA COMPETENTE: AGC 20 Assistenza Sanitaria

Referenti operativi e amministrativi

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

Sub-progetto 2 - Settore 05 Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi dell'Emergenza.

Sub-progetto 3 - Settore 01 Assistenza Sanitaria.

TEMPI PREVISTI: 3 ANNI.

COSTI DELL'INTERO PROGETTO: €26.000.000,00

	titolo sub-progetto	costo in euro
1	Strutturazione della rete di servizi ospedalieri perinatali	10.000.000,00€.
2	Riprogrammazione del Servizio Trasporto neonatale	3.000.000,00€.
3	Umanizzazione dell'evento nascita	13.000.000,00 €
	totale	26.000.000,00€

Inquadramento normativo

La Delibera di Giunta n. 2068 del 12 novembre 2004 ha approvato le linee guida regionali per l'ottimizzazione dell'assistenza ospedaliera in Neonatologia e pediatria d'urgenza. Il Gruppo Tecnico Regionale ha lavorato per realizzare una reale attuazione dei modelli assistenziali, atti a favorire un'integrazione tra unità operative ostetriche e neonatologiche. La successiva delibera di Giunta n. 235 del 16 febbraio 2005 ha introdotto il sistema di follow-up per la sorveglianza dei neonati a bassissimo peso, indirizzando tale monitoraggio a tutti gli ospedali sedi di TIN. In ottemperanza alle disposizioni del piano di rientro, e per favorire una razionalizzazione della rete neonatale, la Regione si è impegnata a disporre la chiusura di punti nascita che hanno un'attività inferiore ai 400 nati per anno, mediante la Delibera n. 2162 del 14 dicembre 2007. La delibera attraverso l'intervento progettuale n.11 del piano di rientro, approvato con DGRC n.460 del 20.03.2007, è partita dall'analisi dei 93 punti nascita funzionanti riportati nel Piano di rientro, ridotti ad 82 per effetto dei provvedimenti regionali adottati. Quindi all'epoca della delibera i punti nascita interessati al provvedimento erano 46 pubblici e 36 privati accreditati. Da questa analisi, sono stati esclusi i punti nascita da riorganizzare e quelli con particolari caratteristiche geomorfologiche. Pertanto, alla fine, risultava che 11 punti nascita andavano dismessi o accorpati per realizzare il risparmio di spesa preventivato. La Giunta si è impegnata per l'anno 2009 ad estendere il provvedimento ai punti nascita con meno di 500 nati/anno.

Negli ultimi dieci anni, anche per effetto dei provvedimenti attuati, in Campania, come in tutte le regioni Italiane, si evidenzia un miglioramento dei principali esiti perinatali. Sussistono, tuttavia, notevoli differenze fra la Campania e le regioni del Nord Italia, che sono da riferire a carenze organizzative, oltre che alle ben conosciute differenze sociali ed economiche che caratterizzano il Sud del Paese. Il confronto con le regioni che presentano migliori esiti perinatali evidenzia che i problemi più rilevanti che richiedono interventi mirati sono la **mancata regionalizzazione delle cure perinatali** e la **medicalizzazione del parto**, espressa soprattutto dall'eccessivo ricorso al parto con taglio cesareo (TC).

Con il Decreto Dirigenziale N.2 del 26/01/2009 è stato costituito il Gruppo operativo di lavoro Regionale per il monitoraggio e l'ottimizzazione del percorso nascita con lo scopo di effettuare un monitoraggio dei punti nascita e dell'incidenza dei tagli cesarei, con l'obiettivo finale di elaborare una relazione con cadenza semestrale rivolta alle Aziende sul territorio, in cui si evidenzieranno gli esiti del monitoraggio e le criticità del percorso nascita, in virtù dei provvedimenti che le Aziende sono tenute a predisporre ai fini delle delibere in vigore, sulla razionalizzazione dei punti nascita e sulla riduzione dell'incidenza dei tagli cesarei. Ulteriore obiettivo che si propone è di indicare ulteriori strumenti di valutazione dell'appropriatezza, da cui far scaturire nuove modalità di remunerazione del parto onde incentivare il ricorso al parto vaginale.

La Regione è caratterizzata anche dalla la numerosità delle strutture di assistenza privata convenzionata, che mostrano aspetti positivi e negativi. Infatti, da una parte

esiste una struttura privata convenzionata che ha un ruolo centrale nell'assistenza perinatale per numerosità dei nati, disponibilità di posti letto di cure intensive neonatali e ridotta proporzione di TC, rispetto alla media regionale, dall'altra la maggioranza delle strutture private non tiene alcun conto delle indicazioni nazionali e regionali sulla necessità di ridurre il ricorso al TC.

Questo progetto si articola in tre linee di intervento strettamente correlate e finalizzate a dotare la Campania di una rete di strutture ostetrico-neonatologiche, articolata secondo il modello "Hub & Spoke", modellata in base alle necessità assistenziali dei singoli ambiti territoriali:

Sottoprogetto 1: strutturazione della rete di servizi ospedalieri perinatali

Sottoprogetto 2: riprogrammazione del Servizio Trasporto neonatale

Sottoprogetto 3: umanizzazione dell'evento nascita

Descrizione del contesto

I dati disponibili sulle caratteristiche organizzative e assistenziali delle strutture che compongono la rete di assistenza perinatale in Campania evidenziano alcune criticità ed in particolare :

a. Mancata identificazione dei livelli di cure

La necessità di articolare le Unità Funzionali neonatologiche in tre livelli è evidenziata sia Nelle Linee Guida Nazionali,¹ che nel Piano Ospedaliero regionale per la riorganizzazione dei servizi di emergenza ed urgenza². Tale suddivisione non è stata, finora, realizzata: questo è uno dei motivi per cui una quota consistente di gestanti a rischio è assistita in strutture che non sono in grado di assicurare cure adeguate ai neonati patologici.

b. Eccesso di strutture di piccole dimensioni

Il confronto con altre regioni evidenzia un eccesso di strutture di piccole dimensioni, alcune delle quali, peraltro, aspirano a definirsi strutture di riferimento per gravidanze a rischio.

c. Ridotte dimensioni delle strutture di riferimento

Il numero delle strutture con livelli di attività tali da poter svolgere effettivamente un ruolo di "HUB" (almeno 1500 nati/anno ed almeno 8 p.letto di T.I.N. oltre a un adeguato numero di p.letto sub-tin e di neonatologia) è ridotto. Ciò è confermato dalla frequente evenienza di trasferimenti di neonati ad alto rischio provenienti da strutture dotate di reparti di cure intensive verso altre strutture di pari livello

¹ Ministero della salute, Piano per il miglioramento del sistema di emergenza/urgenza pediatrica, maggio 2005

² DGRC n. 2068 12 novembre 2004: Linee Guida Regionali per l'ottimizzazione dell'assistenza ospedaliera in Neonatologia e pediatria d'urgenza

d. Insufficienza dei posti letto e delle attrezzature di cure intensive (TIN) e sub-intensive (sub-TIN)

Le 16 strutture che dispongono di posti letto per cure intensive neonatali dispongono complessivamente di 77 posti letto di TIN e di 223 posti letto variamente suddivisi tra posti letto sub-TIN, Neonatologia e DH per follow-up. La insufficienza dei primi (77 contro un fabbisogno stimato di 83, pari a 1 posto letto ogni 750 nati, che nel 2007 sono stati 61.800) è aggravata dalla dispersione dei posti letto di TIN in numerose strutture e della insufficienza dei posti di sub-tin.

Sottoprogetto 1: strutturazione della rete di servizi ospedalieri perinatali

L'offerta attuale di servizi ostetrici e neonatologici in Campania non risponde ancora ad un modello organizzativo articolato su tre livelli, come previsto dalla normativa vigente e realizzato in quelle regioni che dispongono già di una rete efficiente di strutture perinatali. Inoltre non è ancora sviluppato un reale collegamento tra le strutture territoriali (consultori familiari, ambulatori specialistici del Distretto) e le strutture ospedaliere.

È evidente un marcato frazionamento delle strutture, che sono ancora troppo numerose. Anche se tra il 1996 e il 2007 anni i centri nascita si sono ridotti da 102 a 83, le nascite sono passate da 74.760 a 61.800: pertanto, a fronte di una riduzione del numero di nati del 17,3%, la riduzione dei centri nascita è pari al 20,2%, e sono ancora operanti troppi centri nascita pubblici e privati di piccole dimensioni.

L'eccessivo frazionamento delle strutture è evidente sia in quanto sono ancora operanti strutture che assistono meno di 500 nati per anno, anche in ambiti territoriali densamente popolati, sia per la ridotta numerosità delle nascite nelle strutture di maggiori dimensioni, che dovrebbero svolgere il ruolo di centri di riferimento per le situazioni di rischio perinatale. I dati della letteratura scientifica sono concordi nell'evidenziare che l'efficacia delle cure intensive è legata anche all'ampiezza della casistica assistita, pertanto sarebbe opportuno non solo ridurre il numero totale dei centri nascita, ma anche centralizzare le nascite a rischio in strutture opportunamente dimensionate e incrementare i posti letto di TIN in quelle che mostrano indicatori di efficienza e di efficacia migliori.

La carenza di posti letto di cure intensive in Campania e quella di posti letto, personale e attrezzature per i nati che hanno superato la fase di cure intensive sono state ripetutamente segnalate. Un ulteriore problema è rappresentato dal fatto che le TIN delle Aziende Sanitarie Monaldi e Santobono, che sono centri di riferimento regionale per la Cardiologia, la Cardiochirurgia neonatale e la Chirurgia Neonatale, non dispongono di un reparto di maternità ove ricoverare per il parto le gestanti alle quali è stata fatta diagnosi prenatale di patologie cardiologiche o chirurgiche. Pertanto è spesso inevitabile il trasferimento di neonati patologici anche quando le gestanti a rischio sono state correttamente indirizzate verso strutture di terzo livello.

Con la DGRC n. 1613 del 15/10/2008 è stato recepito l'accordo ai sensi dell'art 4 del Dlgs 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 di Piano Sanitario Nazionale per l'annualità 2007. Con tale provvedimento sono stati approvati i progetti rimodulati dagli uffici regionali competenti ed il relativo riparto delle risorse occorrenti, tra cui il progetto "Miglioramento dell' outcome dei neonati trasportati dal servizio di trasporto neonatale d'emergenza in Campania". A tale scopo con l'attuale progetto si intende integrare il precedente di cui alla delibera citata, per completare le azioni utili alla piena realizzazione di quanto programmato.

Obiettivi

- Creare una rete formale di strutture organizzate su tre livelli, che erogino prestazioni di complessità crescente dal primo al terzo livello e in cui il livello superiore eroghi, oltre alle prestazioni che lo caratterizzano, anche quelle indicate per i livelli inferiori.
- dare indicazioni per potenziarle adeguatamente le strutture che, per dimensioni dell'attività ostetrica, disponibilità di servizi ad alta specializzazione e di posti letto di TIN possano effettivamente svolgere il ruolo di HUB.
- Concentrare le gravidanze a rischio, programmando per tempo l'invio della partoriente in una struttura di secondo o terzo livello.
- Assicurare ad ogni parto un'assistenza ostetrica e neonatologica adeguata al livello di rischio evidenziato in gravidanza.
- Favorire la massima collaborazione tra strutture territoriali e punti nascita e tra i punti nascita di livello diverso di uno stesso ambito territoriale e di ambiti diversi.

Azioni

- Un gruppo di lavoro multidisciplinare, costituito presso il settore di Assistenza Ospedaliera, ha il compito di valutare il livello assistenziale erogato dalle strutture ostetrico-neonatali, predisporre i relativi strumenti ed effettuare i necessari controlli nelle strutture.
- Verificare del livello di cure erogato dalle singole strutture ospedaliere perinatali, tenendo presente che in ogni struttura il livello assistenziale dell'U.O. ostetrica e neonatologica deve essere uniforme. Questa attività di verifica sarà attuata in tre tappe:
 - a) predisposizione di un questionario per la raccolta dei dati che il gruppo di lavoro riterrà indispensabili per la costituzione di una rete di strutture perinatali
 - b) sperimentazione del questionario su un numero ridotto di strutture del capoluogo regionale per la verifica dello strumento e successive modifiche allo stesso
 - c) invio nelle strutture ostetrico-neonatali di esperti che collaboreranno col personale sanitario e tecnico locale per raccogliere i dati previsti e classificarle su tre livelli.

Al primo livello corrispondono strutture che, in assenza di patologie accertate, assistono il parto e il neonato in età gestazionale maggiore di 34 settimane; al secondo livello corrispondono quelle che assistono anche parti e neonati a rischio, in età gestazionale > 32 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale tipici del III livello; all'ultimo livello corrispondono quelle che assistono anche gestanti e neonati bisognosi di cure intensive.

- Identificare eventuali incongruenze tra il livello di assistenza erogato dalla U.O. ostetrica e dalla U.O. neonatologica e suggerire le necessarie modifiche. Va precisato che, ove il livello assistenziale delle due U.O. non concordi, il livello complessivo della struttura assistenziale ostetrico-neonatologica corrisponde al livello minore evidenziato
- Attuare iniziative formative nelle strutture territoriali miranti a diffondere la conoscenza del modello assistenziale in via di realizzazione e programmare per tempo l'invio della partoriente a rischio in una struttura adeguata al livello di rischio previsto.
- Disegnare una rete di strutture perinatali secondo il modello Hub & Spoke che tenga conto delle caratteristiche rilevate nella fase di verifica e delle esigenze territoriali

Tempi

Tre anni dall'attivazione del progetto.

Costi previsti

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

Indicatori

Il sottoprogetto si propone di incrementare la quota di gestanti a rischio correttamente indirizzate verso strutture adeguatamente attrezzate, pertanto i relativi indicatori saranno:

- Proporzione di donne con gravidanza ad alto rischio assistite in strutture di terzo livello.
- Proporzione di donne a con gravidanza ad alto rischio trasferite verso centri di terzo livello.
- Percentuale di neonati trasferiti.

Sottoprogetto 2: riprogrammazione del Servizio Trasporto neonatale

Il Servizio di trasporto di emergenza neonatale (STEN) è attivo in Campania dal 1995. Utilizza tre Unità operative, due delle quali sono in Napoli, presso l'A.O.U. Federico II e il P.O. Annunziata, e una presso l'AORN San Sebastiano di Caserta.

L'indice di trasferimento dei neonati in Campania è eccessivo, se confrontato con quello di ambiti territoriali in cui è stata attuata una regionalizzazione dell'assistenza perinatale. Ciò è dovuto fondamentalmente a due cause: la quota di gestanti a rischio che partoriscono in strutture che non assistono neonati patologici è ancora elevata e, inoltre, inoltre un numero significativo di neonati in gravi condizioni sono trasferiti tra strutture di terzo livello, anche se la gestante è stata correttamente inviata in un centro attrezzato, per insufficienza di posti letto di cure neonatali intensive e sub-intensive. Una piccola quota di trasferimenti neonatali non è evitabile, perché legata a problemi inattesi, tuttavia è chiaro che il trasferimento di un neonato rappresenta un fattore di rischio per ulteriori aggravamenti di situazioni patologiche e anche un insuccesso dell'organizzazione delle cure perinatali.

E' necessario che i dati dello STEN siano affidabili e in disponibili in tempo reale per valutare l'efficienza e l'efficacia sia dello STEN che della rete di assistenza perinatale.

Con la DGRC n. 1613 del 15/10/2008 è stato recepito l'accordo ai sensi dell'art 4 del Dlgs 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 di Piano Sanitario Nazionale per l'annualità 2007. Con tale provvedimento sono stati approvati i progetti rimodulati dagli uffici regionali competenti ed il relativo riparto delle risorse occorrenti, tra cui il progetto per il miglioramento dell'outcome dei neonati trasportati dal servizio neonatale d'emergenza in Campania, cui si rimanda per la specifica progettualità riguardante l'emergenza neonatologica.

Obiettivi

- Ridurre la quota di neonati patologici trasportati a mezzo STEN.
- Migliorare gli esiti dei neonati trasportati a mezzo STEN.
- Diffondere il messaggio che le gestanti a rischio devono essere indirizzate per il parto ad una struttura adeguatamente attrezzata e che il trasferimento di un neonato è un rischio per la sua salute e un insuccesso dell'assistenza perinatale.

Azioni

- Elaborazione di un software specifico per la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi allo STEN.
- Aggiornamento dei protocolli operativi dello STEN e diffusione presso le strutture.
- Formazione degli operatori dello STEN all'utilizzo del software e all'invio dei dati in tempo reale.
- Collegamento con la rete regionale dell'emergenza-urgenza sanitaria (118). I dati relativi al servizio sono raccolti e elaborati su server in regione. La disponibilità immediata di questi dati permette di evidenziare criticità del servizio e problemi della rete delle strutture perinatali.

- Per ridurre i disagi organizzativi delle famiglie ed i costi assistenziali, quando possibile si deve incentivare il ritorno del neonato presso l'Ente trasferente, una volta superata la fase critica dell'assistenza e raggiunta una reale stabilità clinica del piccolo paziente.
- In tutti i casi in cui è possibile deve essere previsto con lo S.T.A.M. il trasferimento della gestante piuttosto che quello del neonato patologico. Pertanto
- Vanno programmati corsi di aggiornamento per tutto il personale addetto all'attività di trasporto, sia riguardo ai protocolli assistenziali, sia riguardo ai dati di efficacia del servizio stesso e delle caratteristiche della rete assistenziale perinatale
- Diffondere, anche con campagne informative sul territorio, il messaggio che le gestanti a rischio devono essere indirizzate a strutture adeguatamente attrezzate e che il trasferimento di un neonato è un rischio per la sua salute e indica un malfunzionamento della rete di assistenza perinatale

Tempi

Tre anni dall'attivazione del progetto.

Costi previsti

I costi connessi alla realizzazione del progetto sono riferibili alla attuazione della stessa progettualità, alla realizzazione dei sistemi informativi, all'acquisizione di tecnologie di comunicazione, alla realizzazione di campagne informative e corsi di formazione, al miglioramento dei data base esistenti. Essi ammontano a 3.000.000,00€.

Indicatori

- Quota di neonati trasferiti
- Quota di neonati trasferiti tra centri di terzo livello
- Percentuale di adesione ai protocolli operativi dello STEN

Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

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 2009

LINEA PROGETTUALE 9.2 – **Umanizzazione evento nascita** **Sub progetto n.1- parto indolore**

DURATA triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

COSTO TOTALE euro13.000.000,00.

TARGET Gestanti e Puerpere

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 9,4‰ registrato nel 2000. 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 100.000 nati vivi del 1970 al 5,6 per 100.000 nati vivi del 1995), la natimortalità (che si è ridotta dal 14,6‰ del 1971 al 3,9‰ del 1999) e il tasso di mortalità infantile (che è variato dal 29,6‰ del 1970 al 5,6‰ del 1998).

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.

Riferimenti Normativi:

- P.O.M.I. 04/2000
- Piano Sanitario Nazionale
- Piano Sanitario Regionale
- Linee Guida per l'assistenza al parto fisiologico -DGR 2413 del 25/07/03
- 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
- DRG n.2162 del 14/12/2007 Interventi di razionalizzazione dei Punti Nascita

SCHEMA LOGICO

OBIETTIVO GENERALE	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
A) Riorganizzare il percorso assistenziale per la gravidanza, il parto e il puerperio fisiologico. (Linee guida Regionali)	<p>Elaborazione e Condivisione di protocolli tra Punti Nascita aderenti al progetto e Territorio afferenti per realizzare una reale continuità metodologica e assistenziale</p> <p>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</p>	<p>Elaborazione Protocolli</p> <p>Nr di gravide seguite nel percorso nascita/ Nr totale di gravide che si rivolgono ai consultori</p> <p>N. di operatori formati/Nr totale destinatari formazione</p>	<p>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</p> <p>Elaborazione Linee Guida sull'utilizzo appropriato delle tecniche di controllo del dolore durante il travaglio/parto vaginale</p>

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
B) 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 del territorio Miglioramento del clima relazionale
C) 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 Elaborazione della guida per i genitori in attesa Adeguare 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 aderenti al progetto Elaborazione 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 tutte le UUOOMI dei corsi di preparazione alla nascita e nei Punti Nascita aderenti al progetto Incremento del 5% delle gravide partecipanti ai corsi Stampa 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
<p>3) Promuovere la formazione del Personale</p>	<p>Attuazione corsi di formazione per ostetriche su: tecniche non medicalizzate del controllo del dolore durante il travaglio/parto vaginale</p> <p>Attuazione corsi di formazione su: Appropriato utilizzo tecniche medicalizzate (analgesia) per il controllo del dolore durante il travaglio/parto vaginale</p>	<p>Nr. di ostetriche formate/Nr totale ostetriche punti nascita e C.F.</p> <p>Nr di operatori formati/Nr totale destinatari formazione</p>	<p>% di donne che hanno partorito con assistenza ostetrica non medicalizzata "One to One"</p> <p>Studio, monitoraggio e valutazione dei benefici, efficacia e rischi delle tecniche utilizzate nei Punti nascita (report semestrale)</p>

Attività	I anno						II anno						III anno					
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36
A1																		
A2																		
A3																		
A4																		
B																		
C																		
D																		
E																		

Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

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 2009

LINEA PROGETTUALE 9.2 – Umanizzazione evento nascita

Sub progetto n.2 allattamento materno precoce

Durata: biennale

Referente Progetto: Regione Campania

Importo: 3.000.000

Contenuti

A seguito della pubblicazione delle Linee Guida sulla promozione dell'allattamento al seno (BURC 14 Febbraio 2008), si è costituito un Gruppo di lavoro regionale, con l'obiettivo di individuare modalità condivise per mettere gradualmente in pratica le Linee-Guida nelle aziende sanitarie ed ospedaliere della Campania.

Del gruppo di lavoro regionale, che è coordinato dall'Assessorato alla Sanità e dal Dipartimento di Pediatria dell'Università Federico II, fanno parte rappresentanti individuati dalle direzioni di tutte le aziende della regione, sia di provenienza ospedaliera che territoriale.

Il lavoro finora svolto ha riguardato la creazione di un sistema informativo finalizzato a monitorare i tassi di allattamento al seno e l'individuazione di percorsi formativi comuni, per raggiungere obiettivi di miglioramento accettabili e possibili nei vari contesti delle strutture regionali. Il presente progetto intende rafforzare e mettere a regime questo percorso; in questo modo, la Campania sarebbe la prima regione Italiana a disporre di un sistema informativo dedicato per il monitoraggio delle pratiche di allattamento nel primo anno di vita ed anche la prima a muoversi con una progettualità condivisa da tutte le aziende, finalizzata a migliorare in modo graduale i tassi di inizio e di durata

dell'allattamento al seno. Attualmente, il monitoraggio viene eseguito in numerose aziende sanitarie ed ospedaliere, con informazioni, raccolte in giorni campione, al momento della dimissione dai punti-nascita e della esecuzione delle vaccinazioni.

Obiettivi generali del progetto

- Aumentare i tassi di inizio dell'allattamento al seno esclusivo: entro il 2010, il 90% delle madri dovrebbero essere dimesse dai punti-nascita della Regione Campania con un allattamento esclusivo;
- Aumentare i tassi di allattamento esclusivo o prevalente al sesto mese: entro il 2010, il 50% dei bambini dovrebbero essere allattati prevalentemente al seno fino al compimento del sesto mese di età;
- Aumentare i tassi di allattamento totale: entro il 2010, almeno il 25% delle madri dovrebbero continuare l'allattamento al seno anche dopo lo svezzamento e, preferibilmente, fino al compimento del primo anno di età del bambino;

Obiettivi specifici

Mettere a regime ed informatizzare il sistema finora creato di monitoraggio dei tassi di allattamento.

Si tratta di estendere a tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere il sistema di monitoraggio creato negli ultimi 2 anni e di far pervenire i dati all'Osservatorio Epidemiologico Regionale

Migliorare pratiche rilevanti di sostegno all'allattamento nei punti nascita (contatto precoce madre neonato, allattamento esclusivo e a richiesta, rooming-in, osservazione di una poppata e della correttezza dell'attaccamento, aumento del numero di poppate giornaliere durante la permanenza al nido, limitazione della supplementazione di soluzione glucosata e di formula)

Migliorare pratiche rilevanti di sostegno all'allattamento sul territorio (punti di ascolto e di sostegno nei consultori familiari, visite domiciliari, produzione di materiale informativo, linee telefoniche dedicate, promozione della creazione di gruppi territoriali di sostegno)

Curare la formazione dei professionisti coinvolti nelle cure alle donne gravide ed ai bambini, affinché siano in grado di raggiungere gli obiettivi sopra identificati.

Indicatori per la valutazione

- % di aziende sanitarie ed ospedaliere coinvolte nel processo di monitoraggio, tanto nei punti nascita che nei centri vaccinali
- % di relazioni, mensili e trimestrali, elaborate dal gruppo di lavoro regionale, nelle quali sono forniti i dati di prevalenza di allattamento al seno al momento della dimissione dai punti-nascita e nel corso del primo anno di vita
- % di relazioni mensili e trimestrali inviate dal gruppo di lavoro regionale all'Osservatorio Epidemiologico della Regione
- % di aziende che hanno progettato interventi specifici per rendere precoce il primo contatto tra madre e neonato, per promuovere il rooming-in, per rendere possibile l'osservazione di una poppata, per aumentare la frequenza delle poppate e per limitare la supplementazione di soluzione glucosata e di formula
- % di aziende che hanno creato punti di ascolto e di sostegno all'allattamento nei consultori familiari, che hanno prodotto materiale informativo, che hanno identificato risorse per visite domiciliari e per la creazione di gruppi territoriali di sostegno all'allattamento
- numero e tipologia di eventi formativi organizzati nelle aziende partecipanti al progetto, finalizzati a raggiungere gli obiettivi previsti

Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

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 2009

LINEA PROGETTUALE 9.2 – **Umanizzazione evento nascita** **Sub progetto n.3 - rooming-in**

DURATA: 3 anni

Referente Progetto: Regione Campania

Importo: 5.000.000

Contenuti

Le Linee guida sulla promozione dell'allattamento al seno della Regione Campania (BURC 14 Febbraio 2008) identificano un rilevante numero di attività utili per promuovere la cultura dell'allattamento al seno e per aumentarne i tassi. E' noto che, a fronte di una elevata percentuale di madri (circa 85%) che comincia ad allattare al seno, un elevato numero di donne (circa il 30%) interrompe l'allattamento nel corso del primo e del secondo mese di vita. Si tratta spesso di donne che hanno partorito con taglio cesareo, che hanno un basso grado di istruzione scolastica, che non hanno ricevuto un adeguato sostegno nei primi giorni dopo il parto e che, anche al momento del ritorno a casa, non possono contare su un aiuto capace di superare i fisiologici problemi e difficoltà associati con l'allattamento al seno.

Anche se una parte rilevante del lavoro di sostegno all'allattamento va svolta sul territorio, va tenuto in conto il fatto che, se fin dai primi giorni di vita una madre utilizza una supplementazione o allatta in modo inadeguato il proprio bambino, l'instaurarsi di un allattamento efficace al momento del ritorno a casa sarà particolarmente difficile. Pertanto, è necessario mettere in atto, nei punti nascita, le procedure più idonee a favorire un allattamento precoce ed esclusivo nei primi giorni di vita, che favorisca una montata latteca precoce e un calo ponderale contenuto. Un allattamento soddisfacente nei primi giorni

dopo il parto rappresenta la condizione necessaria per una allattamento efficace nei mesi successivi.

La letteratura scientifica concorda sul fatto che il contatto precoce madre-neonato ed il rooming-in rappresentano le 2 misure più efficaci per sostenere ed incoraggiare l'allattamento al seno. Obiettivo del presente progetto è quello di creare le condizioni perché queste 2 misure possano essere realizzate nei punti nascita della Regione Campania.

Lo stato delle pratiche per il sostegno all'allattamento nei punti-nascita della Regione Campania

Gli ultimi dati relativi alle pratiche di sostegno all'allattamento al seno nei punti nascita, raccolti in maniera sistematica, risalgono ad un'indagine regionale pubblicata nel 2003. Relativamente ad anni più recenti, sono disponibili solo informazioni sporadiche, oggetto di studi ad hoc e relative ad alcuni specifici contesti. Dall'indagine regionale, risulta che solo la metà dei punti nascita esegue un rooming-in, che è prevalentemente diurno, in quanto, dalle 22 alle 6 del mattino, i neonati vengono tenuti al nido. Relativamente all'epoca del primo contatto tra madre e neonato, la situazione è ancora più difficile, in quanto meno del 5% dei punti nascita promuove e rende possibile tale contatto entro i primi 30-60 minuti dopo la nascita. I motivi di questo ritardo dei punti nascita della Regione nell'adeguarsi ad indicazioni basate su solide evidenze scientifiche sono complessi e vanno ricercati tanto in fattori culturali che in carenze organizzative.

Da questi dati originano i principali obiettivi di questo progetto, che intende creare le condizioni culturali e dare le risorse economiche, affinché il rooming-in ed il contatto precoce madre-neonato diventino una realtà per tutti i neonati della Regione Campania.

La necessità di un Osservatorio sull'appropriatezza delle cure al neonato

In anni recenti la Regione Campania ha conseguito importanti traguardi di salute pubblica: a parte le Linee Guida sulla promozione dell'allattamento al seno e l'avvio del progetto di informatizzazione del Libretto Pediatrico Regionale, è infatti stato avviato il progetto regionale di screening dei disturbi permanenti dell'udito, che prevede un test di screening

universale nei punti nascita e nei reparti di patologia e di terapia intensiva neonatale. Il follow up dei bambini che non superano il test di screening permette di stabilire diagnosi di sordità ed intervento riabilitativo in epoca molto precoce, in genere entro il sesto mese di vita.

Queste iniziative significano miglioramento della qualità e contemporanea diminuzione dei costi delle cure, nell'ottica di un'appropriatezza, che è di grande rilievo in tutto il percorso nascita. Pertanto, il secondo obiettivo che si propone in questo progetto è l'istituzione di un Osservatorio sull'appropriatezza delle cure al neonato, che curi il monitoraggio delle su descritte iniziative e coordini tutta la formazione necessaria per mantenere elevata la competenza degli operatori e la qualità delle cure stesse.

Obiettivi del Progetto

Favorire un contatto precoce madre-neonato in tutti i punti nascita della Regione

Campania: entro il 2012 il 70% dei nati da parto spontaneo ed il 50% dei nati da taglio cesareo dovrebbero essere tenuti a contatto con la propria madre entro i primi 30 minuti dopo la nascita e restare con la madre per almeno 2 ore;

Creare le condizioni culturali e logistiche affinché il rooming-in sia eseguito in quei

punti nascita nei quali esso non è ancora esistente: entro il 2012 , il 90% dei punti-nascita della Regione dovrebbe eseguire un rooming-in diurno ed un 70% un rooming-in anche di notte;

Istituire un Osservatorio per l'appropriatezza delle cure al neonato, situato presso

l'Assessorato alla Sanità e coordinato dal Dipartimento di Pediatria dell'Università Federico II di Napoli, i cui compiti sono di coordinare la attività formative, di monitoraggio e di promozione di interventi, relative alla salute del neonato, in particolare per quanto attiene all'allattamento al seno ed allo screening neonatale dei disturbi permanenti dell'udito

Indicatori per la valutazione

- ✓ % di neonati il cui primo contatto con la madre si verifica entro i primi 30 minuti dopo la nascita, suddivisi per tipo di parto;
- ✓ % di punti-nascita presso i quali è attiva un'attività di rooming-in, tanto diurna che notturna;
- ✓ numero di relazioni mensili e trimestrali di monitoraggio, relative ai tassi di allattamento al seno e di esecuzione del test di screening con otoemissioni acustiche inviate dall'Osservatorio ai punti nascita ed ai reparti di terapia intensiva neonatale della Regione Campania;
- ✓ monitoraggio dei tassi di allattamento prevalente e misto a 3, 6, 9 e 12 mesi tra i bambini residenti in Regione Campania resi noti dall'Osservatorio;
- ✓ monitoraggio dei tassi di ipoacusia alla nascita e verificatisi nel corso dei primi 3 anni di vita (forme ad esordio tardivo o progressive) resi noti dall'Osservatorio



Regione Campania – Assessorato alla Sanità

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.

Rep. Atti n. 57/CSR del 25 marzo 2009

Annualità 2009

Linea progettuale n.10 – Implementazione della rete unità spinali unipolari e delle strutture per gravi pazienti cerebrolesi

TITOLO DEL PROGETTO

IMPLEMENTAZIONE RETE UNITA' SPINALI IN CAMPANIA PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE MIELOLESO E CEREBROLESO

AREA COMPETENTE: AGC 20 Assistenza Sanitaria

Referente operativo e amministrativo

Progetto 1 - Settore 05 Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi dell'Emergenza – 118.

TEMPI PREVISTI: 3 ANNI.

COSTI DELL'INTERO PROGETTO: €

	titolo progetto	costo in euro
1	Implementazione rete unità spinali in Campania per l'assistenza al paziente mieloleso e cerebroleso	1.000.000 €.
	totale	1.000.000€

CONTESTO

REALIZZAZIONE DI UNA RETE REGIONALE AFFERENTE ALLE UNITA' SPINALI, PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE MIELOLESO E CEREBROLESO

Le lesioni midollari rappresentano una delle più complesse e invalidanti patologie. Un appropriato trattamento delle gravi mielolesioni e/o cerebrolesioni richiede una risposta tempestiva e coordinata di varie unità operative per acuti e riabilitative, in sinergia con le funzioni sanitarie e socio-assistenziali territoriali.

In particolare, così come definito nell'Atto di intesa Stato-Regioni del 17 marzo 1996 sul sistema di emergenza sanitaria, l'**Unità Spinale Unipolare (USU)** è destinata all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, sin dal momento dell'evento lesivo, ed ha lo scopo di permettere ai mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione. Essa inoltre, agendo in fase intensiva-subintensiva, permette di aumentare l'appropriatezza organizzativa dell'assistenza ai malati critici, attraverso la riduzione del congestionamento dell'area della Terapia Intensiva ad alta intensità di cure, problema oggi comune a molte realtà regionali.

Essa si colloca di norma all'interno di presidi ospedalieri di III livello, raccordandosi con i Servizi di Emergenza Urgenza di II livello ed in particolare con i Trauma Center, e utilizza le risorse professionali, strumentali ed edilizie presenti nella struttura nella quale è inserita attraverso un'organizzazione interdisciplinare che soddisfa le differenti necessità cliniche, terapeutico-riabilitative, psicologico-sociali delle persone affette da lesione midollare. Si avvale di personale medico fisso e ad accesso programmato, in modo da garantire unitarietà dell'intervento e approccio interdisciplinare, sia nella fase precoce che in quella riabilitativa. In ogni caso deve essere garantito l'approccio globale clinico-assistenziale dell'intervento terapeutico e riabilitativo che integri competenze, professionalità e risorse disponibili nella stessa o in diverse Aziende sanitarie tramite l'adozione di percorsi e protocolli caratteristici del modello organizzativo "in rete".

Alla USU afferisce il coordinamento dei percorsi clinico-assistenziali e riabilitativi dei pazienti, garantendo la più moderna e qualificata assistenza, incluso i processi formativi e lo studio di nuove metodologie di trattamento e la prevenzione di ogni complicanza immediata, che può instaurarsi all'atto dell'evento lesivo o successivamente, quando la lesione può considerarsi definitivamente stabilizzata.

Da dati riportati dalle società scientifiche, in Campania attualmente vi è una prevalenza di circa 7-8.000 casi cronici, con un'incidenza di circa 100 nuovi casi l'anno. Tali casi, che si verificano prevalentemente in seguito ad eventi traumatici, determinano un ingente danno sociale, essendo l'età media dei malati è intorno ai 40 anni. Inoltre, viste le conseguenze disabilitanti di tali lesioni, le famiglie dei malati subiscono gravi disagi sociali ed economici, a cui spesso si sommano quelli derivanti dalla necessità di ricorrere a centri specialistici fuori Regione, con conseguente notevole aggravio di costi regionali per mobilità sanitaria passiva.

In Regione Campania, a fronte di un'attuale carenza assoluta di posti letto di USU, il Piano Regionale Ospedaliero 2007-2009, approvato con Legge Regionale 24 del 19 dicembre 2006, ha previsto la realizzazione di 2 USU, una presso il CTO della ASL Napoli1 con 20 posti letto, e l'altra presso AORN Moscati di Avellino con 10 posti letto, in corso di realizzazione mediante l'utilizzo delle risorse disponibili per l'edilizia sanitaria. Con la Legge regionale n.16 del 28 novembre 2008 si è approvato il nuovo piano sulla ristrutturazione ospedaliera, inserendo due nuovi ospedali, come sedi di unità spinali, l'IRCSS Maugeri di Telesse Terme con 15 posti letto e il Presidio Ospedaliero S Maria della Speranza di Battipaglia con 5 posti letto.

Con la DGRC n. 1613 del 15/10/2008 è stato recepito l'accordo ai sensi dell'art 4 del Dlgs 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 di Piano Sanitario Nazionale per l'annualità 2007. Con tale provvedimento sono stati approvati i progetti

rimodulati dagli uffici regionali competenti ed il relativo riparto delle risorse occorrenti, tra cui il progetto per la realizzazione di una rete regionale afferente alle reti spinali per l'assistenza al paziente mieloleso e cerebroleso. A tale scopo con l'attuale progetto si intende integrare il precedente di cui alla delibera citata, per consentire di inserire i nuovi ospedali previsti dal nuovo riassetto ospedaliero, come indicati dalla LR 16/2008.

A partire quindi dalla situazione esistente, il presente progetto vuole realizzare, anche attraverso la valorizzazione e la migliore caratterizzazione delle attività delle strutture territoriali esistenti, una rete assistenziale per i malati affetti da lesioni midollari e/o cerebrali che contempli, accanto alla disponibilità dei p.l. di III livello di USU previsti e in corso di realizzazione, la individuazione di una rete di centri di riabilitazione post-intensiva di II livello per i pazienti stabilizzati, in collegamento funzionale con il III livello, con distribuzione geografica omogenea, che permetterebbe l'avvicinamento dei pazienti meno problematici al proprio domicilio; ciò porterebbe ad una riduzione della durata delle degenze e una riduzione dei disagi e dei costi indiretti assistenziali per il paziente e la famiglia. È necessario inoltre disegnare percorsi socio-assistenziali che garantiscano la reale continuità del progetto riabilitativo mediante la realizzare una rete di centri per il reinserimento del paziente tetra o paraplegico, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni degli utenti, individuando al contempo una funzione di riferimento territoriale per ogni ASL che, in azione coordinata con le strutture di II e III livello, aiuta il paziente al ritorno a casa e al reinserimento nel mondo del lavoro. Tale funzione attiva il sistema di rete in cui la famiglia del paziente è uno dei nodi essenziali, insieme ai MMG, ai medici specialisti, alle strutture dei servizi sociali.

Obiettivi

Migliorare gli esiti dei pazienti mielolesi e cerebrolesi in Campania attraverso:

- A) Definizione e integrazione, a cura del Settore Regionale Assistenza Ospedaliera ed in collaborazione con le altre strutture competenti, della rete regionale sanitaria e socio-assistenziale di I, II e III livello, attraverso la stesura di un piano che individui le strutture e i percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi per pazienti mielolesi e cerebrolesi.
- B) Miglioramento della qualità delle cure prestate attraverso iniziative di formazione /aggiornamento dedicati a temi sulle fasi di prima assistenza in emergenza ai pazienti mielolesi e cerebrolesi e al successivo percorso terapeutico e riabilitativo per la corretta gestione del successivo andamento clinico e per gli esiti a distanza. Tali iniziative saranno rivolte al personale medico-infermieristico, ai terapisti della riabilitazione, ai pazienti ed ai loro familiari.
- C) Miglioramento della qualità delle cure prestate dalla rete per l'assistenza al paziente mieloleso e cerebroleso attraverso:
 - Creazione sistema informativo regionale dedicato
 - Integrazione dotazioni USU

Tempi per il raggiungimento degli obiettivi

Si prevede che il miglioramento del sistema possa essere reso operativo nell'arco di tre anni dall'approvazione del progetto.

Nel corso del primo anno verranno analizzati i dati relativi agli indicatori proposti per verificare l'attuale stato dell'arte e programmare gli interventi operativi ritenuti più idonei, che saranno attuati nel corso del secondo e terzo anno.

Costi connessi

I costi connessi alla realizzazione del progetto sono riferibili alla realizzazione di corsi di formazione/riqualificazione, la realizzazione del sistema informativo dedicato e la integrazione delle dotazioni USU. Essi ammontano a 3.500.000 €.

Indicatori che consentono di misurare la validità dell'intervento proposto

- Realizzazione e pianificazione regionale dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi per pazienti mielolesi e cerebrolesi.
- Realizzazione corsi programmati.
- Definizione sistema informativo dedicato.

PROGETTO ATTUATIVO DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2008 – SVILUPPO LINEA 10 – PROMOZIONE DI ATTIVITÀ DI INTEGRAZIONE TRA DSM E OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI .

- 1) **REGIONE PROPONENTE:** Regione Campania
- 2) **TITOLO DEL PROGETTO:** “Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall’OPG ed in carico al servizio territoriale”
- 3) **LINEA PROGETTUALE DI COLLOCAMENTO:** 10
- 4) **REFERENTE:** SETTORE FASCE DEBOLI
- 5) **DURATA DEL PROGETTO:** annuale
- 6) **ASPETTI FINANZIARI:**
Costo del Progetto : 3.000.000,00

7) DESCRIZIONE DEL PROGETTO:

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, così denominati dal 1975, sono strutture finalizzate all'accoglienza e al trattamento medico di soggetti detenuti ai quali sia stata diagnosticata la presenza di una malattia psichica, difficilmente gestibile all'interno di un Istituto Penitenziario. Diventa fondamentale, in un'ottica di riabilitazione e reinserimento sociale, in coerenza con quanto prevede l'allegato C del DPCM 1-4-08, agire, in prima istanza, sui pazienti internati che sono giunti a termine della misura di sicurezza e che restano ancora internati, in proroga della stessa, per la mancanza di adeguati progetti di reinserimento nel territorio di provenienza. In questa fase è determinante delineare la sede esterna più idonea al reinserimento del paziente affinché il trattamento farmacologico e quello riabilitativo-risocializzante possano compiersi nel miglior interesse del paziente. Tale reinserimento non comprende solamente il domicilio effettivo del paziente in questione, ma anche una serie di interventi posti in essere, attraverso una programmazione condivisa, per migliorare il benessere della persona e il suo inserimento all'interno del contesto sociale.

In seconda istanza, appare necessario costituire un sistema strutturale regionale in grado di agire per monitorare la presenza di internati residenti nella regione, garantire una rete permanente di contatti tra i DSM degli internati e l'equipe sanitaria dell'ASL che opera all'interno degli OPG, evitare il protrarsi della misura di sicurezza, quando si creino le condizioni per una dimissione e presa in carico da parte dei servizi anche con misure non detentive (vedi le sentenze 253/03 e 367/04), intervenire fin dalla fase di primo invio in carcere nel caso di utenti psichiatrici autori di reato per evitare, quando possibile, il ricorso all'OPG.

I Decreti emanati, infatti prevedono specifici interventi per:

- a) definire programmi operativi, tra DSM della ASL e l'OPG che insiste nel territorio di competenza, che prevedano la dimissione degli internati che hanno concluso la misura di sicurezza;

b) attivare una struttura autonoma organizzativa, nell'ambito del DSM della ASL dove e' presente l'OPG, che svolga funzioni di raccordo con le ASL regionali ed extraregionali di provenienza dei singoli internati ospitati presso l'OPG. L'attivita' della struttura deve essere finalizzata alla predisposizione di piani di trattamento concordati per il reinserimento degli internati nel territorio di provenienza.

CONTESTO OPERATIVO

Il progetto in questione individua interventi multidisciplinari concreti a favore dei pazienti in dimissione da OPG, con l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita del paziente favorendone l'integrazione positiva e dinamica con l'ambiente esterno in collegamento con i servizi territoriali competenti. Tale progettazione coinvolgerà soggetti istituzionali e del privato sociale presenti nel territorio, affinché le competenze lavorative, culturali e sociali dei pazienti dimessi dagli OPG possano trovare effettivo riscontro nel contesto sociale di riferimento, grazie all'aiuto concreto fornito dai diversi livelli della governance locale.

Si tenga presente che la mancanza di un adeguato programma di accoglienza non consente al Magistrato di Sorveglianza competente di rivedere il giudizio di "pericolosità sociale" che sostiene il mantenimento della misura di sicurezza detentiva.

L'elaborazione e la messa in atto di "piani di trattamento" e di "programmi operativi" finalizzati alla dimissione di tali internati può essere realizzata tramite la definizione, e la conseguente assegnazione, di "budget di cura" individualizzati finalizzati alla dimissione.

Il ricorso al concetto di "budget di cura" appare essenziale a definire la necessità di interventi individualizzati sui singoli utenti internati, tesi a risolvere in concreto la condizione di internamento detentivo, ricorrendo alla vasta rete di strutture dei servizi territoriali e garantire una presa in carico di lunga durata.

OBIETTIVI/RISULTATI ATTESI, AZIONI/INTERVENTI

L'obiettivo generale del Progetto è il raggiungimento di miglioramenti significativi nel reinserimento dei pazienti dimessi dagli OPG nel contesto sociale di riferimento, affinché il contatto con la società esterna non si trasformi in una ulteriore fonte di esasperazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere nuovi reati.

In sintesi i piani di trattamento finalizzati alla dimissione di pazienti in proroga devono prevedere le seguenti azioni:

- a) interventi sulle condizioni cliniche e/o comportamentali che rendano più alto il livello di autonomia e di capacità gestionale del paziente (assegnazione di un operatore individualizzato che affianchi il personale dell'OPG in grado di supportare il progetto di vita del paziente)
- b) interventi di individuazione, predisposizione ed implementazione di idonee soluzioni di accoglienza, e di supporto, per la persona al momento effettivo della dimissione da realizzare in tempi brevi (entro 3-6 mesi dall'inizio dell'intervento).
Attraverso la:
 - Predisposizione di uscite dall'OPG per avviare, già a partire dagli ultimi mesi di permanenza in tale struttura, un programma di sperimentazione "esterna", al fine di "stemperare" la tensione emotiva causata dall'internamento e per valutare il progressivo riadattamento comportamentale del paziente alla vita esterna, attraverso uscite programmate per partecipare a gruppi di riabilitazione esterni.
 - Rispondere al bisogno urgente della richiesta di un *alloggio* da parte dei pazienti dimessi da OPG, per i quali non è possibile un ricongiungimento familiare.

- Implementazione dei percorsi di formazione e di inserimento lavorativo ideati unitamente al progetto personalizzato che l'équipe multidisciplinare dispone, in collaborazione con soggetti esterni, per ogni paziente dimesso dall'OPG.

Per fare ciò si rende necessario da parte della Regione di:

- a) individuare gli utenti in proroga della misura di sicurezza, contattando e se necessario sollecitando i Servizi competenti alla Presa in carico;
- b) concordare con i referenti dei Servizi territoriali e l'équipe che segue il paziente in OPG le fasi e la tempistica dell'intervento terapeutico e riabilitativo individualizzato;
- c) monitorare l'implementazione e la realizzazione dei programmi operativi individualizzati;
- d) definire, tra Regione titolare di OPG e Regioni limitrofe, programmi di cura, di riabilitazione e recupero sociale per ciascun internato, prevedendo rapporti con i servizi sociali e sanitari per realizzare il programma di ulteriore decentramento nelle regioni di provenienza. Nello specifico è necessario provvedere ad azioni per facilitare il rientro dei pazienti delle altre regioni (vedi prospetto seguente) nelle regioni di competenze o in OPG più vicini alle medesime regioni;
- e) avviare e realizzare periodicamente incontri con i DSM della Regione per verificare e monitorare il flusso di ingressi negli OPG, rivalutare congiuntamente all'équipe dell'OPG le situazioni dei singoli utenti e definire in tempo solleciti programmi operativi per rendere possibili le dimissioni dei pazienti internati.

COSTI

- ❖ PACCHETTI AD PERSONAM per un massimo annuo di € 60.000 a persona. La somma è comprensiva di tutte le azioni ed interventi di tipo territoriale di natura logistica/abitativa temporanea e/o di avviamento, nonché di una borsa lavoro. Il costo complessivo è, per almeno n. persone, pari a €

SOGGETTI COINVOLTI

- Comuni di residenza delle singole persone
- ASL territoriali
- Osservatorio Regionale Carcere
- Terzo Settore e Privato Sociale

INDICATORI

- ⊙ N°percorsi di formazione attivati;
- ⊙ N°percorsi lavorativi attivati;
- ⊙ N°assegni di cura erogati;
- ⊙ N°alloggi messi a disposizione

TEMPI

Il progetto è di natura sperimentale e si svolgerà nell'arco temporale di 12 mesi. La durata sperimentale ottimale è triennale.

