

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria - Deliberazione n. 1091 del 12 giugno 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 di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2008. Modifica ed integrazione D.G.R. 996 del 22/05/2009

PREMESSO che:

- con D.G.R. n. 996 del 22/05/2009 è stato approvato il riparto delle risorse vincolate di cui all'allegato sub A dell'Intesa sancita in Conferenza Stato – Regioni in data 26/02/2009 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 8 linee prioritarie individuate dall'Accordo Stato - Regioni;
- con la stessa la Regione Campania, in conformità alle linee progettuali di cui all'Accordo Stato – Regioni del 26.02.2009, ha ritenuto per l'anno 2008 di completare e consolidare i progetti approvati dalla Giunta Regionale della Campania con delibera n. 1613 del 15/10/2008;

RITENUTO:

- che per mero errore materiale, nella fase di istruttoria del provvedimento, nel riparto delle risorse non si è tenuto conto della maggiore assegnazione del finanziamento spettante alla Regione Campania, stabilito dall'Intesa sancita in Conferenza – Stato Regioni in data 26/02/2009;
- che per tanto è necessario modificare e integrare la D.G.R. n. 996 del 22/05/2009 per la parte relativa ai progetti e al riparto delle risorse;

CONSIDERATO che:

- i competenti uffici regionali hanno provveduto alla rimodulazione dei progetti per la parte relativa al riparto delle risorse ad essi occorrenti, e che allegati alla presente ne costituiscono parte integrante:

- 1 Il sistema di cure primarie: le cure domiciliari nella rete dell'assistenza territoriale – Linea progettuale 1-
- 2 Percorso facilitato per la comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie – Linea progettuale 1 –
- 3 Potenziamento della rete delle cure oncologiche domiciliari” – Linea progettuale1 –
- 4 Radiologia domiciliare per pazienti oncologici – Linea progettuale 1 –
- 5 Salute della donna e del neonato – Iniziative a favore delle gestanti, delle partorienti e del neonato – Linea progettuale 2 –
- 6 Promozione di pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche per promuovere l'allattamento al seno – Linea progettuale 2 –
- 7 Prevenzione dei rischi comportamentali degli adolescenti (bullismo, condotte alimentari e salute riproduttiva) Linea progettuale 2 –
- 8 Progetto regionale per la prevenzione dei disturbi della menopausa e climaterio – Linea progettuale 2 –
- 9 Miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali finalizzate ad una idonea applicazione della Legge 194/78 – Linea progettuale 2 –
- 10 Progetto “IN – CULTURA” – Interventi integrati di prevenzione e formazione/informazione sulla salute degli stranieri temporaneamente presenti sul nostro territorio – Linea progettuale 2 –
- 11 Miglioramento dell'outcome dei neonati trasportati dal servizio di trasporto neonatale di emergenza in Campania Linea progettuale 2 –
- 12 Aggiornamento del personale operatori sanitari: Progetto Robinson (Implementazione Health Technology Assestement in Sanità) – Linea progettuale 3 –

- 13 Sviluppo nella rete dei servizi regionali di percorsi e piani assistenziali per soggetti con malattie rare. Condivisioni tra regioni di percorsi assistenziali e buone prassi attraverso l'utilizzo di un unico sistema informatizzato per la gestione della presa in carico dei soggetti con malattie rare – Linea progettuale 4 –
 - 14 Realizzazione di una rete regionale afferente alle unità spinali per l'assistenza al paziente mieloso e cerebrosolo – Linea progettuale 4 –
 - 15 Progetto regionale per lo sviluppo di strumenti utili al governo clinico e alla gestione del rischio – Linea progettuale 5 –
 - 16 Progetto SANIARP Campania on-line – Linea progettuale 5 –
 - 17 Piano regionale contenimento dei tempi di attesa per il biennio 2007/2008 – Linea progettuale 6 –
 - 18 Potenziamento della rete integrata Ospedale – territori nella Regione Campania per la prevenzione e terapia delle MST/HIV negli immigrati stranieri – Linea progettuale 8 –
 - 19 Realizzazione di una lista di attività unica e di un sistema di monitoraggio per il controllo di gestione per i dipartimenti di prevenzione delle AA.SS.LL. della Campania – Linea progettuale 8 –
 - 20 Casa della Salute. Sviluppo di modello organizzativo per le cure primarie – Linea progettuale 8 –
- per il Piano Nazionale della Prevenzione la Conferenza Stato – Regioni ha confermato la proroga del PNP per il 2008, vincolando per la Regione Campania la quota di euro 23.873.922,00.

RITENUTO:

- di dover approvare il nuovo riparto delle risorse vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 a valere sul FNS 2008, per complessivi euro 149.265.514,00 così come di seguito specificato:
- | | |
|--|-----------------|
| 1 cure primarie: | € 37.316.378,00 |
| 2 la salute della donna e del neonato: | € 28.500.000,00 |
| 3 aggiornamento del personale: | € 3.129.012,00 |
| 4 reti assistenziali: | € 6.000.000,00 |
| 5 governo clinico: | € 20.000.000,00 |
| 6 liste di attesa: | € 14.921.202,00 |
| 7 PNP | € 23.873.922,00 |
| 8 linee progettuali individuabili dalle singole Regioni: | € 15.525.000,00 |
- di stabilire altresì che i sopra elencati progetti allegati, devono essere inoltrati al Ministero della Salute per il seguito di competenza, ai sensi dell'accordo del 26/02/2009 incaricando 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;

Propone e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

- di modificare ed integrare la D.G.R. n. 996 del 22/05/2009 per la parte relativa ai progetti ed al relativo riparto delle risorse;
- di approvare il nuovo riparto delle risorse vincolate, pari a € 149.265.378,00 di cui all'allegato sub A dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 26.02.2008, 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 8 linee prioritarie individuate dall' Accordo Stato - Regioni dell'1 agosto 2007, secondo gli importi di seguito indicati:

1 cure primarie:	€ 37.316.378,00
2 la salute della donna e del neonato:	€ 28.500.000,00

- | | | |
|---|--|-----------------|
| 3 | aggiornamento del personale: | € 3.129.012,00 |
| 4 | reti assistenziali: | € 6.000.000,00 |
| 5 | governo clinico: | € 20.000.000,00 |
| 6 | liste di attesa: | € 14.921.202,00 |
| 7 | PNP | € 23.873.922,00 |
| 8 | linee progettuali individuabili dalle singole Regioni: | € 15.525.000,00 |
- di stabilire che per l'anno 2008, la Regione Campania ha ritenuto di completare e consolidare le linee progettuali approvate dalla Giunta Regionale della Campania con delibera n. 1613 del 15/10/2008 in conformità a quanto sancito nell'Accordo Stato – Regioni del 26.02.2009 che ha confermato le linee progettuali riportate nell'allegato A dell'Accordo 1 agosto 2007 (Rep. Atti n. 164/CSR) di cui gli allegati progetti, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:
- 1 Il sistema di cure primarie: le cure domiciliari nella rete dell'assistenza territoriale – Linea progettuale 1 –
 - 2 Percorso facilitato per la comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie – Linea progettuale 1 –
 - 3 Potenziamento della rete delle cure oncologiche domiciliari” – Linea progettuale 1 –
 - 4 Radiologia domiciliare per pazienti oncologici – Linea progettuale 1 –
 - 5 Salute della donna e del neonato – Iniziative a favore delle gestanti, delle partorienti e del neonato – Linea progettuale 2 –
 - 6 Promozione di pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche per promuovere l'allattamento al seno – Linea progettuale 2 –
 - 7 Prevenzione dei rischi comportamentali degli adolescenti (bullismo, condotte alimentari e salute riproduttiva) Linea progettuale 2 –
 - 8 Progetto regionale per la prevenzione dei disturbi della menopausa e climaterio – Linea progettuale 2 –
 - 9 Miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali finalizzate ad una idonea applicazione della Legge 194/78 – Linea progettuale 2 –
 - 10 Progetto “IN – CULTURA” – Interventi integrati di prevenzione e formazione/informazione sulla salute degli stranieri temporaneamente presenti sul nostro territorio – Linea progettuale 2 –
 - 11 Miglioramento dell'outcome dei neonati trasportati dal servizio di trasporto neonatale di emergenza in Campania Linea progettuale 2 –
 - 12 Aggiornamento del personale operatori sanitari: Progetto Robinson (Implementazione Health Technology Assessment in Sanità) – Linea progettuale 3 –
 - 13 Sviluppo nella rete dei servizi regionali di percorsi e piani assistenziali per soggetti con malattie rare. Condivisioni tra regioni di percorsi assistenziali e buone prassi attraverso l'utilizzo di un unico sistema informatizzato per la gestione della presa in carico dei soggetti con malattie rare – Linea progettuale 4 -
 - 14 Realizzazione di una rete regionale afferente alle unità spinali per l'assistenza al paziente mieloso e cerebrososo – Linea progettuale 4 –
 - 15 Progetto regionale per lo sviluppo di strumenti utili al governo clinico e alla gestione del rischio – Linea progettuale 5 –
 - 16 Progetto SANIARP Campania on-line – Linea progettuale 5 –
 - 17 Piano regionale contenimento dei tempi di attesa per il biennio 2007/2008 – Linea progettuale 6 –
 - 18 Potenziamento della rete integrata Ospedale – territori nella Regione Campania per la prevenzione e terapia delle MST/HIV negli immigrati stranieri – Linea progettuale 8
 - 19 Realizzazione di una lista di attività unica e di un sistema di monitoraggio per il controllo di gestione per i dipartimenti di prevenzione delle AA.SS.LL. della Campania – Linea progettuale 8 –
 - 20 Casa della Salute. Sviluppo di modello organizzative per le cure primarie – Linea progettuale 8 –
- di trasmettere, i progetti sopraelencati al Ministero della Salute;

- 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

[Linea Progettuale 1-all.A](#)

Assessorato alla Sanità
Coordinamento Area Assistenza Sanitaria

Titolo

Linea Progettuale 1

Cure primarie:

Il sistema di cure primarie: le cure domiciliari
nella rete dell'assistenza territoriale

Scheda di Progetto

DURATA

Annuale

REFERENTE DEL PROGETTO

Dirigente Settore fasce sociosanitarie particolarmente deboli
Settore 03 AGC 20

Importo Totale:

Euro

€ 29.330.717,5

AMBITO DI INTERVENTO

L'ambito di intervento per l'annualità 2008 è costituito dalle 7 Aziende Sanitarie Locali del territorio della Regione Campania come previsto dalla legge 16/11/08 che ha definito l'accorpamento delle Aziende ai fini della riqualificazione del sistema sanitario regionale e del Piano di rientro; in particolare tale riorganizzazione riguarda le persone che presentano rilevanti problematiche sociosanitarie e per le quali le aziende sono tenute a :

1-programmare appositi interventi in ambito sanitario, sociosanitario, anche in collaborazione con gli ambiti territoriali nel rispetto della normativa regionale e nazionale,

2-definire con le aziende ospedaliere per protocolli specifici di dimissioni protette finalizzati a favorire l'appropriatezza degli interventi.

Nello specifico, il target di tali azioni progettuali sono:

- anziani non autosufficienti,
- disabili affetti da disabilità stabilizzate,
- malati terminali
- soggetti con problemi psichiatrici gravi,
- soggetti con dipendenze patologiche,
- minori in condizioni di vulnerabilità che presentano correlazione con le patologie di cui sopra.

Obiettivi generali

Nel riconoscere che il miglioramento della salute costituisce un investimento per la società, e che è indispensabile *agire non esclusivamente sull'incremento indifferenziato dei servizi* ma **“partire dai bisogni dei cittadini**, si intende fornire strumenti alle aziende per realizzare una vera e propria azione di *ri-orientamento* dei servizi che passi attraverso il potenziamento dell'assistenza primaria, il miglioramento dell'efficacia, il conseguimento dell'efficienza operativa e della presa in carico, e raggiunga **l'obiettivo strategico di riavvicinare i cittadini ai servizi sanitari e sociosanitari**

Pertanto, in continuità con gli interventi dei progetti CIPE annualità 2007, gli interventi che l'Assessorato alla Sanità si propone di realizzare rispondono ad una logica programmatoria di

implementazione della **rete territoriale di assistenza e presa in carico nell'ambito** di un sistema integrato di assistenza sociosanitaria, così come già indicato nel D.Lgs. 229/1999 e nella L. 328/2000 e recepito nel piano sanitario nazionale 2006/2008

Tale modello di **rete assistenziale e di presa in carico** si realizza in sinergia con il sistema di servizi secondo le indicazioni regionali emanate per la redazione dei Piani delle Attività Territoriali-P.A.T., curati dai Distretti Sanitari delle AA.SS.LL., e dei Piani di Zona Sociali redatti dai Comuni riuniti in Ambiti Territoriali.

In tal modo si intende promuovere una uniformità assistenziale, sociale e sanitaria, che eviti inutili e dannose frammentazioni con una attenzione particolare alla verifica ed al monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni.

L'orientamento nel definire i percorsi di riqualificazione delle prestazioni erogate in regime di integrazione sociosanitaria è di favorire la domiciliarità e la semiresidenzialità, in un'ottica di valorizzazione e sostegno della risorse familiari e della rete di relazioni sociali attivabili sul territorio. Le attività che occorre svolgere sono:

- a. diffondere **lo strumento della valutazione multidimensionale** e del progetto individualizzato per una corretta individuazione del bisogno
- b. implementare il sistema delle cure domiciliari secondo i profili assistenziali e il bisogno clinico
- c. diffondere prassi di assistenza delle persone con gravi disabilità, anziani, minori etc. uniformi per contenuti e modalità di erogazione nel territorio regionale, anche prevedendo nei bilanci dei comuni risorse dedicate per **evitare la sanitarizzazione** dei problemi.
- d. definire procedure univoche di accesso e di presa in carico del paziente unificando il sistema di offerta presente sul territorio e riqualificandone le proposte in base ai bisogni
- e. riqualificare la spesa sanitaria incrementando all'interno dei bilanci aziendali la voce destinata alle cure domiciliari
- f. consolidare e promuovere forme di integrazione dei MMG e PLS tra loro, fra i MMG - PLS e il Distretto/Ambito Territoriale, favorendo la continuità assistenziale e il 118, a partire dall'UTAP
- g. promuovere e diffondere linee guida e protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura
- h. aggiornare e qualificare il personale
- i. raccordare e stabilizzare i sistemi informativi e di monitoraggio delle prestazioni erogate;

La programmazione strategica degli interventi territoriali deve pertanto essere orientata:

1. a prevedere interventi che rispondano al principio della deospedalizzazione e della riduzione della residenzialità impropria
2. a individuare soluzioni modulari e per la presa in carico dei soggetti fragili.

In tale contesto è qualificante, nonché imprescindibile la **programmazione intersettoriale**, poiché il sistema di offerta nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria è duplice, e la dicotomia dell'approccio settoriale al problema è superato dalla condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto. (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008).

In prospettiva, quindi, la programmazione e progettazione condivisa di una rete territoriale dei servizi ed interventi sociosanitari deve essere messa in linea con un processo di sviluppo e consolidamento degli strumenti di integrazione gestionale e professionale che possano garantire la presa in carico della persona e il superamento di politiche settoriali di risposta al bisogno complesso.

Si deve affermare come processo culturale oltrechè professionale il concetto di progetto individualizzato, definito dal Ministero della Salute come Pai-Piano assistenziale individualizzato, quale strumento per la realizzazione di un percorso condiviso ed unitario socioassistenziale.

OBIETTIVI SPECIFICI

In questo contesto si ribadisce la necessità strategica di lavorare su tre nodi problematici :

- **accesso unitario alle prestazioni (PUA)**
- **valutazione multidimensionale**
- **progetto personalizzato - definizione della responsabilità del caso (case manager)**

Assumono una centralità all'interno del percorso di riqualificazione del sistema di offerta tutte le azioni già definite, dall'Assessorato alla Sanità quali azioni che tracciano linee strategiche e metodologiche trasversali:

a) Monitoraggio ed informatizzazione dei Lea Sociosanitari erogati dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M 29.11.2001. -D.G.R.C.2105 del 31/12/2008. Con tali atti sono state fornite le indicazioni metodologiche e gli elementi utili all'implementazione e sviluppo all'interno di ciascuna Azienda del sistema di rilevazione indicato con il termine "LEA SOCIOSAN".

La scelta strategica di rafforzare il percorso già avviato con il progetto di informatizzazione e monitoraggio dei lea sociosanitari (ex D.G.R.C. 476/2004 e 2040/2006) nasce dall'esigenza di rispondere alle prescrizioni ed indicazioni contenute nei decreti ministeriali di recente emanazione (G.U. del 9 gennaio u.s.) che istituiscono le banche dati delle prestazioni residenziali e semiresidenziali e dell'assistenza domiciliare, nonché dall'esigenza complessiva di misurare in modo puntuale l'offerta distrettuale di servizi sociosanitari.

b) Programmazione delle Attività territoriali sociosanitarie –PAT –(D.G.R.C.1813/2007), che nella programmazione regionale riveste la duplice veste di strumento di programmazione e strumento di analisi delle risorse finalizzato ad *organizzare e articolare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione sociosanitaria nel distretto*; esso è difatti uno strumento di analisi dell'offerta e di identificazione delle risorse, e, in quanto documento di programmazione è il risultato di una "pianificazione strategica" che si fonda su alcuni principi della programmazione:

1. **definitiva stabilizzazione delle U.V.I.** –Unità di Valutazione Integrata organizzata a livello di distretti /ambiti Territoriali, anche attraverso l'approvazione dei relativi regolamenti di funzionamento

2. **coincidenza nelle modalità di redazione dei Programmi Attività Territoriali P.A.T. e dei Piani di Zona Sociali –P.d.Z.**

3. diffusione della metodologia dei **progetti personalizzati**

4. utilizzo di **strumenti di valutazione multidimensionale condivisi**

5. concertazione tra AASSLL e i rispettivi Ambiti territoriali da realizzare nei luoghi istituzionali a tal scopo deputati –coordinamenti istituzionali, conferenza dei sindaci- in particolare per la parte dedicata all'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e di cui al DPCM 29/11/2001 tab. 1C delle otto prestazioni compartecipate, attivando a livello regionale un modello di compartecipazione da svilupparsi a livello locale.

c) Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro strategico Nazionale 2007-2013 approvato con D.G.R.C. 210 del 6/2/2009. Nell'ambito dell'Obiettivo 2 "Aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la

partecipazione delle donne al mercato del lavoro” sono stati definiti gli indicatori e i relativi target che consentono di misurare il raggiungimento degli obiettivi definiti, evidenziando la necessità di azioni di programmazione e ridefinizione degli assetti organizzativi ed istituzionali.

Per l’obiettivo specifico **“Incrementare il numero di anziani in assistenza domiciliare”**, al quale corrisponde il target relativo si prevede l’innalzamento della percentuale di anziani in a.d.i. pari al 3,5 % della popolazione anziana residente nell’anno 2013.

INDICATORI SPECIFICI

Gli indicatori che consentono la misurazione dei risultati attesi sono:

- numero degli utenti che hanno accesso alle prestazioni e ai servizi ripartiti per categoria;
- numero di P.U.A.-Punti Unitari di accesso attivi (almeno uno per distretto/ambito territoriale);
- numero di accessi attraverso le PUA distrettuali (UU.OO dedicate, MMG/Pdls, altro)
- numero dei progetti personalizzati predisposti con la definizione del case manager (MMG/PLS);
- numero dei progetti personalizzati con buon esito;
- numero di MMG/PLS coinvolti;
- numero di accessi a domicilio dei MMG/PLS e di altre figure professionali coinvolte nel processo di presa in carico.
- numero di U.V.I. funzionanti (almeno una per ogni distretto/ambito territoriale);
- numero di report elaborati sulle cure domiciliari .

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.

Attualmente la distanza da colmare per il conseguimento del target è rappresentata da una percentuale di anziani trattati in ADI pari al 2,3%.

Pertanto ad ogni singola azienda sarà affidato l’obiettivo da raggiungere in rapporto alla popolazione e al numero degli utenti anziani.

		Regione Campania						
		“Aumentare i servizi per l’infanzia e di cura per gli anziani per favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro”						
INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	VALORE BASE (BASELINE)		TARGET 2009	TARGET 2013	VALORE ITALIA	DELTA ITALIA	DELTA TARGET 2013
		FONTE: MINISTERO DELLA SALUTE (a)						
S.06	Presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata	%	1,6 (al 2007)	2,1	3,5	3,0	-1,4 (a-b/a)	-1,1 (a-c/a)
	Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) (%)	V.A	14.683	19.170	34.383	351.398	336.715	19.700

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi al termine del progetto sono:

riorganizzare la rete assistenziale territoriale per le diverse tipologie di utenti (minori, anziani non autosufficienti, disabili affetti da disabilità stabilizzate, malati terminali non oncologici, soggetti con problemi psichiatrici, soggetti con dipendenze patologiche), coerentemente con il mutato quadro normativo;

infrastrutturare e potenziare il sistema di offerta di cure domiciliari per le diverse tipologie di utenti (minori, anziani non autosufficienti, disabili affetti da disabilità stabilizzate, malati terminali non oncologici, soggetti con problemi psichiatrici, tossicodipendenti,);

disporre di un sistema integrato di rilevazione epidemiologica che comprenda i diversi livelli assistenziali coinvolti;

disporre di una banca dati delle cure domiciliari, 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;

attivare la correlazione e implementazione all'interno delle ordinarie programmazioni aziendali dei flussi informativi così come previsti dai decreti ministeriali domiciliare, residenziale e semiresidenziale di cui al piano di adeguamento regionale approvato dal Ministero con nota 0001608-P-06/05/2009

[Linea Progettuale 1-all.B](#)

Assessorato alla Sanità
Coordinamento Area Assistenza Sanitaria

Linea Progettuale1:
Cure Primarie

Titolo

Percorso facilitato per la comunicazione nei
pazienti con gravi patologie neuromotorie
progressive

Scheda di Progetto

DURATA
annuale

REFERENTE PROGETTO
Settore Fasce Deboli

Importo Totale:
Euro 985.661,00

La Regione Campania, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007, ha avviato un percorso integrato teso alla promozione di modelli condivisi di presa in carico globale di cittadini affetti da patologie neuromotorie progressive, come la sclerosi laterale amiotrofica e la distrofia muscolare, attraverso la costituzione di un apposito gruppo tecnico regionale interdisciplinare che si è fatto carico di stilare delle linee guida di assistenza, sul modello documentale presentato nel progetto presentato per l'anno 2007 ed approvato con DGRC 1370/2008. Tale modello è stato condiviso con tutti i referenti delle Aziende Sanitarie Locali al fine di omogeneizzare i protocolli assistenziali su tutto il territorio regionale.

Ogni ASL, su indirizzo degli uffici regionali di competenza, ha individuato un referente clinico, deputato al monitoraggio del rispetto del piano personalizzato di assistenza, ed un referente unico del procedimento di acquisto di comunicatori simbolici ad alta tecnologia. E' stato condiviso con le AASSLL un percorso metodologico di verifica domiciliare dei requisiti clinici, in possesso dei cittadini richiedenti, attraverso la costituzione di un gruppo tecnico distrettuale che ha avuto il compito di confermare la tipologia della patologia e la relativa gravità indicando, nel contempo, il tipo di comunicatore (oculare o a scansione) da assegnare.

Per l'anno 2007, dopo la procedura di valutazione suindicata, sono state inviate n. 70 richieste di assegnazione di comunicatori di cui n. 59 oculari e n. 11 a scansione. Gli uffici regionali, accolte le istanze ritenute idonee, hanno provveduto tempestivamente ad approvare un decreto dirigenziale di riparto delle somme assegnate dallo Stato anticipandone la relativa spesa a carico del bilancio regionale, nelle more dell'effettivo accredito e vista l'urgenza, con DGRC 2110/2008.

Tutti i referenti aziendali individuati si interfaceranno sistematicamente con gli uffici competenti regionali per le relative azioni di verifica e monitoraggio dell'avvio e della corretta conclusione delle procedure condivise. A tal riguardo, gli uffici regionali attiveranno anche verifiche a campione di rilevazione del livello di soddisfazione dell'utenza e per l'accoglimento di precise istanze tese alla eventuale decisione di correttivi delle procedure avviate al fine di adeguarle ai reali bisogni di assistenza dei cittadini aventi diritto.

Per l'accesso al fondo per l'anno 2008 la Regione Campania ribadisce l'impostazione tecnica di presa in carico globale, già presentata per l'annualità 2007, in fase di avvio e sperimentazione nelle aziende sanitarie locali riservandosi la facoltà di individuare a carico del bilancio regionale apposito fondo aggiuntivo per l'implementazione degli interventi già attivati.

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) istituzione equipe multidisciplinari aziendali
- 2) organizzazione procedure di presa in carico globale
- 3) assegnazione comunicatori al 70% dei cittadini richiedenti e risultati idonei.

TITOLO DEL PROGETTO:

“POTENZIAMENTO DELLA RETE DELLE CURE ONCOLOGICHE DOMICILIARI”

Il fase

Linea progettuale 1 –

Referente: Regione Campania

I contenuti del presente documento si basano sulle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, sul Piano Oncologico D.M. 26/05/2004, sulle Linee Guida sull'assistenza oncologica domiciliare, licenziate dalla G.R. della Campania con provvedimento n° 1098 del 22/06/2007 e sulla D.G.R. n° 287 del 15/02/2008 e sul Piano di Prevenzione Nazionale.

A seguito della necessità sottolineata dal PSN 2006 -2008 di promuovere le cure primarie in ambito oncologico domiciliare, fondate sull'integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti, pur appartenenti ad unità operative diverse e/o a diversi livelli gestionali del SSN, la Regione Campania, al fine di raggiungere tali obiettivi si è dotata della *rete dell'assistenza oncologica domiciliare*.

Tale rete, già dal giugno 2007, superando il concetto di offerta di salute “a prestazione”, persegue l'obiettivo di una presa in carico totale del paziente oncologico.

La rete vede coinvolte il 100% delle AA.SS.LL. della Campania con il coinvolgimento, previo apposito accordo, tra ASL e Aziende Ospedaliere oppure Distretto e Presidio Ospedaliero della stessa ASL, perseguendo così il cammino di un'integrazione totale tra ospedale e territorio. Altresì al medico di medicina generale è appostata la responsabilità clinica diretta per il paziente oncologico. Questi si relaziona al medico oncologo che è e rimane il referente per la continuità delle cure, con Referente del distretto che coordina l'Unità di Cura Domiciliare Oncologica e con tutte le altre figure professionali coinvolte nella rete.

Nel solo I semestre 2008 sono stati erogati complessivamente n°19659 giornate di assistenza cure oncologiche a domicilio.

A seguito dell'approvazione della Delibera N° 1613 DEL 15.10.2008 “ POTENZIAMENTO DELLA RETE DELLE CURE ONCOLOGICHE DOMICILIARI” si è dato avvio alle attività, sono state effettuate riunioni tecniche preliminari con i referenti aziendali delle C. O. D. (cure oncologiche domiciliari) per l'implementazione delle linee guida, riunioni tecniche presso la sede del CRPO per il coordinamento con una approfondita analisi dei reports e l'individuazione delle criticità;

L'Accordo Stato Regioni del 26/02/2009 nel confermare per l'anno 2008 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate riportate nell'allegato A

dell'Accordo 1 agosto 2007 ha dato la possibilità alle regioni di ribadire gli indirizzi progettuali precedentemente adottati, con ciò garantendo la continuità necessaria per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

OBIETTIVO

Con il presente progetto si ribadiscono gli obiettivi precedentemente adottati intendendo:

1) Migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare ai malati oncologici, attraverso la creazione e/o il potenziamento, nel caso siano già esistenti, di ulteriori **patti d'intesa** tra strutture del sistema sanitario nazionale che insistano su territori di ASL differenti. Per implementare i protocolli di intesa e o loro potenziamento tra Aziende sanitarie differenti (ospedaliere o territoriali) il presente progetto intende supportare le aziende nel potenziare quei servizi resi a malati oncologici seguiti a domicilio, in quelle zone ove, sia per motivi logistici (difficoltà socio-abitative contestualizzate al sito geografico su cui insistono), o per motivi meramente legati a procedure amministrative vincolate all'appartenenza a questa o a quella azienda sanitaria, spesso hanno difficoltà ad offrire un "pacchetto" di prestazioni e presidi sanitari completo, senza dover ricorrere ad una ospedalizzazione spesso inappropriata. I fondi ottenuti serviranno in parte alla costituzione di **tasks-forces** all'uopo create, previa condivisione programmatica sancita con atti di intesa tra i Direttori Generali delle Aziende che vi partecipano, all'inizio su territori campione individuati dall'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, a competenza e partecipazione mista tra 2 aziende limitrofe, aventi i mezzi a disposizione e compiti da svolgere, tali da fungere da "cerniera" sanitaria tra distretti di ASDL differenti per la cura del pz. oncologico a domicilio.

2) Creare – ove si renda necessario e sia possibile – le **Unità di Cure Intermedie** (snelle e piccole strutture che potrebbero costituire, per il malato oncologico deospedalizzato, facilitazione di accesso alle cure, ove non sia stato possibile realizzare l'assistenza domiciliare e/o nel caso in cui il "peso" delle prestazioni erogate sia tale da non poter essere eseguito a domicilio, ma che altresì non necessiti di ricovero ospedaliero – MINI CASA DELLA SALUTE PER PAZIENTI ONCOLOGICO. Per creazione di una MINI CASA DELLA SALUTE PER PAZIENTI ONCOLOGICO si intende che con parte dei fondi stanziati, si andrebbero ad attivare, in siti individuati dai referenti regionali e del CRPO della Rete delle cure oncologiche domiciliari della Regione Campania in cooperazione con i Direttori Generali di tutte le 7 ASL, nelle strutture (di 2-4 posti letto) ove poter eseguire in sicurezza (in regime di DH o di osservazione breve ½ giorni) quelle pratiche terapeutiche che le cure oncologiche richiedono, ove esse, per le leggi vigenti, non siano possibili di erogazione a domicilio, ma che necessitando di tempi e risorse di presidi minimi non rendano necessario il ricorso

all'ospedalizzazione che farebbe lievitare ancor più il già oneroso capitolo di queste cure; o nel caso in cui la situazione del care-giver non sia tale da fornire le garanzie sufficientemente necessarie.

TEMPI

1 anno

COSTI

5.958.910,00 Euro

INDICATORI DI RISULTATO (annuali)

- 1) n° patti d'intesa sottoscritti tra Aziende Sanitarie
- 2) applicazione di appositi indicatori miranti a valutare la diminuzione del disagio globale del malato oncologico curato a domicilio (all'uopo identificati)
- 3) n° di Strutture intermedie create in ambito regionale *.

REGIONE CAMPANIA

LINEA PROGETTUALE 1 – CURE PRIMARIE

PROGETTO SPERIMENTALE

“SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE PER PAZIENTI ONCOLOGICI”

DURATA DEL PROGETTO: 24 MESI

COSTO COMPLESSIVO: € 1.041.090,00



INDICE

PREMESSA	3
1 OGGETTO	4
2 FINALITA'	4
3 DESCRIZIONE DEL SERVIZIO	5
3.1 Modalità di erogazione del servizio	6
3.2 Strumentazione.....	9
4 ANALISI COSTI BENEFICI	9
5 MONITORAGGIO	15
6 PROSPETTO PREVISIONE DI SPESA.....	16
7 CONCLUSIONI.....	16

PREMESSA

L'Assistenza Domiciliare è stata definita dall'Organizzazione mondiale della Sanità come "la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione".

Le forme di Assistenza Domiciliare ad elevata intensità assistenziale e che impongono una modalità di lavoro integrato sono :

- (ADI) Assistenza domiciliare integrata: il livello operativo è territoriale distrettuale e può comprendere qualsiasi forma di assistenza a domicilio sia sanitaria che socio-assistenziale, comprese le cure domiciliari oncologiche;
- (OD) Ospedalizzazione domiciliare: richiede il raccordo operativo tra il livello ospedaliero, quello distrettuale e quello dell'Ambito Territoriale (ad esempio la terapia trasfusionale domiciliare).

La Radiologia Domiciliare si inserisce nel contesto dell'Assistenza Domiciliare Integrata nell'ambito dei servizi di "diagnostica domiciliare", che hanno come obiettivo rilevare informazioni diagnostiche presso l'abitazione della persona assistita.

La diagnostica domiciliare è pensata come valida alternativa al servizio ospedaliero soltanto per gli esami per i quali la tecnologia portatile sia in grado di garantire adeguati livelli di qualità e di sicurezza e per i casi in cui le condizioni cliniche della persona rendono meno gravoso effettuare l'esame a domicilio piuttosto che in ospedale.

Il progetto "Servizio di Radiologia domiciliare per pazienti oncologici" che l'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione G. Pascale di Napoli propone in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, si inserisce nell'ambito della linea progettuale 1 – Cure Primarie di cui all'Accordo Stato Regioni del 26/02/2008

L'Istituto Nazionale G. Pascale di Napoli intende avvalersi della **Consip S.p.A.** (nel prosieguo Consip) **società del Ministero dell'Economia e Finanze**, per lo sviluppo del presente progetto.

Il contributo di Consip spa all' Istituto Nazionale dei Tumori G. Pascale potrà articolarsi:

- 1) nel supporto alla redazione del presente documento;
- 2) nel supporto alla redazione della documentazione di gara (attività subordinata all'approvazione del progetto da parte del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali);
- 3) nell'espletamento della procedura di acquisto, dall'indizione all'aggiudicazione, per l'acquisizione delle attrezzature necessarie (attività subordinata all'approvazione del progetto da parte del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali).

Consip, nell'ambito degli interventi di razionalizzazione degli acquisti, potrà utilizzare, con il supporto dell'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione G. Pascale, l'esperienza del progetto per

avviare uno **studio di fattibilità** per approfondire **gli ambiti di razionalizzazione e replicabilità** al fine di supportare e semplificare l'implementazione del servizio presso altre amministrazioni sanitarie italiane interessate.

1 OGGETTO

Oggetto del presente documento è il progetto sperimentale “Servizio di Radiologia domiciliare per pazienti oncologici”.

Il servizio di radiologia domiciliare sarà svolto a favore dei pazienti oncologici in cura presso l'Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale di Napoli e domiciliati sul territorio della città di Napoli con le limitazioni territoriali indicate nel presente documento.

Il Progetto sperimentale “Servizio di radiologia domiciliare per pazienti oncologici” avrà una **durata di 24 mesi.**

2 FINALITA'

Il progetto attraverso la domiciliazione del servizio di radiologia intende realizzare un percorso di razionalizzazione della prestazione di radiologia e una valorizzazione dei vantaggi sociali che derivano dall'evitare al paziente il disagio degli spostamenti e dell'allontanamento dal contesto familiare.

I **vantaggi** attesi dall'implementazione del servizio sono di tipo **economico, sociale e relazionale.**

Razionalizzare la prestazione di radiologia significa fornire al paziente la prestazione minimizzando i costi di tipo economico e sociale connessi a meccanismi scaturenti da azioni e valutazioni inappropriate.

Il paziente oncologico che deambula con difficoltà e che, nell'intervallo fra i cicli di chemioterapia, necessita di una prestazione di radiologia di urgenza differita, in assenza di un servizio domiciliare, si reca in un centro privato oppure presso un pronto soccorso.

I fattori di costo inappropriate che possono subentrare dalla necessità di dover fare un esame radiologico ad un paziente oncologico con difficoltà di deambulazione più o meno grave, possono essere così sintetizzati:

- costi di trasporto (si pensi all'ambulanza o ai costi sostenuti dai familiari per i permessi dal lavoro)
- costi di ricovero (costi per giornata di degenza dedicata unicamente all'effettuazione di radiografie di controllo);
- costi per duplicazioni esami (ricoveri inappropriate o presso strutture inadeguate alle esigenze del paziente)

Fornire al paziente un servizio domiciliare di radiologia permette di prevenire ed in alcuni casi evitare del tutto i costi inappropriate e di valorizzare i benefici sociali che anche se difficilmente quantificabili rappresentano un valore da non trascurare.

I **vantaggi sociali** che derivano dal permettere al paziente oncologico, qualunque sia lo stadio della sua malattia, di stare a casa, sono importanti.

I vantaggi di tipo psicologico ed emotivo, non quantificabili, hanno risvolti a volte anche diretti sulla malattia. Alcuni pazienti, se mantenuti nel contesto familiare, mantengono o trovano l'equilibrio e la serenità utili ad affrontare la malattia stessa. I pazienti in fase terminale invece molto spesso chiedono di tornare a casa, in questo caso costringerli a rimanere in reparto per poter effettuare gli esami programmati risulta essere un peso enorme per chi subisce la situazione e per i familiari.

I familiari dei pazienti ricoverati sono costretti a frequenti spostamenti oltre a doversi assentare dal posto di lavoro (ferie o permessi a volte anche non retribuiti).

Anche [la relazione malato-operatore sanitario](#) riceve un beneficio diretto dal contesto protetto della famiglia e ciò permette di avere spesso un quadro dell'evoluzione della patologia anche più completo degli aspetti sintomatici e comportamentali del paziente.

Il servizio di radiologia domiciliare inoltre mira a:

- **garantire** la continuità dell'assistenza attraverso la gestione integrata tra i servizi territoriali (MMG) e i servizi ospedalieri (Servizio di radiodiagnostica)
- **implementare** un processo efficace dal punto di vista della continuità assistenziale, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati, e di attivare percorsi assistenziali monitorati, con conseguente diminuzione del ricorso al pronto soccorso per prestazioni che sarebbero classificate come codici bianchi o verdi;
- **utilizzare** gli strumenti della rete e della telemedicina per la gestione del paziente, collegare i professionisti, consentire la condivisione delle informazioni e per integrare i medici di medicina generale con l'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione G. Pascale;
- **intercettare** la domanda, soddisfarla per quanto possibile, governare successivi eventuali percorsi sanitari e sociali in un'ottica di appropriatezza;

3 DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Il servizio di Radiologia domiciliare è rivolto a pazienti oncologici in cura presso l'Istituto nazionale dei Tumori, con difficoltà di deambulazione o allettati che necessitano degli esami compresi nell'elenco successivamente indicato.

L'analisi sulla convenienza di un nuovo processo, esattamente come quello che si viene a determinare con l'avvio di un progetto sperimentale di servizio, richiede, in prima istanza la definizione di un target ben definito.

Il servizio di Radiologia Domiciliare per pazienti oncologici, data l'assenza di una struttura predisposta alla gestione delle urgenze presso l'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione G. Pascale, si rivolge alle tre seguenti tipologie di pazienti:

- a. pazienti che, nell'intervallo tra un trattamento chemioterapico ed un altro debbano praticare un esame radiografico in urgenza, dove per urgenza si intende un esame da effettuare nelle 24/48 ore e che quindi non compromette la vita del paziente;
- b. pazienti in stato avanzato di malattia, allettati ed intrasportabili;
- c. pazienti in fase terminale.

L'obiettivo del progetto sarà, quindi, quello di provvedere, per tutte le categorie di pazienti oncologici summenzionati, alla gestione dell'urgenza, come sopra descritta, per la quale successivamente possa essere effettuata una terapia domiciliare. Per i pazienti in stato avanzato di malattia ed allettati, come per quelli in fase terminale, inoltre, il servizio potrà essere utilizzato anche per i controlli radiologici di routine.

La stima del bacino d'utenza può essere calcolata considerando il numero dei pazienti oncologici che si possono trovare nelle condizioni descritte, il trend di evoluzione nei due anni precedenti a quello di valutazione, (individuando quale proporzione, tra i pazienti attualmente in cura, potrebbe venire a trovarsi in una delle tre situazioni precedenti) e, ovviamente, la stima dei tassi di incidenza sulla popolazione. Il dato così ottenuto necessita di essere corretto su criteri di residenza, ovvero deve essere considerato il numero di pazienti all'interno dell'area geografica di presupposta attivazione del servizio.

Il Servizio di radiologia domiciliare è rivolto a malati oncologici con complicanze di tipo:

- ☐ polmonari
- ☐ osteoarticolari
- ☐ di movimento o non deambulanti.

Sono esclusi i seguenti casi:

- urgenze gestibili solo attraverso l'invio del paziente a strutture dotate di pronto soccorso;
- esami radiologici non compresi nell'elenco indicato di seguito;
- pazienti che necessitano, in concomitanza degli esami sotto indicati, anche di altri esami diagnostici.

Il servizio prevede l'esecuzione della seguente tipologia di esami a domicilio:

- ☐ Esami radiologici del torace
- ☐ Esami radiologici colonna cervicale (laterale)
- ☐ Esami radiologici del bacino e dell'anca
- ☐ Esami radiologici articolazioni: spalla, gomito, polso, ginocchio e caviglia
- ☐ Esami radiologici arti superiori ed inferiori
- ☐ Esami radiologici mano e piede
- ☐ Esami radiologici addome tangenziale

Il servizio verrà svolto a favore di pazienti domiciliati sul territorio della città di Napoli entro un raggio di 20 Km dall'Istituto Nazionale dei Tumori. Trimestralmente, in base alle richieste pervenute, verrà effettuata una valutazione sull'opportunità di modificare il raggio di copertura. Tale modifica potrà determinare una riduzione o un aumento del raggio chilometrico di azione. In caso di aumento il raggio di azione non potrà comunque superare i 50 km.

Il servizio è svolto da una équipe dedicata composta da personale dell'Istituto Nazionale dei Tumori.

Il servizio sarà svolto cinque giorni su sette alla settimana, sabato e domenica esclusi, dalle ore 14:00 alle ore 20:00.

L'équipe dell'unità mobile sarà composta da due Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e un autista. Si prevede una turnazione, stabilita dal Coordinatore Tecnico dell'unità operativa complessa di appartenenza.

Si precisa che i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica svolgeranno le mansioni previste dal progetto al di fuori dell'orario di servizio, mentre il Medico Radiologo adempierà alle funzioni spettanti all'interno del regolare orario di servizio.

3.1 Modalità di erogazione del servizio

Di seguito viene rappresentato il flusso delle attività previste per l'attivazione di una prestazione di radiologia domiciliare.

- Per l'avvio del servizio di radiologia domiciliare il medico di MMG formula la richiesta attraverso il sistema informatico dell'Istituto Nazionale dei Tumori mediante apposita procedura codificata e concordata. I MMG che non siano in possesso di un collegamento internet potranno inviare la richiesta via fax. In quest'ultimo caso i dati saranno inseriti nel sistema dal personale dell'Istituto.

Il MMG potrà, attraverso il sistema informatico, seguire l'iter della richiesta.

- Le richieste pervenute vengono valutate in termini di appropriatezza dal medico Radiologo.
- La richiesta può essere: (i) negata, prevalentemente a causa di note improprie; (ii) accettata. Nel caso di cui a (i), dovrà seguire una mail di comunicazione al MMG richiedente con il motivo del rifiuto, il cui contenuto sarà duplicato nello spazio utente del sito web, nelle specifiche della richiesta in oggetto, all'interno dello spazio riservato alle richieste inviate. Nel caso di cui a (ii), dovrà seguire una mail di comunicazione al MMG richiedente con l'indicazione dell'appuntamento per la comunicazione al paziente (come da punto seguente). Il contenuto sarà duplicato nello spazio utente del sito web, nelle specifiche della richiesta in oggetto, all'interno dello spazio riservato alle richieste inviate.
- Le richieste inviate ed accettate vengono inoltrate dal personale addetto all'accettazione dell' Area Funzionale di radiodiagnostica al Coordinatore Tecnico del progetto che, sulla base del numero di richieste e della tipologia degli esami, organizza le uscite dell'équipe dandone tempestiva comunicazione via mail alle Direzioni interessate.
- L'équipe Tecnica di Radiologia di turno, ritirato l'automezzo provvisto delle attrezzature necessarie (la cui disciplina sarà prevista da apposito Regolamento interno dell'Istituto dei Tumori), effettua gli esami programmati per la giornata.
- Effettuato l'esame al domicilio del paziente, le immagini acquisite verranno inviate al medico radiologo in servizio. Se non fossero necessari ulteriori approfondimenti, verranno memorizzate su CD-rom da lasciare al paziente ed inserite nel pacs, e all'interno della directory paziente del sito web dedicato. Il medico radiologo in servizio effettua il referto che automaticamente entra nel ris della unità operativa e ne invia una copia automaticamente all'équipe Tecnica di Radiologia di turno in attesa presso il domicilio del paziente.
Il referto, stampato, e firmato digitalmente con le immagini acquisite a corredo, saranno consegnate direttamente al paziente, contestualmente al ritiro dell'impegnativa del MMG, da parte dell'équipe Tecnica di Radiologia di turno.
- Il MMG viene avvisato mediante una mail o un sms della disponibilità nel sito web della documentazione relativa al paziente in carico a cui può accedere con una password dedicata.

Rappresentazione del flusso

Durante il servizio è necessario adottare tutte le cautele di radioprotezione allo scopo di garantire il rispetto dei limiti di dose previsti dalla normativa vigente sia per gli operatori, sia per gli ambienti interessati alle procedure radiografiche, con particolare riferimento alle persone che eventualmente assistono i pazienti. A tale scopo è stato stimato che le indagini più gravose eseguibili a domicilio nel corso di un anno prevedono un'esposizione per i TSRM ad una dose efficace inferiore a 1/200 della dose massima ammissibile e un'esposizione per la popolazione ad una dose efficace inferiore a 1/100 del limite di dose fissato per essa.

Posto il divieto di esposizione nei confronti di minori di anni 18 e delle donne in gravidanza in atto, i vincoli di dose efficaci da rispettare per la specifica prestazione diagnostica sono fissati pari a 3 e 10 mSv a seconda dell'età. La tipologia di indagine espletata, l'uso di DPI (obbligatori) e la competente indicazione del TSRM ad assumere la posizione a più basso rischio per la specifica esigenza sono garanzia dei predetti vincoli.

In conclusione le procedure di radiologia domiciliare attuate con tale progetto comportano un rischio estremamente contenuto sia per gli operatori, sia per la popolazione in generale a condizione che vengano adottate costantemente le più elementari norme di radioprotezione.

Sono previste sedute di formazione presso la sede dell'Istituto, effettuate dal personale dell'equipe dedicata al progetto ed articolate in giornate il cui numero sarà in funzione dei MMG coinvolti.

La formazione verterà:

- sull'utilizzo della procedura informatica messa a disposizione dell'istituto Nazionale dei Tumori
- sulla modalità di esecuzione del servizio

3.2 Strumentazione

La strumentazione necessaria per l'effettuazione del servizio consta di:

- Automezzo;
- apparecchiatura radiologia portatile digitale o in alternativa analogica con cassette ai fosfori fotostimolabili per la rilevazione dell'immagine e lettore CR
- sistema di radiologia satellitare e strumentazione per la ricezione/trasmissione dati
- pc e stampante

Nella scelta delle apparecchiature saranno considerati aspetti tecnico qualitativi e di sicurezza. Verranno considerati inoltre, sia per le apparecchiature che per l'automezzo aspetti di sostenibilità ambientale con particolare riferimento al risparmio energetico e alla riduzione della CO2.

4 ANALISI COSTI BENEFICI

L'analisi costi-benefici (ACB) è un metodo comunemente utilizzato per valutare la convenienza economica di un progetto, su un territorio di riferimento, mettendo in relazione i vantaggi e gli svantaggi dell'intervento in funzione di obiettivi di benessere sociale.

L'ACB prevede la valutazione dei flussi finanziari e la considerazione, in termini monetari, dei vantaggi (benefici) e degli svantaggi (costi) che l'implementazione del progetto in esame causerebbe sugli utenti del servizio. Un progetto sanitario, che possa comportare una razionalizzazione della spesa e migliori condizioni per il paziente, infatti, non arrecherebbe solo vantaggi all'utilizzatore diretto del servizio e ai conti del sistema sanitario locale, ma anche ai familiari dei pazienti e alla comunità locale.

Per quel che concerne i costi, saranno presi in considerazione i costi espliciti (ovvero quelli effettivamente sostenuti con un esborso monetario diretto; ad esempio: acquisto di un nuovo macchinario) e i costi impliciti (ovvero quelli che comportano l'utilizzo di risorse che, pur essendo già disponibili perché interne alla struttura, vengano indirizzate, anche parzialmente, sul progetto; ad esempio: i Tecnici di Radiologia).

Per quel che concerne i benefici, occorre valutare la dimensione propriamente sociale. Oltre ai valori monetari espliciti o stimati, è necessario includere giudizi di valore o stime di larga massima per fattori che concorrono a determinare benefici netti per il singolo paziente (ad esempio: sofferenze evitate, migliore stato psicologico ed emotivo) e per la collettività (ad esempio: affollamenti evitati nelle strutture di pronto soccorso), caratterizzati da elementi non direttamente misurabili. Questi benefici, non pienamente valutabili sotto l'aspetto monetario, rafforzano, comunque, la convenienza del progetto in esame.

Nell'approntare l'ACB essenziale per il progetto "Servizio di radiologia domiciliare per pazienti oncologici", dal momento che si tratta di una sperimentazione, consideriamo, sul versante dei costi, il costo giornaliero del servizio di Radiologia Domiciliare ed includiamo, su quello dei benefici, il costo giornaliero evitato in presenza del servizio (rappresentato dalla media ponderata, in base al numero dei pazienti, del costo giornaliero dei principali scenari riscontrabili in assenza del servizio di Radiologia Domiciliare).

Nel caso in cui l'indicatore dell'ACB, dato dalla differenza tra la sommatoria dei benefici e la sommatoria dei costi imputabili al programma, fosse positivo, allora sarebbe possibile sostenere la convenienza del progetto.

Dall'analisi dei costi, il cui dettaglio è fornito nei paragrafi seguenti, risulta evidente un risparmio potenziale giornaliero significativo dall'implementazione del servizio di radiologia domiciliare.

4.1 Calcolo del costo giornaliero del servizio di Radiologia Domiciliare (C_{RD})

Il costo giornaliero del servizio di Radiologia Domiciliare (C_{RD}) rappresenta una stima dei costi che giornalmente verrebbero sopportati per garantire il funzionamento del servizio stesso. Il risultato si può ottenere riconducendo alla spesa per singolo giorno l'intero complesso, di seguito indicato per singole voci, dei flussi di spesa suddivisibili nelle macrocategorie di capitale umano e costi di noleggio dell'intera strumentazione, a ciò si deve aggiungere il costo per la predisposizione della documentazione del progetto, della documentazione di gara, dell'espletamento della procedura di acquisto.

CAPITALE UMANO

Costi variabili

- Incentivi per i Tecnici di Radiologia impiegati per un turno;
- Stipendio (con eventuali integrazioni/indennità) giornaliero del Coordinatore del Progetto;
- Stipendio (con eventuali integrazioni/indennità) giornaliero del Medico Radiologo di turno necessario per la refertazione, dal momento che si tratta sempre e comunque di uno strutturato in sede.

Formazione

- Somma dei costi necessari per gli incontri di formazione per i Medici di Medicina Generale / 520 (giorni di durata della sperimentazione);
- Somma dei costi necessari per la formazione dei Tecnici di Radiologia e del Coordinatore del Progetto sui protocolli / 520 (giorni di durata della sperimentazione).

COSTI FISSI DI FUNZIONAMENTO

Si prevede la fornitura di un servizio complesso, per il quale corrispondere un canone mensile per l'intera durata della fase di sperimentazione (24 mesi), comprensivo di:

- noleggio automezzo idoneo,
- servizio di guida (autista),
- noleggio dell'apparecchiatura portatile per gli esami,
- noleggio del convertitore immagini,
- noleggio della strumentazione per l'acquisizione e il trasferimento dei dati (composta di computer, software appropriati, stampante ad alta definizione e collegamento satellitare ad internet),
- manutenzione periodica dell'automezzo e della strumentazione per l'acquisizione e il trasferimento dei dati,
- eventuale riciclo dei supporti non utilizzati.

Il costo giornaliero per il suddetto servizio complesso di funzionamento sarà dato dal canone giornaliero del servizio.

4.2 Calcolo del costo medio giornaliero in assenza del servizio di Radiologia Domiciliare (C_{NRD})

Il costo medio giornaliero in assenza del servizio di Radiologia Domiciliare (C_{NRD}) è una stima dei costi attualmente sopportati per far fronte alle esigenze dei pazienti oncologici target.

In base ai casi osservati, sono stati considerati due stati del mondo (denominati, di seguito, Scenario 1 e Scenario 2) nei quali è possibile suddividere i pazienti target. Calcolando i costi medi per ciascuno degli scenari considerati e ponderando per incidenza di pazienti in ciascuno di questi, si ottiene il costo medio giornaliero per paziente in assenza del servizio di Radiologia Domiciliare. Supponendo, come fatto in precedenza, di trattare quattro pazienti per uscita, si moltiplica per quattro il costo medio giornaliero per paziente e, così facendo, si ottiene il Costo medio giornaliero in assenza del servizio di Radiologia Domiciliare (C_{NRD}).

Nelle valutazioni si stima, coerentemente con le rilevazioni a disposizione, di poter trattare almeno quattro (4) pazienti per uscita giornaliera. Si noti che, essendo la voce di costo maggiormente significativa (il costo del servizio complesso) rappresentata da un canone fisso, trattare un numero maggiore di pazienti ad uscita consentirebbe di ottenere una riduzione di costo sopportato a paziente.

SCENARIO 1

Lo Scenario 1 prevede la situazione in cui il paziente oncologico in degenza presso la struttura ospedaliera per controlli, potrebbe essere dimesso anticipatamente, se venisse prevista la possibilità di effettuare tali controlli a casa, in condizioni emotive e psicologiche migliori per il paziente stesso.

Costi

Costo medio di una giornata di degenza per paziente.

SCENARIO 2

Lo Scenario 2 prevede la situazione in cui il paziente oncologico in terapia domestica, necessitante di regolari controlli ma senza sopravvenute criticità, non è nella condizione di muoversi autonomamente. Il trasporto del paziente verso le strutture idonee può avvenire:

- caso a) mediante ambulanza pubblica, con trasporto in struttura dotata di Pronto Soccorso
- caso b) mediante mezzo privato, con trasporto in struttura idonea alle problematiche cliniche

Dettaglio caso a)

In assenza di un accertamento preventivo delle necessità cliniche del paziente, quest'ultimo viene condotto dall'ambulanza alla prima struttura di Pronto Soccorso disponibile. Oltre alla sovrapposizione degli accertamenti una volta giunto in Pronto Soccorso - ipotesi realistica data l'assenza di cartella sanitaria portatile -, esiste la possibilità che il paziente venga condotto in una struttura non adeguata alle sue esigenze - perché non dotata della strumentazione adeguata per la tipologia di esami effettivamente necessari -, nel qual caso il paziente deve essere trasferito ad altra struttura di Pronto Soccorso.

Costi caso a)

- Costo medio del trasporto in ambulanza pubblica ad una struttura di Pronto Soccorso (che tenga, cioè, conto della distribuzione territoriale delle diverse strutture) per paziente
- Costo medio per paziente degli accertamenti in situ effettuati dalla tipologia di pazienti in oggetto (stima effettuabile considerando i dati annuali desumibili dai registri delle strutture di Pronto Soccorso nella cintura urbana di Napoli relative alle pratiche di accettazione).
- Costo medio del trasporto in ambulanza pubblica ad una struttura di Pronto Soccorso dotata della strumentazione necessaria per ottemperare le esigenze sanitarie del paziente in essere (stima effettuabile considerando i dati annuali desumibili dai registri delle Strutture di Pronto Soccorso nella cintura urbana di Napoli relative ai trasferimenti da altra sede) per paziente.

- Costo medio per paziente di duplicazione esami o inizio di terapia ex novo (stima effettuabile sottraendo il costo derivante dalla media giornaliera degli esami/terapie effettuati presso l'Istituto "G. Pascale" su pazienti in oggetto dal costo della media giornaliera di esami/terapie effettuati presso la struttura idonea di Pronto Soccorso per medesimo paziente).
- Costo medio del trasporto in ambulanza pubblica da una struttura di Pronto Soccorso (che tenga, cioè, conto della distribuzione territoriale delle diverse strutture) per paziente.

Dettaglio caso b)

Si suppone che l'accompagnatore, a conoscenza della struttura in cui è necessario condurre il paziente, debba sopperire alle esigenze di trasporto e, naturalmente, che intenda assistere il familiare durante l'intero arco di tempo in cui possa essere iscritto il controllo (tempi di attesa esame, predisposizione della refertazione, etc.).

Costi caso b)

Si suppone che, per accompagnare ed accudire il paziente nell'espletamento degli esami necessari, il familiare debba perdere una giornata di lavoro. Una stima ragionevole può essere effettuata a partire dal reddito disponibile pro capite della Provincia di Napoli (dato annuale) diviso per giorni lavorativi in un anno solare.

Per semplicità di valutazione, si ipotizza che possano essere svolte tutte le attività indicate (trasporto, esami, refertazione, eventuali esami supplementari, etc.) nell'arco di una sola giornata. Per necessità di comparazione, inoltre, si considera di poter trattare un numero complessivo di pazienti al giorno pari a quattro (4).

Per calcolare il costo medio giornaliero in assenza del servizio di Radiologia Domiciliare (C_{NRD}), quindi, sarà necessario moltiplicare il numero dei pazienti trattati giornalmente (nella nostra ipotesi, 4) per il costo medio giornaliero in assenza del servizio di Radiologia Domiciliare per paziente ($C_{NRD, pz}$).

Il Costo medio giornaliero in assenza del servizio di Radiologia Domiciliare per paziente ($C_{NRD, pz}$) sarà dato da una media ponderata dei costi medi giornalieri per paziente in ognuno degli scenari esaminati (scenario 1 e scenario 2). Ovvero:

$C_{NRD, pz} = a * (\text{costo giornaliero per paziente scenario 1}) + b * [b1 * (\text{costo giornaliero per paziente scenario 2, caso a}) + b2 * (\text{costo giornaliero per paziente scenario 2, caso b})]$.

Dove:

- **pazienti totali** = numero totale di pazienti oncologici potenzialmente eleggibili per il servizio di radiologia domiciliare (scenario 1 + scenario 2)
- **a** = numero di pazienti ascrivibili allo scenario 1 sul numero di pazienti totali
- **b** = numero di pazienti ascrivibili allo scenario 2 sul numero di pazienti totali
- **b1** = numero di pazienti rientranti nello scenario 2 caso a) sul numero complessivo di pazienti ascrivibili allo scenario 2
- **b2** = numero di pazienti rientranti nello scenario 2 caso b) sul numero complessivo di pazienti ascrivibili allo scenario 2

$C_{NRD} \equiv \text{numero di pazienti trattati giornalmente} \times C_{NRD, pz} \equiv 4 \times C_{NRD, pz}$

La stima sul numero di pazienti rientranti nello Scenario 2, relativamente alla suddivisione tra caso a) e caso b), può essere effettuata considerando i dati annuali desumibili dai registri delle strutture di Pronto Soccorso nella cintura urbana di Napoli con relative alle pratiche di accettazione e i registri dei reparti di radiologia.

Come conseguenza della precedente specifica, le variabili indicate con a, b, b1 e b2 saranno, nel paragrafo seguente, denominate "pesi".

4.3 Prospetti

Costo servizio di Radiologia Domiciliare - giornaliero	
Capitale Umano	
Incentivo tecnici di radiologia	€ 320,00
Stipendio coordinatore del Progetto	€ 81,25
Stipendio e indennità del Medico radiologo	€ 369,00
Formazione	€ 1,92
Ulteriori costi fissi di funzionamento	
Canone giornaliero servizio (attrezzature + automezzo + autista)	€ 1000,00
TOTALE C_{RD}	€ 1772,17

Costo in assenza del servizio di Radiologia Domiciliare - giornaliero	
SCENARIO 1	
Peso a	0,40
Costo medio di una giornata di degenza per paziente	€ 700,00
SCENARIO 2	
Peso b	0,60
Peso b₁	0,20
Costo medio del trasporto in ambulanza pubblica (andata e ritorno)	€ 700,00
Costo medio degli accertamenti <i>in situ</i>	€ 221,50
Costo medio del trasferimento in ambulanza pubblica ad altra struttura	€ 350,00
Costo medio di duplicazione esami o inizio di terapia <i>ex novo</i>	€ 332,50
Peso b₂	0,80
Costo medio ore lavoro perse per familiare	€ 33,80
TOTALE C_{NRD, pz}	€ 499,52
TOTALE C_{NRD}	€ 1998,08

Il servizio di Radiologia Domiciliare ha una componente significativa di costi fissi giornalieri (ovvero indipendenti dal numero di pazienti che vengano effettivamente trattati nel corso dell'uscita giornaliera). Di fatto, possono essere menzionati quali costi variabili solo l'incentivo ai Tecnici di radiologia (complessivamente pari a €60,00 a paziente) e l'incentivo al medico radiologo (pari a €80,00 a paziente).

OGNI PAZIENTE AGGIUNTIVO, QUINDI, INCREMENTA IL COSTO DEL SERVIZIO DI RADIOLOGIA DOMICILIARE DI € 130,00.

In assenza del servizio di Radiologia Domiciliare, d'altra parte, si può vedere, dal prospetto precedente, come, a parità di distribuzioni dei pazienti negli scenari (ovvero, a parità di pesi), UN PAZIENTE AGGIUNTIVO TRATTATO COMPORTI UNA SPESA AGGIUNTIVA PARI A € 499,52.

Nell'analisi dei costi non sono stati considerati i costi relativi alla predisposizione della documentazione relativa al progetto in quanto si sono voluti considerare soltanto i costi effettivi relativi alle due modalità di servizio.

È possibile individuare una forchetta all'interno della quale collocare i risparmi potenziali derivanti dal progetto. I criteri inseriti per la determinazione dei valori minimi e massimi di risparmio tengono conto solo di variabili quantificabili. Non possiamo, tuttavia, non menzionare i notevoli benefici a livello psicologico ed emotivo di un paziente oncologico, impossibilitato a muoversi autonomamente, che possa, senza eccessive difficoltà o oneri finanziari, essere completamente seguito e monitorato all'interno delle mura domestiche (ovvero i benefici ulteriori, B).

4.4 Benefici ulteriori (B)

L'implementazione del progetto di Radiologia Domiciliare, oltre all'abbattimento dei costi indicati nei precedenti scenari, consentirebbe, inoltre, ulteriori benefici che difficilmente possono essere quantificati e quindi fatti rientrare nella valutazione.

- a) Attraverso il servizio di radiologia domiciliare potrebbe essere rilevata, al momento della trasmissione dell'esame al Medico Radiologo di turno per la refertazione, una complicazione per il paziente. Nel caso in cui fosse lieve, potrebbe essere trattata sempre domiciliariamente prevedendo, inoltre, già nell'immediato, successivi controlli. Il MMG, inoltre, ne sarebbe immediatamente informato, in virtù dell'architettura complessiva del sistema, potendo, quindi, provvedere in tempi ridotti alla terapia. Si eviterebbe, quindi, un ricovero inappropriato e successivi controlli programmati in reparto. Nel caso in cui, invece, si trattasse di una complicazione grave, pur nella necessità di provvedere al ricovero (questa volta appropriato), il paziente potrebbe essere trattato contestualmente, evitando eventuali aggravii, duplicazioni di esami già effettuati e snellendo i tempi di trattamento.
- b) Il referto sarebbe subito disponibile per il paziente al termine dell'esame domestico e, contestualmente, per il MMG. Quest'ultimo, di conseguenza, potrebbe, senza allungamento dei tempi, predisporre la terapia più appropriata.
- c) L'implementazione del servizio renderebbe possibile l'estensione a tutti i pazienti oncologici allettati e in terapia domestica di usufruire di un'opzione attualmente fornita esclusivamente dal settore privato ad un costo, per singolo esame, compreso tra i duecento e i trecento euro; nonché la possibilità di evitare, nel caso in cui dovesse essere effettuato il trasporto, l'utilizzo di un'ambulanza privata ad un costo, per viaggio andata/ritorno, di circa seicento euro.

4.5 Risparmi potenziali

Il primo passo per la definizione dei risultati è rappresentato dal calcolo dei risparmi potenziali (RP) che si potrebbero ottenere qualora venisse implementato il servizio di Radiologia Domiciliare. RP è ottenibile, quindi, dalla differenza dei costi delle due situazioni (presenza e assenza del servizio di Radiologia Domiciliare):

$CNRD - CRD = RP$

dove:

- RP = Risparmi potenziali
- CRD = Costo del servizio di radiologia domiciliare
- CNRD = Costo medio in assenza del servizio di radiologia domiciliare

Come desumibile dal paragrafo 4.3, il Risparmio potenziale giornaliero stimato, considerando, in entrambi i casi, di trattare 4 pazienti, sarà pari a:
€ 1998,08 - € 1772,17 = € 225,91

Il dato sul risparmio monetario, già positivo, viene ulteriormente rafforzato dalla considerazione dei Benefici ulteriori (B), non quantificabili in termini monetari, che il servizio di Radiologia Domiciliare genera.

Considerando un “indicatore ACB” di risultato standard, costituito dalla somma dei Benefici Ulteriori (B) e dei risparmi potenziali (RP), abbiamo un risultato positivo: **l’implementazione del progetto, quindi, conduce ad un complessivo miglioramento economico e sociale.**

5 MONITORAGGIO

Il monitoraggio rappresenta un’attività di controllo e valutazione, ed è utile per poter intraprendere un percorso di studio e miglioramento dei processi coinvolti.

E’ prevista una raccolta di dati che bimestralmente vengono analizzati per poter valutare l’andamento del servizio ed intraprendere le eventuali azioni correttive.

Ai fini del monitoraggio vengono costruiti due tipologie di indici:

- di gradimento
- di economicità

L’attività di analisi dei dati raccolti e costruzione degli indici è in capo al Coordinatore Tecnico del progetto.

Indici di gradimento

E’ prevista la rilevazione di un indice di gradimento attraverso un questionario appositamente predisposto che in occasione di ciascun esame a domicilio verrà sottoposto per la compilazione dai Tecnici di radiologia al paziente o a un suo o familiare che lo assiste.

Indici di economicità

INDICATORE DI EFFICIENZA

Per valutare l’efficienza economica del servizio Radiologia Domiciliare, è possibile utilizzare ad un indice comunemente utilizzato, il ROI (Return on Investment), lievemente modificato.

L’indice potrà essere calcolato al termine dei ventiquattro (24) mesi di sperimentazione, quando saranno disponibili tutti i dati contabili.

Il ROI misura la redditività netta di un investimento. Non si tratta di un indice normalizzato (ovvero i valori non sono compresi tra zero e uno), ma di un indice aperto (ovvero può dare qualsiasi risultato, positivo o negativo). Indica, in breve, il rendimento che è generato da 1 euro investito nel progetto (se, ad esempio, il risultato dell’indice fosse 0,25, significherebbe che l’euro investito nel progetto ha fruttato 25 centesimi).

La formula standard è:

$$ROI = \frac{\text{Risultato del Progetto}}{\text{Capitale Investito nel Progetto}}$$

Dove:

Risultato del Progetto = Sommatoria dei risparmi generati dal progetto, calcolabili come la differenza tra il costo medio giornaliero per paziente in assenza del servizio di Radiologia Domiciliare (CNRD, pz) moltiplicato per il numero di pazienti trattati nei ventiquattro mesi di servizio e i costi complessivi del servizio di Radiologia Domiciliare, come da consuntivo al termine della fase di sperimentazione.

Quindi:

Risultato del Progetto = [(n° pazienti trattati x CNRD, pz) – Costi complessivi servizio di Radiologia Domiciliare]

Capitale Investito nel Progetto = Costi complessivi del servizio di Radiologia Domiciliare, come da consuntivo al termine della fase di sperimentazione (verrà indicato il capitale investito per l'avvio del progetto e i costi complessivi affrontati per consentire il funzionamento dello stesso nell'arco temporale della sperimentazione).

6 PROSPETTO PREVISIONE DI SPESA

Gli importi di seguito indicati rappresentano una stima del valore complessivo previsto per l'esecuzione del servizio di radiologia domiciliare per pazienti oncologici.

In particolare per la voce n.3 "Attrezzature" solo un'analisi approfondita del mercato della fornitura permetterà di avere un'idea più precisa della modalità di acquisto più appropriata (acquisto/noleggio) ed una valutazione tecnico economica di maggior dettaglio. Tale valutazione verrà eseguita in occasione della predisposizione della documentazione di gara, per la stima della relativa voce di spesa è stata ipotizzata la soluzione del noleggio delle attrezzature.

	VOCI DI SPESA	IMPORTO EURO per 24 MESI
1	Incentivi per le risorse professionali coinvolte	€ 447.850,00
2	Predisposizione della documentazione di progetto e della documentazione di gara - espletamento della procedura per l'acquisizione delle attrezzature necessarie	€ 52.240,00
3	Attrezzature (automezzo + autista + apparecchiatura radiologica + pc + stampante + sistema di trasmissione dati)	€ 520.000,00
4	Formazione	€ 1.000,00
5	Realizzazione e aggiornamento sistema web	€ 20.000,00
	TOTALE	€ 1.041.090,00

7 CONCLUSIONI

Il servizio di radiologia domiciliare per pazienti oncologici rappresenta una modalità di esecuzione della prestazione di radiologia dalle interessanti potenzialità.

L'idea nasce dalla sensibilità verso la particolare tipologia di pazienti dell'Istituto oncologico ma ciò non toglie che si possa estendere ad altri ambiti clinici ed essere inserita in programmi di

assistenza domiciliare più complessi. La possibilità di raggiungere il malato con le professionalità sanitarie, la tecnologia e il canale di comunicazione (telemedicina) per una prestazione di diagnostica per immagini è un tassello che si aggiunge ad altri possibili ambiti di assistenza che se opportunamente integrati possono fornire al paziente un'offerta sanitaria coordinata, personalizzata e completa.

I vantaggi economici evidenziati sono solo parziali. Essi non tengono conto dei benefici sociali non misurabili, dei benefici indiretti economici che si generano ad esempio a livello di impatto sulle altre strutture sanitarie presso le quali inappropriatamente i pazienti potrebbero rivolgersi.

Il servizio è stato strutturato con una **progettualità semplice** ma allo stesso tempo **flessibile** ad eventuali modifiche di tipo organizzativo.

Si presta ad una facile **replicabilità** su altre strutture del territorio italiano anche di indirizzo diverso da quello oncologico.

TITOLO

Salute della donna e del neonato

Iniziative a favore delle gestanti, delle partorienti e del neonato

Monitoraggio delle attività di promozione per il miglioramento del percorso assistenziale per la gravidanza , il parto ed il puerperio.

TIPO DI PROGETTO

progetto regionale ex art. 1 comma 34 e 34bis lettera c, legge 662/2006

Linea progettuale 2.

FASE 2

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

COSTO TOTALE

Euro 5.000.000,00

CONTESTO GENERALE

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

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

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

Target:

Destinatari del progetto : Gestanti e puerpere

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)	Elaborazione e Condivisione di protocolli tra Punti Nascita aderenti al progetto e Territorio afferenti per realizzare una reale continuità metodologica e assistenziale	Elaborazione Protocolli Nr di gravide seguite nel percorso nascita/ Nr totale di gravide che si rivolgono ai consultori	Stesura e messa a regime dei protocolli operativi per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologico tra Punti Nascita del progetto e territorio Con l'attivazione del percorso si prevede di raggiungere il 5% delle gravide che si rivolgono ai Punti Nascita e consultori.
	Stesura della cartella unica che accompagnerà la donna in tutto il percorso gravidanza e parto	Elaborazione	Uniformità delle procedure da parte di ginecologi e ostetriche dei Punti Nascita e dei consultori.
	Individuazione di sedi deputate alla diagnostica prenatale	n° di ambulatori implementati/ o n° di ore	Miglioramento dell'assistenza specialistica e continuità assistenziale.

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	Potenziare l'offerta dei corsi di preparazione al parto/nascita Adeguate le sale travaglio per favorire la riservatezza e la tranquillità alla donna durante il travaglio Presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto	Nr di corsi implementati Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi / nr di donne che si rivolgono alle strutture aderenti al progetto Percentuale di sale travaglio adeguate Percentuale di parti con presenza di persona indicata dalla donna	Attivazione in tutte le UUOONI dei corsi di preparazione alla nascita e nei Punti Nascita aderenti al progetto Incremento del 5% delle gravide partecipanti ai corsi 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

	Favorire contatto madre-bambino	Percentuale di bambini attaccati al seno entro le prime due ore/ tot. dei nati	Incremento della percentuale dei neonati attaccati al seno entro le due ore.
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
D) Promozione allattamento al seno	Rooming-in Corsi preparazione alla nascita e di assistenza post-nascita	%di neonati per i quali è stato praticato il rooming-in in forma diurna e nelle 24h Nr corsi attivati Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi/ nr totale delle gravide che si rivolgono al consultorio e ai punti nascita Percentuale di donne assistite dopo il parto Percentuale di donne che partecipano ai corsi post-nascita Percentuale di donne che allattano al seno fino al terzo al mese	Aumento del n. dei bambini che praticano il rooming-in 80% delle donne che partecipano ai corsi risultano preparate ad affrontare le prime cure al neonato (allattamento esclusivo al seno e accudimento).
E) Dimissione	Attivazione della rete sanitaria Ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato a rischio socio-sanitario	Percentuale di neonati sani assistiti a rischio socio sanitario/ nr totale dei nati. Percentuale di neonati con patologie assistiti a domicilio/ totale nati Percentuale di puerpere assistiti a domicilio	Attivazione della rete sanitaria: Punti nascita /territorio /PLS Percentuale di PLS coinvolti nella rete di assistenza socio-sanitaria.

- Report periodico delle attività.

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																		

TITOLO

Promozione di pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche per promuovere l'allattamento al seno

Linea progettuale 2

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

TITOLO:

Educazione alla salute dell'adolescente. Prevenzione dei rischi comportamentali (grave disagio psicologico, bullismo, salute riproduttiva)

Monitoraggio delle Azioni di Prevenzione, Educazione, Cura per adolescenti .

Linea progettuale 2

DURATA triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

Importo Totale € 4.000.000,00

INTRODUZIONE

Nei diversi contesti di vita dei giovani (Scuola, Famiglia, luoghi del tempo libero), emergono sempre più difficoltà legate alla “transizione” che assumono caratteristiche di gravità sfociando in situazioni di alto rischio evolutivo e relazionale, nonché in forme di disadattamento e condotte antisociali.

La gravità del disagio psicologico, la drammaticità dei comportamenti a rischio e la conseguente necessità del riconoscimento precoce di manifestazioni psicopatologiche, sottolineano l'urgenza di pensare ed organizzare servizi che possano offrire risposte articolate alla complessità dei bisogni.

CONTESTO GENERALE

La Regione Campania ha promosso, negli ultimi anni, articolati indirizzi di programmazione finalizzati a promuovere interventi rivolti specificamente agli adolescenti.

Obiettivo generale è stato rendere meno frammentarie possibile le numerose iniziative che vengono svolte sul territorio Regionale, dando soprattutto una piattaforma metodologica comune che permetta anche un sistema di valutazione sulla efficacia degli interventi ed un monitoraggio quali/quantitativo del ricorso ai servizi dedicati agli adolescenti.

A tutt'oggi, sia in campo Nazionale che Regionale, non esistono dati di prevalenza sul disagio psicologico lieve/grave e sulla psicopatologia in età adolescenziale; siamo a conoscenza di alcuni segnali estremi di disagio come ad esempio i suicidi e tentati suicidi tra i 13 ed i 24 anni (in Campania rispettivamente 8 e 14; Sud Italia 60 e 114 - fonte ISTAT 2007), ed inoltre che, nella sola Regione Campania, 3.571 minorenni sono stati denunciati per reati contro la persona o il patrimonio (fonte ISTAT 2007).

Con una tale carenza di riferimenti epidemiologici, è opportuno destinare attenzione ed investimenti a due ampie linee di attività rivolte agli adolescenti:

- educativa/di prevenzione
- presa in carico /trattamento.

S'intende potenziare la capacità organizzativa dei servizi materno infantili, attraverso una rete di interventi ed attività stabili e continuative sul territorio, al fine di offrire servizi di facile accesso, riconoscibili e “familiari” per la popolazione di adolescenti.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Il Progetto Spazio Adolescenti prende forma da articolati indirizzi normativi (sia nazionali che regionali), in particolar modo:

- D.G.R. n° 6941/91 “Atti di indirizzo per il potenziamento dei consultori familiari”;
- L. R. n° 32/94 - Legge di riordino del servizio sanitario regionale;
- D.G.R. n° 2255/95 - Linee di Indirizzo sull’applicazione della L.R. n° 32/94;
- L. N. n° 451/97 Istituzione Osservatorio per l’Infanzia e l’Adolescenza
- D.G.R. n° 460/99 - Linee Guida inerenti al Progetto di Promozione e Tutela della Salute degli Adolescenti;
- D.M. del 24.04.2000: “Progetto Obiettivo Materno-Infantile 1998-2000”;
- circ. reg.le n° 12654 del 24.05.2000: “Attuazione Spazi Adolescenti nei Consultori Familiari - Legge n. 34/96 - Finanziamento Parte corrente”;
- circ. reg.le n° 15109 del 31.07.2000: “Progetto Spazi Adolescenti”
- Piano Sanitario Regionale 2002-2004;
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
- L. R. n° 17 del 24.07.06 Istituzione del Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza

TARGET

pre adolescenti e adolescenti 11 – 20 anni

OBIETTIVI GENERALI

- 1) Migliorare sul versante quali/quantitativo le attività di promozione/educazione alla salute rivolte agli adolescenti e ai target correlati (insegnanti / genitori)
- 2) Rendere stabile e continuativa la presa in carico integrata, all’interno dei percorsi di salute relativi ai bisogno complessi e multidimensionali degli adolescenti.

OBIETTIVI SPECIFICI

- 1.1** sviluppo di un sistema di interventi di promozione/educazione della salute, sulle tematiche educative relative a : prevenzione del disagio psicosociale e delle condotte irregolari con particolare riguardo al bullismo;
- 1.2** educazione sessuale/sentimentale : educazione affettivo/relazionale, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, tutela della paternità e maternità responsabile;
- 1.3** sostegno alla funzione educativa per genitori e insegnanti
- 2.1** garantire la presa in carico integrata dell’adolescente con bisogni complessi e multidimensionali;
- 2.2** potenziare il percorso di salute “disturbi psicopatologici dell’adolescenza” , configurato come percorso mirato e protetto di 2° livello in stretta relazione con il percorso di prima accoglienza (difficoltà e disagi relazionali lievi);
- 2.3** prevedere adeguati strumenti informativi che permettano il monitoraggio delle richieste e dei trattamenti di secondo livello.

INDICATORI

n° di “spazi adolescenti” attivati nelle AASSLL della Regione

n° di scuole coinvolte sul totale delle scuole (per ciascuna ASL della Regione)

n° di interventi specifici attivati

% di adolescenti trattati portatori di una condizione psicopatologica sul totale degli adolescenti presi in carico (per ciascuna ASL della Regione)

TITOLO

Miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali finalizzate ad una idonea applicazione della legge 194/78

Linea progettuale 2

DURATA triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

COSTO TOTALE € 5.000.000,00

INTRODUZIONE

L'andamento statistico nazionale dell'applicazione della legge 194/ 78, come si evince dai dati contenuti nella relazione del Ministro al Parlamento in data 4 ottobre 2007, mette in evidenza che la legalizzazione dell'aborto, ha favorito la sostanziale riduzione della richiesta di IVG, grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevoli, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge stessa.

L'impegno programmatico di sanità pubblica è quello di indirizzare più coerentemente le relative scelte operative, al fine di pianificare gli interventi più adeguati di prevenzione, indicare le procedure più appropriate in termini di maggiore tutela della salute della donna e di maggiore efficienza, anche alla luce delle innovazioni tecnico-organizzative intervenute nel tempo.

Il fenomeno migratorio che ha avuto maggiore sviluppo nel corso degli ultimi anni, impone, inoltre, l'adozione di specifici interventi di informazione e prevenzione rivolti alla popolazione straniera presente sul territorio nazionale, soprattutto attraverso la formazione degli operatori finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva, al fine di favorire l'accesso equo ai servizi . Il numero di IVG effettuato da donne straniere è in costante aumento, rappresentando in Campania il 17.8% rispetto al totale di 9.462 interventi effettuati per donne di cittadinanza italiana (tasso di abortività Nazionale pari a 8.2%, Campania 8.8%; fonte Ministero della Salute anno 2006)

Relativamente ai luoghi presso i quali viene rilasciata la certificazione per IVG, risulta che in Campania il 16.9% delle certificazioni è stato emesso dal consultorio, dato nazionale 36,9%, il 16.2% dal medico di fiducia, dato nazionale 28.1% ed infine il 66.7% dal servizio ostetrico-ginecologico, dato nazionale del 37.9%. Si sottolinea che nelle regioni dove è maggiormente sviluppata la rete consultoriale, la percentuale sale al 85%.

In Campania sono attivi n. 177 consultori, ossia 1.2 x 10.000 donne in età feconda tra i 15-49 anni, dato nazionale 1.6 x 10.000 e 0.6 x 20.000 abitanti, dato nazionale 0.7 x 20.000.

Per migliorare l' incisività dell'azione di prevenzione del fenomeno da parte dei servizi consultoriali, è opportuno rafforzare la funzione di presa in carico delle donne che devono effettuare o hanno già effettuato IVG, attraverso percorsi facilitati verso tutti i servizi necessari : sanitari, sociali, assistenziali

TARGET

Donne in età fertile

OBIETTIVO GENERALE

Miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali in applicazione della legge 194/78 su tutto il territorio regionale, al fine di promuovere una maternità cosciente e responsabile, ridurre il ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza, prendere in carico le donne italiane ed immigrate che intendono effettuare l'IVG.

OBIETTIVI SPECIFICI

- potenziare l'azione di prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza attraverso interventi educativi ed informativi al fine di favorire l'uso corretto e consapevole della contraccezione;
- ridurre il fenomeno abortivo, potenziando la capacità dei consultori familiari di raggiungere le donne a rischio: donne con disagio sociale, che hanno partorito di recente, adolescenti, che hanno già abortito, di diversa nazionalità e religione, donne con disagio psichico e dipendenze, ecc., fornendo loro sostegno psicologico e/o sociale finalizzato alla definizione di possibili alternative alla scelta di abortire;
- adottare specifici interventi di prevenzione rivolti alle donne straniere che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi;
- assicurare l'assistenza sanitaria alle cittadine comunitarie, anche non iscritte al SSN, avendo queste diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti, tra cui sono incluse quelle relative alla tutela della maternità e all'IVG (nota illustrativa inviata alle Regioni in data 19 febbraio 2008);
- garantire la prescrizione della contraccezione di emergenza, oltre che nei servizi consultoriali, anche nei pronto soccorso e nei presidi di continuità assistenziale;
- assicurare la presenza di almeno un medico non obiettore in ogni Consultorio Familiare;
- promuovere l'informazione sul diritto a partorire in anonimato DPR 396/2000 al fine di contrastare il fenomeno degli abbandoni di neonati;
- offrire un percorso unitario e programmato territorio-ospedale, riservato alle donne che richiedono l'IVG, che garantisca la presa in carico e:
 - l'organizzazione dei tempi di attesa tenendo presente che gli stessi non dovrebbero superare i 7/ 10 giorni dalla data del certificato, al fine di diminuire l'età gestazionale alla data dell'interruzione, elemento che rappresenta il maggior fattore di rischio di complicanze post-IVG;
 - l'articolazione degli interventi di IVG in regime di ricovero diurno assicurando il ricovero in caso di complicazioni;
 - la programmazione degli interventi post-IVG, presso le sedi consultoriali, per offrire la più idonea consulenza contraccettiva, al fine di ridurre la ripetitività dell'aborto;
- agevolare la donna nella fase di prenotazione in base all'urgenza dell'intervento, cioè in base all'epoca di gravidanza, nel pieno rispetto della riservatezza e della libertà di scelta rispetto alle strutture presso le quali effettuare l'intervento;
- migliorare l'offerta di servizi deputati alla diagnosi pre-natale, garantendo l'utilizzo di tecniche aggiornate che consentano diagnosi quanto più precoci e che non ledano le capacità generandi della donna;
- offrire un percorso unitario e appropriato alle donne che devono effettuare l'IVG nel 2° trimestre;

- migliorare le competenze del personale afferente ai consultori familiari, e promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata anche agli approcci interculturali.

PERCORSO OPERATIVO

1. ORIENTAMENTO, ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO
2. COLLOQUIO E CERTIFICAZIONE
3. PRENOTAZIONE
4. PROCEDURA DI IVG
5. CONTROLLO POST-IVG E CONSULENZA CONTRACCETTIVA
6. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI
7. CENTRI PER LA IVG NEL 2° TRIMESTRE/ ABORTO TERAPEUTICO
8. VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI

INDICATORI

I Consultori Familiari procedono alla rilevazione periodica (semestrale) degli indicatori di seguito riportati :

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
Prevenire il ricorso all'IVG	- offrire il colloquio; - garantire il supporto psicologico e sociale - assumere la presa in carico della donna che richiede l'IVG - offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole post IVG, per la prevenzione del ripetuto ricorso all'IVG	- percentuale di certificazioni IVG rilasciate dai consultori; - tempo di attesa tra certificazione e intervento - riduzione delle percentuali di ripetuto ricorso all'IVG. - Percentuale di donne che tornano al Consultorio Familiare dopo l'IVG

TITOLO

Progetto regionale per la prevenzione dei disturbi della menopausa

TIPO DI PROGETTO

progetto regionale ex art. 1 comma 34 e 34bis lettera c, legge 66/2006

Linea progettuale 2.

Costo totale 5.000.000,00 di euro

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

Il progetto intende sostenere la donna nel passaggio all'età post-fertile inteso come periodo di transizione precorrente la terza età e caratterizzato da una complessa serie di trasformazioni biologiche e sessuali che possono essere accompagnate da sintomi.

La sintomatologia dovuta alle trasformazioni ormonali può diventare lo specchio soggettivo interiore di altre difficoltà esterne, relazionali, familiari, ambientali con vissuti psicologici a queste collegati, che la donna affronta prevalentemente nella sfera dell'individuale, dell'intimo e del privato.

Attualmente, forse comunemente, si assegna all'esaurimento della funzione riproduttiva proprio della menopausa un significato di perdita e di negatività, nel contempo si tende a considerare la carenza ormonale estrogenica come l'unica causa eziopatogenetica delle patologie cosiddette "a breve, medio e lungo termine".

Al contrario lo stile di vita, considerato come l'insieme dei comportamenti dipendenti da fattori individuali, sociali, ambientali in uso alla società o a differenti gruppi di essa o a differenti individui, influenza fortemente il rischio di malattia lungo tutta la vita e ciò vale anche per la donna in menopausa. Già prima dell'età feconda è necessario porre attenzione alle abitudini igienico-alimentari nell'ottica dell'inscindibilità di un approccio globale a tale problematica che intervenga con una campagna educativa di tipo igienico-comportamentale dall'età evolutiva fino alla terza età.

Le statistiche più recenti rilevano una maggiore attesa di vita della popolazione che per le donne, raggiunge la media degli 80 anni circa di cui 30 successivi alla menopausa.

Appare evidente la ricaduta in termini di benessere psicofisico per un progetto di prevenzione a carattere socio-sanitario rivolto alle donne in età perimenopausale e postmenopausale capace sia di individuare rischi e patologie sia di modificare atteggiamenti e comportamenti dannosi: tutto questo in un contesto culturale poco attento ai bisogni della donna che invecchia.

Occorre un piano articolato tra i servizi Territoriali, Ospedalieri ed Universitari che attraverso un utilizzo integrato dei servizi socio-sanitari crei percorsi di accompagnamento, dalla sensibilizzazione, l'informazione, l'ascolto, al ricorso corretto di prescrizioni diagnostiche e interventi terapeutici che la medicina dell'evidenza offre. Ciò al fine di consentire alle donne la consapevolezza di sentirsi seguite, riconosciute, tutelate, nell'acquisizione di una corretta coscienza sanitaria e nella rivalutazione della soggettività anche in questa fase del ciclo di vita femminile.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- P.O.M.I. D.M. 24.04.2000
- L.R. 32/94
- Piano Sanitario Nazionale

- Piano Sanitario Regionale
- Delibere Regionali per lo screening Ca portio e mammella
- D.L. 4845 sui LEA
- Delibera regionale 44 del 29-settembre-2003 “Protocollo di un iter di prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi in menopausa”

TARGET

- Destinatarie del progetto sono le donne di età compresa tra i 45 e i 56 anni ivi comprese le donne in menopausa precoce, iatrogena e con prolungato ipoestrogenismo (> 12 mesi).

OBIETTIVI GENERALI

- Benessere psico-fisico della donna in perimenopausa e postmenopausa
- Promozione del miglioramento degli stili di vita e modifica degli atteggiamenti della società rispetto alla terza età della vita della donna.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Uniformare l'approccio alla menopausa nelle strutture territoriali U.O.M.I. e ospedaliere.
- Promuovere il lavoro di equipe attraverso l'integrazione delle attività legate al percorso menopausa e la comunicazione tra medici di medicina generale, medici consultoriali, medici ospedalieri, medici universitari, terzo settore
- Favorire l'accesso ai servizi riducendo l'uso improprio di prestazioni diagnostiche e terapie con gli sprechi economici derivanti.
- Fornire una corretta informazione sulle problematiche connesse alla menopausa.
- Prevenire o ritardare le patologie legate alla senescenza, con particolare riguardo alla riduzione del disagio psicologico per favorire un sereno percorso di invecchiamento.

STATO DELL'ARTE

Fino ad ora in Campania vi sono state e vi sono a tutt'oggi iniziative ed esperienze ospedaliere e territoriali scollegate tra loro che, pur avendo il pregio di aver contribuito a sollevare l'attenzione su questa area di intervento, evidenziano limiti e carenze quali:

- scarsa attenzione all'aspetto formativo degli operatori sulla menopausa;
- approcci oltremodo medicalizzanti con ricorso a volte indiscriminato a metodiche diagnostiche e terapeutiche eccessive o inadeguate;
- discontinuità tra l'intervento di informazione/sensibilizzazione delle donne e il percorso clinico successivo quale causa di aspettative disattese;
- impossibilità di valutare l'efficacia o la congruità degli interventi in termini epidemiologici e di ricaduta sulla salute della collettività
- mancata presa in carico globale delle varie problematiche socio sanitarie di questa fascia di età;
- mancato raccordo che dimostra l'evidente rischio di sovrapposizioni d'intervento con dispendio incontrollato della spesa sanitaria.

FASE DI SENSIBILIZZAZIONE E DIVULGAZIONE

- L'avvio della campagna di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella può offrire opportunità per affrontare e superare i punti critici descritti e inserire la donna in un programma di intervento globale di assistenza previsto dalla linee-guida sulla menopausa (DLR 29/09/2003 n. 44).

- Le donne vengono informate del programma :
 - nello studio del medico di medicina generale (presenza di materiale divulgativo)
 - nei consultori - U.O.M.I - C.U.P. – U.R.P.
 - nei luoghi di aggregazione femminili (Associazioni – Sindacati - Patronati) mediante incontri e distribuzione di opuscoli e manifesti
 - attraverso interventi audiovisivi e radiofonici di pubblicità dei mass-media locali
 - con il coinvolgimento dei Servizi Sociali degli E.E.L.L. (Comuni - Piani di Zona)

FASE OPERATIVA

U.O.M.I./ Consultorio: le donne possono arrivare spontaneamente per motivi di diversa natura, inviate dai Medici di Medicina Generale o dai punti informativi, o perché arruolate nei programmi di screening

Accoglienza e ascolto

L'accettazione nell' U.O.M.I. / Consultorio rappresenta il momento ideale per il primo contatto in quanto permette l'accoglienza, l'ascolto, l'informazione, con la immediata possibilità di arruolamento e con la prenotazione per le varie attività offerte.

Compilazione della scheda sociosanitaria

La compilazione è compito preferenzialmente dell'Assistente Sociale.

Gruppi d'informazione

Obiettivo del gruppo è l'informazione partecipativa della donna che diventa soggetto capace di amministrare e difendere la propria salute e di concordare scelte diagnostiche e terapeutiche. Il gruppo diventa sostegno di eventuale disagio. Esso si sviluppa attraverso:

- Incontri su tematiche specifiche calendarizzati e resi noti al pubblico in modo da essere frequentati a seconda dell'interesse soggettivo;
- Possibilità di sensibilizzare informando un elevato numero di persone su contenuti tanto sociali che sanitari
- Argomenti previsti:
 - Evoluzione del corpo e sintomi correlati.
 - Comprensione del concetto di screening di prevenzione del ca. del collo dell' utero e della mammella
 - Addestramento all'autopalpazione della mammella
 - Esercizi del pavimento pelvico
 - Abitudini alimentari
 - Immagine di sé (rapporto soggettivo col corpo che cambia)
 - Sessualità, rapporto col partner
 - Stili di vita più appropriati (attività fisica, fumo, etc.)
 - Illustrazione critica dei percorsi diagnostici e degli orientamenti terapeutici
 - Influenza della menopausa nei vari aspetti emozionali della vita sociale ed affettiva

Percorso diagnostico-terapeutico personalizzato

- Colloquio iniziale clinico generale
- Compilazione di cartella unica regionale con indice di Kupperman e l'IGI e valutazione del rischio

- Misurazione di peso, altezza e P.A.
- Visita ginecologica e valutazione del pavimento pelvico
- Verifica della adesione agli screening del cervico-carcinoma, mammografico ed eventuale arruolamento
- Visita senologica
- Verifica delle analisi di laboratorio ed esecuzione degli esami strumentali come da linee guida regionali
- Consulenze eventuali: psicologica, cardiologica, nutrizionale, fisioterapica, angiologica, estetica
- Valutazione del rischio emerso
- Controlli periodici personalizzati su indicazione medica e su richiesta spontanea

Per le indicazioni terapeutiche si rimanda alle linee guida regionali.

Al termine del percorso si provvederà a consegnare alla donna un report sul suo stato ed un cartellino personale.

PERSONALE E SERVIZI COINVOLTI

- Medici di medicina generale
- U.O.M.I.
- Servizi ospedalieri ed universitari di Ostetricia e Ginecologia
- Specialisti ambulatoriali competenti per materia
- D.S.M. (facilitazioni negli invii per consulenze o prese in carico nei casi di depressione, latente o manifesta)

UTILIZZO DEI FONDI

I fondi verranno distribuiti annualmente alle AASSLL della Regione Campania:

le quali identificheranno ciascuna un distretto partecipante e gli operatori coinvolti, secondo i seguenti criteri:

- esistenza di una struttura territoriale ospedaliera di riferimento
- entità della popolazione femminile della fascia di età eleggibile residente nei distretti interessati
- entità dell'utenza territoriale (numero delle donne già afferenti ai Servizi territoriali esistenti)
- esistenza di preesistenti esperienze specifiche nell'ambito dell'area di progetto

L'adesione al progetto dovrà essere accompagnata da un impegno formale del Direttore Generale a proseguire nel tempo, con i normali fondi assegnati all'Azienda, l'attività iniziata o potenziata seguito del finanziamento del progetto, garantire l'adesione al progetto nel tempo da parte dei centri individuati, attivare un flusso informativo continuo

per il monitoraggio del programma fornendo semestralmente i dati degli indicatori al centro di monitoraggio.

STRUMENTI E RISORSE

l'utilizzo delle risorse economiche da impiegare per ridurre le carenze sopra evidenziate deve essere finalizzato a:

- | | |
|--|-----|
| • spese generali | 5% |
| • aggiornamento del personale dedicato | 40% |
| • promozione e divulgazione del programma per facilitare l'accesso delle fasce deboli su scala locale e su scala regionale | 30% |
| • acquisto di piccole attrezzature | 25% |

INDICATORI

Di struttura:

- apertura dello spazio menopausa almeno una volta a settimana per un totale di tre ore rivolto esclusivamente al target in oggetto

Di accesso:

- numero di utenti che afferiscono (con indicazione dell'eventuale inviante)
- incremento annuale delle utenti

Di partecipazione:

- *adesione grezza*: numero di donne che si sottopongono all'arruolamento/numero di donne invitate
- *adesione corretta*: numero di donne invitate/numero di donne che rientrano nei criteri di esclusione e gli inviti inesitati)
- *copertura*: percentuale della popolazione bersaglio che già è stata invitata ed ha risposto all'arruolamento
- *% di partecipazione per classi di età, stato civile, luogo di nascita* ed altre variabili disponibili per individuare eventualmente gruppi selezionati o a maggiore rischio
- *% di partecipazione per I e II invito*
- *adesione ai gruppi*: numero delle donne che partecipano ai gruppi/numero di donne invitate

Del processo diagnostico:

- *% delle donne che ritornano sul totale delle donne esaminate*
- *% di adesione ai richiami*
- *% di donne soddisfatte*
- *% copertura massima*: percentuale della popolazione che esegue interventi diagnostico-terapeutici integrati con altre strutture del territorio
- *numero di associazioni socio-culturali sensibili al progetto*

Precoci di impatto

- *tasso di identificazione di patologie distinte per classi* (oncologica, cardiovascolare, ossea, ...)
- *rapporto prevalenza/incidenza per classi di età*
- *percentuale di donne che hanno cambiato stile di vita su base campionaria annuale*

Scopo degli indicatori

- a) Contribuire alla valutazione di impatto del programma
- b) Verificare la possibilità di interventi mirati per favorire la partecipazione di gruppi con esigenze particolari
- c) Valutare l'adeguatezza del servizio offerto

RISULTATI ATTESI

Tutti gli sforzi rivolti all'educazione socio-sanitaria, al miglioramento della diagnosi precoce e ad una prevenzione efficiente producono un risparmio della spesa sanitaria e un miglioramento della qualità della vita.

Creazione di osservatorio per la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei dati con finalità di verifica e monitoraggio delle attività poste in essere. L'attività di monitoraggio dovrà essere oggetto di dettagliata relazione semestrale da inviare all'Assessore Regionale alla Sanità per le valutazioni di competenza.

TITOLO

Miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali finalizzate ad una idonea applicazione della Legge 194/ 78.

TIPO DI PROGETTO

progetto regionale ex art. 1 comma 34 e 34bis lettera c, legge 66/2006
Linea progettuale 2.

DURATA

triennale

Costo totale 5.000.000,00

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

Introduzione

L'andamento statistico nazionale dell'applicazione della legge 194/ 78, come si evince dai dati contenuti nella relazione del Ministro al Parlamento in data 4 ottobre 2007, mette in evidenza che la legalizzazione dell'aborto, ha favorito la sostanziale riduzione della richiesta di IVG, grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevoli, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge stessa.

L'impegno programmatico di sanità pubblica e quello indirizzare più coerentemente le relative scelte operative, al fine pianificare gli interventi più adeguati di prevenzione, indicare le procedure più appropriate in termini di maggiore tutela della salute della donna e di maggiore efficienza, anche alla luce delle innovazioni tecnico-organizzative intervenute nel tempo.

Il fenomeno migratorio che ha avuto maggiore sviluppo nel corso degli ultimi anni, impone, inoltre, l'adozione di specifici interventi di informazione e prevenzione rivolti alla popolazione straniera presente sul territorio nazionale, soprattutto attraverso la formazione degli operatori finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva, al fine di favorire l'accesso ai servizi .

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, in Campania, così come nel resto d'Italia.

Dai dati messi a disposizione del Ministero della Salute riferiti all'anno 2006, risulta che il tasso di abortività (n. delle IVG per 1000 donne in età feconda 15-49 anni) è stato dell'8.2 ‰ in Campania, dell'8.8 ‰ in Italia Meridionale e del 9.4 ‰ in tutta Italia.

Il tasso di abortività delle donne con età inferiore ai 20 anni è stato in Campania del 5.8 ‰, mentre in Italia Meridionale 6.4 ‰ e del 7.8 ‰ sull'intero territorio nazionale.

Il numero di IVG effettuato da donne straniere è in costante aumento rappresentando in Campania il 17.8% rispetto al totale di 9.462 interventi effettuati per donne di cittadinanza italiana e di cittadinanza straniera, valore che sale al 31.6% se riferito al livello nazionale. Per 2.587 IVG, pari al 21% del totale di interventi effettuati nel 2006 cioè 12.049, la cittadinanza non è rilevata.

Relativamente ai luoghi presso i quali viene rilasciata la certificazione per IVG, risulta che in Campania il 16.9% delle certificazioni è stato emesso dal consultorio, dato nazionale 36,9%, il 16.2% dal medico di fiducia, dato nazionale 28.1% ed infine il 66.7% dal servizio ostetrico-

ginecologico, dato nazionale del 37.9%. Si sottolinea che nelle regioni dove è maggiormente sviluppata la rete consultoriale, la percentuale sale al 85%.

In Campania nel 95.3% dei casi rilevati, le IVG sono state effettuate nei primi 28 giorni dalla data del rilascio della certificazione; in Italia la percentuale è stata del 94.5%.

La percentuale di donne non coniugate che nel 2006 ha scelto di praticare l'IVG è del 39.2% in Campania, contro il 47.3% in tutta Italia, mentre 55.2% è stata la percentuale di donne coniugate che ha effettuato l'IVG, rispetto al 46.8% registrato sul territorio nazionale.

In Campania sono attivi n. 177 consultori, ossia 1.2 x 10.000 donne in età feconda tra i 15-49 anni, dato nazionale 1.6 x 10.000 e 0.6 x 20.000 abitanti, dato nazionale 0.7 x 20.000.

Gli obiettori di coscienza sono in costante aumento in regione Campania, ben oltre la percentuale nazionale. Infatti hanno rilasciato dichiarazione di obiezione l'83% dei ginecologi, che in Italia sono il 69,2%, il 73.7% degli anestesisti, contro il 50.4% registrato in tutta Italia e il 74% del personale non medico, contro il valore nazionale di 42.6%.

Va segnalato, inoltre, che la percentuale di IVG ripetute in regione Campania rimane elevata, anche rispetto al valore nazionale, a testimonianza di una non ottimale incisività dell'azione di prevenzione del fenomeno, prevalentemente legato alla scarsa abitudine delle donne di fruire dei servizi consultoriali territoriali dopo l'intervento; non si consente in tal modo al Consultorio familiare di svolgere una delle principali funzioni ad esso deputate, ossia l'auspicata presa in carico delle cittadine che si sono sottoposte ad aborto almeno una volta.

Obiettivo

Il miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali in applicazione della legge 194/78 su tutto il territorio regionale, al fine di promuovere una maternità cosciente e responsabile, ridurre il ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza, prendere in carico le donne italiane ed immigrate che intendono effettuare l'IVG.

Obiettivi specifici

- potenziare l'azione di prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza attraverso interventi educativi ed informativi al fine di favorire l'uso corretto e consapevole della contraccezione;
- ridurre il fenomeno abortivo, potenziando la capacità dei consultori familiari di raggiungere le donne a rischio: donne con disagio sociale, che hanno partorito di recente, adolescenti, che hanno già abortito, di diversa nazionalità e religione, donne con disagio psichico e dipendenze, ecc., fornendo loro sostegno psicologico e/o sociale finalizzato alla definizione di possibili alternative alla scelta di abortire;
- adottare specifici interventi di prevenzione rivolti alle donne straniere che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi;
- assicurare l'assistenza sanitaria alle cittadine comunitarie, anche non iscritte al SSN, avendo queste diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti, tra cui sono incluse quelle relative alla tutela della maternità e all'IVG (nota illustrativa inviata alle Regioni in data 19 febbraio 2008);
- garantire la prescrizione della contraccezione di emergenza, oltre che nei servizi consultoriali, anche nei pronto soccorso e nei presidi di continuità assistenziale;
- assicurare la presenza di almeno un medico non obiettore in ogni Consultorio Familiare;

- promuovere l'informazione sul diritto a partorire in anonimato DPR 396/2000 al fine di contrastare il fenomeno degli abbandoni di neonati;
- offrire un percorso unitario e programmato territorio-ospedale, riservato alle donne che richiedono l'IVG, che garantisca la presa in carico e:
 - l'organizzazione dei tempi di attesa tenendo presente che gli stessi non dovrebbero superare i 7/ 10 giorni dalla data del certificato, al fine di diminuire l'età gestazionale alla data dell'interruzione, elemento che rappresenta il maggior fattore di rischio di complicanze post-IVG;
 - l'articolazione degli interventi di IVG in regime di ricovero diurno assicurando il ricovero in caso di complicazioni;
 - la programmazione degli interventi post-IVG, presso le sedi consultoriali, per offrire la più idonea consulenza contraccettiva, al fine di ridurre la ripetitività dell'aborto;
- agevolare la donna nella fase di prenotazione in base all'urgenza dell'intervento, cioè in base all'epoca di gravidanza, nel pieno rispetto della riservatezza e della libertà di scelta rispetto alle strutture presso le quali effettuare l'intervento;
- migliorare l'offerta di servizi deputati alla diagnosi pre-natale, garantendo l'utilizzo di tecniche aggiornate che consentano diagnosi quanto più precoci e che non ledano le capacità generandi della donna;
- offrire un percorso unitario e appropriato alle donne che devono effettuare l'IVG nel 2° trimestre;
- migliorare le competenze del personale afferente ai consultori familiari, in riferimento alle nuove disposizioni normative e promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata anche agli approcci interculturali.

Percorso operativo

1. ORIENTAMENTO, ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO
2. COLLOQUIO E CERTIFICAZIONE
3. PRENOTAZIONE
4. PROCEDURA DI IVG
5. CONTROLLO POST-IVG E CONSULENZA CONTRACCETTIVA
6. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI
7. CENTRI PER LA IVG NEL 2° TRIMESTRE/ ABORTO TERAPEUTICO
8. VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI

1. ORIENTAMENTO, ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO

Il consultorio Familiare assume un ruolo primario nell'area della prevenzione e della corretta informazione ed educazione dei cittadini sulla procreazione consapevole, sui metodi contraccettivi e sui complessi problemi del nucleo familiare. Ciascun Consultorio familiare presente sul territorio deve potenziare le iniziative e gli interventi volti a garantire la prevenzione del fenomeno di gravidanza indesiderata sia in età adolescenziale, che in età adulta,

che verso la popolazione immigrata presente, anche valutando l'opportunità di inserire, tra gli operatori, un mediatore culturale.

Le Aziende Sanitarie Locali devono diffondere, in accordo con i centri presso i quali si pratica l'IVG (presso i quali si effettua IVG nel 1° trimestre e/o nel 2° trimestre), le modalità di accesso ai servizi utilizzando un'adeguata informazione anche alle donne immigrate (adeguata organizzazione ed utilizzo dell'URP, elaborazione e diffusione di opuscoli/ guida ai servizi consultoriali, ecc.) ed in particolare fornire le conoscenze sulla legislazione italiana e regionale di tutela della maternità e sulle attività di supporto socio-sanitario.

2. COLLOQUIO E CERTIFICAZIONE

In via prioritaria il primo colloquio della donna che esprime la volontà di effettuare IVG, avviene presso il Consultorio Familiare Distrettuale (UOMI), dove viene garantito anche il supporto psico-sociale. Tale struttura è deputata alla presa in carico delle minorenni che richiedono l'IVG, attivando, ove necessario (art.12 L. 194/ 78), il percorso con il giudice Tutelare. Il colloquio ha una funzione di ascolto e rispetto della decisione presa dalla donna, di supporto e informazione quando vi siano incertezza o l'impressione che la scelta dipenda da contingenze che possono essere risolte.

Particolare attenzione va dedicata alle modalità di accoglienza e di sostegno alla donna nel percorso, anche in accordo con i servizi degli ambiti territoriali; infatti l'attenzione ed il supporto offerto alla donna, specie se minore o immigrata, sono aspetti che incidono fortemente sul vissuto emotivo e psicologico sia nel momento della decisione, sia nelle esperienze successive.

Il documento o certificazione può essere rilasciato/a dal medico del consultorio oppure, come previsto dall'art.5 della stessa legge dal medico di fiducia (Medico di Medicina Generale e Medico dell'U.O. Ostetrico Ginecologica), laddove la donna scegliesse di rivolgersi, in alternativa al medico del consultorio familiare, ad altro professionista. In ogni caso risulta essenziale che sia assicurato il colloquio psico-sociale anche in ambito ospedaliero.

Si ribadisce che, così come previsto dal POMI, la presa in carico della donna che sceglie di praticare l'IVG, da parte del Consultorio Familiare, è essenziale sia per conoscere le motivazioni della richiesta e cercare di rimuovere le cause della decisione, quando possibile, sia per pianificare con la donna una strategia contraccettiva adeguata alle sue esigenze.

Presso il consultorio familiare deve essere garantita la presenza di personale (medici, infermieri, psicologi,) non obiettori di coscienza, in osservanza della L.405/ 75, disponendo, laddove possibile, la mobilità del personale.

3. PRENOTAZIONE

E' istituito il Servizio Unico Regionale Centralizzato di Prenotazione all'IVG, attraverso sistema telematico, cui i soggetti abilitati alla prenotazione accedono tramite codice identificativo e nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy.

La prenotazione può essere effettuata presso il consultorio familiare, una volta rilasciato il documento o certificazione, e riguarda sia gli accertamenti necessari all'intervento che l'intervento stesso. L'anonimato della donna viene garantito attraverso codice identificativo; anche il consultorio presso il quale è stata effettuata la certificazione è individuato tramite codice identificativo. E' possibile prenotare l'intervento di IVG nel 1° trimestre presso uno dei centri presenti sul territorio regionale, a scelta della donna, fatte salve le condizioni di urgenza dettate dall'epoca gestazionale e dalla disponibilità dei centri stessi.

Contemporaneamente viene effettuata anche la prenotazione della visita post-IVG presso lo stesso consultorio familiare, al fine di assicurare la continuità di rapporto con la struttura e la

pianificazione di una adeguata contraccezione. Tale visita sarà successiva al controllo clinico e post – chirurgico effettuato, secondo protocollo, presso il centro dove è stata eseguita l'IVG.

Nelle more della predisposizione dei supporti informatici necessari alla costruzione del Servizio Unico Regionale Centralizzato, le modalità di accesso alla prenotazione sono garantite mediante procedura manuale presso il Consultorio Familiare in contatto con i centri disponibili sul territorio regionale e rispettando la libera scelta delle cittadine.

I tempi medi di attesa tra la data di certificazione e la data dell'intervento di IVG nel 1° trimestre dovrebbero essere tra i 7/ 10 giorni.

1. PROCEDURA DI IVG

E' necessario che:

- il percorso per le donne che scelgono di effettuare l'IVG (nel 1° trimestre) sia dedicato (accesso, luoghi, attesa, ecc.) e rispettoso della privacy;
- sia garantita la funzionalità del reparto con un adeguato numero di medici e altro personale non obiettore ed un numero sufficiente di sedute settimanali, compatibilmente con le esigenze organizzative dell'unità operativa;
- che i direttori responsabili dei centri IVG assicurino la continuità delle attività nell'intero arco dell'anno e che, in caso di sospensione momentanea, comunichino per tempo la impossibilità a garantire il servizio sia alle direzioni generali aziendali sia all'assessorato alla sanità;
- che sia prevista la possibilità di aggiornare le tecniche di intervento che consentano diagnosi quanto più precoci e che non ledano le capacità generandi della donna, così come previsto dall'art. 15 della stessa legge;
- che sia curata la fase di accoglienza presso il centro, accompagnamento durante e dopo la procedura fino al momento della dimissione;
- che sia garantita la presenza di un mediatore culturale per l'accoglienza e l'informazione delle donne immigrate, cioè in integrazione operativa con i servizi per gli immigrati degli ambiti sociali di riferimento.

2. CONTROLLO POST-IVG E CONSULENZA CONTRACCETTIVA

Dopo essersi sottoposte all'intervento, le cittadine italiane o straniere che hanno scelto di effettuare l'IVG, eseguono i regolari controlli clinici e post-chirurgici, previsti dal protocollo dei singoli centri IVG.

Successivamente, nella data fissata all'atto della prenotazione tramite il Servizio Unico Regionale Centralizzato, si reca presso il consultorio familiare per fruire dell'offerta di counselling per la procreazione responsabile e per pianificare la modalità di attuazione di eventuali successivi interventi.

Il personale del Consultorio che opera secondo il metodo del lavoro di gruppo e della interdisciplinarietà, qualora ne esistano le condizioni, nel post-IVG, deve prevedere l'invio e/o la presa in carico anche da parte del Servizio Sociale Comunale e /o di Ambito della donna a rischio e/o in situazione di grave disagio sociale e socio-sanitario per la parte di competenza sociale.

3. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Promuovere la formazione permanente degli operatori finalizzata a migliorare competenze per:

- fornire una corretta conoscenza sui diritti alla salute;
- stabilire idonea comunicazione con le donne che si sono rivolte al servizio;
- individuare i loro bisogni di salute, sia sanitari che sociali;

- identificare e gestire correttamente le necessarie procedure amministrative;
- comunicare e collaborare efficacemente con gli altri servizi che erogano prestazioni di interesse;
- informare sui temi specifici della salute e procreazione;
- educare alla relazione transculturale;
- migliorare la conoscenza tra gli operatori sanitari del tipo ed entità di aiuti e sostegno che i servizi sociali, enti, associazioni, possono attivare.

4. CENTRI PER LA IVG NEL 2° TRIMESTRE/ ABORTO TERAPEUTICO

Rimandando a successivo specifico atto di indirizzo e regolamentazione e sulla base di quanto definito dalla D.G.R.C. n.1555 pubblicata sul BURC n. 19 del 17/4/2000, si individuano quali Centri Regionali per l'IVG nel 2° trimestre i seguenti:

- Azienda Universitaria Policlinico "Federico II" di Napoli
- Azienda Ospedaliera "A.Cardarelli" di Napoli
- Presidio Ospedaliero "S. Paolo" della ASL NA1 di Napoli
- Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino
- Azienda Ospedaliera "G. Rummo" di Benevento
- Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Caserta
- Azienda Ospedaliera "S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" di Salerno.

Tali Centri devono predisporre quanto necessario per assicurare idonea accoglienza, anche logistica, dignità e privacy alla cittadina italiana o straniera che deve sottoporsi ad aborto terapeutico e la presenza di spazi e personale dedicato. Inoltre si sottolinea la necessità di garantire pari opportunità di accesso ed uniformità di offerta su tutto il territorio regionale.

VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI

Il D.M. 24 aprile 2000 di "Adozione del Progetto Obiettivo Materno Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000" indica strumenti di monitoraggio per la prevenzione del ricorso all'IVG.

I Consulteri Familiari procedono alla rilevazione periodica (semestrale) degli indicatori di seguito riportati, trasmettendoli all'Assessorato alla Sanità e all'Assessorato alle Politiche Sociali, secondo le modalità che saranno successivamente comunicate.

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
Prevenire il ricorso all'IVG	- offrire il colloquio; - garantire il supporto psicologico e sociale - assumere la presa in carico della donna che richiede l'IVG - offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole - post IVG, per la	- percentuale di certificazioni IVG rilasciate dai consultori; - tempo di attesa tra certificazione e intervento - riduzione delle percentuali di ripetuto ricorso all'IVG. - Percentuale di donne che tornano al

	prevenzione del ripetuto ricorso all'IVG	Consultorio Familiare dopo l'IVG
--	--	-------------------------------------

TITOLO

PROGETTO “IN-CULTURA” - interventi integrati di prevenzione e formazione/informazione sulla salute degli stranieri temporaneamente presenti sul nostro territorio

Linea progettuale 2.

FASE 2

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

COSTO TOTALE

Euro 5.000.000,00

Il Progetto “In-Cultura” - Intende rafforzare e sostenere i consultori familiari presenti sul territorio della Regione dove in precedenza hanno già gestito ambulatori STP tramite il supporto alle attività di tutela e presa in carico di donne e minori stranieri con particolare riferimento a donne in stato di gravidanza.

Sono previsti interventi integrati di prevenzione e formazione/informazione sulla salute degli stranieri temporaneamente presenti sul nostro territorio, rivolto agli operatori sanitari, del Volontariato sociale, degli Enti Locali e della Scuola della Prima Infanzia con la finalità di favorire cambiamenti culturali nelle popolazioni immigrate e sensibilizzare gli operatori coinvolti attraverso l'acquisizione di strumenti conoscitivi ed interpretativi utili a favorire il dialogo, elaborando strategie ed azioni di tutela, di prevenzione e di sensibilizzazione.

Obiettivi

L'obiettivo è acquisire una conoscenza / competenza da parte degli operatori sia in ambito sanitario che sociale e culturale degli stranieri con bisogni di salute ed in particolare di impiantare attività di prevenzione della gravidanza, d'interruzione di gravidanza, screening delle patologie ginecologiche di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale.

Obiettivi specifici

Formazione rivolta ai mediatori culturali;

formazione del personale delle Aziende sanitarie relative agli aspetti socio-culturali e legali dell'assistenza sanitaria al paziente immigrato;

attivazione dell'offerta attiva di strumenti formativi e comunicativi che aiutino la popolazione STP a rivolgersi ai servizi preposti a tale attività;

formazione sul tema dell'infibulazione, rivolto agli operatori sanitari, agli operatori del volontariato locale, agli operatori degli Enti Locali, agli operatori della scuola referenti dell'educazione sanitaria, ed *in primis* al personale coinvolto nel lavoro con le donne e le bambine che provengono dai paesi dove tale pratica in uso;

elaborazione di un modello organizzativo da poter permettere una continuità assistenziale tra territorio, ospedale e associazioni di volontariato coinvolte,

elaborazione di un percorso di educazione alla salute per favorire cambiamenti culturali nelle popolazioni immigrate e per sensibilizzare gli operatori coinvolti, tramite opportune attività di informazione e prevenzione;

acquisizione di strumenti conoscitivi utili a favorire il dialogo ed a garantire una continuità della cultura tribale delle donne pur modificando le pratiche della infibulazione, eventualmente sostituendola con un'altra pratica simbolica;

Individuazione di strategie di contrasto presso le comunità di provenienza e con l'ausilio di mediatori culturali esperti;

Individuazione di strategie di integrazione come l'inserimento scolastico dei bambini; Innalzamento dell'istruzione delle donne ;

3 Target

Tutte le donne e bambini immigrati;

Indicatori

- Numero di partecipanti ai corsi di formazione;
- Numero di donne contattate;
- Numero di donne assistite dal territorio
- Numero di donne assistite presso le strutture ospedaliere
- Numero di bambini inseriti a scuola
- Numero di bambini vaccinati

Risultati attesi

- acquisire conoscenze/competenze da parte degli operatori socio-sanitari in ambito sia sanitario che sociale e culturale;
- favorire cambiamenti culturali nelle popolazioni immigrate;
- fornire gli strumenti conoscitivi utili a favorire il dialogo ed a garantire una continuità della cultura tribale delle donne pur modificando la pratica della infibulazione, eventualmente sostituendola con un'altra pratica simbolica.

Fornire dati sull'andamento delle attività.

TITOLO PROGETTO:

“MIGLIORAMENTO DELL’ OUTCOME DEI NEONATI TRASPORTATI DAL SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE D’EMERGENZA IN CAMPANIA.”

Linea progettuale 2

Referente: Regione Campania

FASE 2

Dal 1995 in Campania è attivo il servizio di trasporto di emergenza neonatale (STEN) che consta di tre unità: lo STEN dell’ A.O.U. Federico II e dell’Ospedale Annunziata che servono le province di Napoli e Salerno con un centralino unico per le chiamate presso l’A.O.U. Federico II e lo STEN dell’A.O.R.N. S. Sebastiano di Caserta che serve le Province di Caserta, Benevento ed Avellino con centralino presso l’A.O.R.N. S. Sebastiano di Caserta. I tre STEN coprono tutto il territorio regionale con circa 62.000 nati/anno distribuiti in circa 80 punti nascita; l’indice di trasferimento regionale è intorno al 2,8%, superiore al 1.4% della media nazionale, da cui deriva una cospicua attività svolta dagli STEN campani.

Anche per il parto fisiologico, nell’1-2% dei casi può essere necessaria una rianimazione neonatale completa. A testimonianza di ciò, la casistica dello STEN Federico II mostra che il 58% dei trasporti interessa neonati a termine o vicini al termine (> 2500 g di peso), percentuale questa costante negli anni, verosimilmente perché si tratta di neonati dove non ci si attende un parto a rischio o con complicanze postnatali e pertanto più frequentemente nati in centri di 1° Livello. L’altro 42% riguarda nati tra i 1500 e i 2499 g (24%), e neonati al di sotto di 1500 g (18%); ciò dimostra l’elevato rischio di assistenza intensiva per tale classe “critica” di neonati, che complessivamente rappresenta l’1% di tutti i nati,

L’elevato se non “eccessivo” numero di trasporti effettuato è collegato a diversi fattori.

Sicuramente ciò è in parte riferibile all’estrema parcellizzazione dei punti nascita campani, fenomeno questo cui è collegato anche l’elevato tasso di tagli cesarei che contraddistingue la nostra Regione, con presumibili conseguenze sull’assistenza intensiva neonatale, a causa dell’aumentata frequenza di distress respiratorio associata a tale pratica, così come riportato in letteratura (*Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section. BMJ 2008; 336; 85-87*).

La parcellizzazione dei punti nascita, associata alle limitazioni di turnover del personale sanitario imposte dal piano di rientro dal disavanzo (DGRC n.460 del 20.3.2007), fa sì, inoltre, che non sia sempre possibile garantire la presenza 24 ore su 24 in ogni punto nascita di un Pediatra che: “...deve garantire l’assistenza al neonato in Sala Parto. Deve essere possibile effettuare la rianimazione primaria, l’intubazione ET e la stabilizzazione del neonato critico in attesa del trasferimento...”, così come previsto dalle Linee Guida Regionali per l’ottimizzazione dell’assistenza Ospedaliera in Neonatologia e Pediatria d’Urgenza (DGRC n.2068 del 12.11.2004).

A tali criticità si è cercato di dare adeguate risposte organizzative attraverso la recente emanazione di una delibera regionale (ricompresa nella azioni previste dal Piano di rientro dal disavanzo – DGRC n.460 del 20.3.2007) che definisce le modalità per la chiusura dei punti nascita con meno di 400 nati anno, in via transitoria, e con meno di 500 nati/anno a partire dal 1° luglio 2009 (DGRC n. 2162 del 14.12.2007). Inoltre si è osservato nel corso degli ultimi anni un miglioramento dell’assistenza almeno per i nati al di sotto di 1.5 Kg, (a differenza degli anni precedenti, nel 2005 questi neonati sono nati per l’80% in un centro di terzo livello dotati di una Terapia Intensiva Neonatale), ciò grazie anche ad alcune iniziative regionali che hanno aumentato l’attenzione agli aspetti assistenziali legati al fenomeno (DGRC 235 del 16.2.2005).

Un secondo fattore che contribuisce al determinismo dell’elevato numero di trasporti è rappresentato dalla carenza dei posti letto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN); si stimano infatti, circa 15 posti letto TIN in meno rispetto al fabbisogno (DGRC n.2068 del 12.11.2004); come conseguenza della carenza dei posti letto, avviene che neonati a rischio che nascono in un Centro di terzo livello, quindi dotato di TIN, debbano essere trasferiti in altri Ospedali per mancanza di

posti letto nella TIN dove il piccolo neonato è venuto alla luce; nel biennio 2002-2003 per i nati <1.5 Kg il 7% è stato trasferito entro le prime 24 h di vita per carenza di posti letto da un centro di III livello ad un altro (Pizzuti e Pugliese Notiziario ISS. Vol 18. N° 2. 2005). Inoltre, sempre per carenza di posti letto, una quota di trasporti ha come destinazione una Provincia diversa da quella del Punto nascita; nel 2006, infatti, 159 nati nella Provincia di Napoli sono stati trasportati in ospedali situati in altre Province campane e questo dato si è confermato anche per il 2007.

DURATA DEL PROGETTO: Biennale

INTERVENTO

Lo scopo del progetto è di pianificare e coordinare gli interventi volti a:

A) DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA REGIONALI SULLO STEN

Redazione di linee guida regionali sul Trasporto Neonatale, condivise dai punti nascita, dai centri di terapia intensiva e subintensiva neonatali e dai tre STEN.

B) MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE PRESTATE NEI PUNTI NASCITA:

Ottenibile attraverso la programmazione e la realizzazione di un programma di formazione degli operatori che assicuri un corretto addestramento/riaddestramento del personale sanitario (medico ed infermieristico) addetto a tutti i Punti Nascita regionali. L'addestramento/riaddestramento degli operatori sanitari servirà anche alla riqualificazione degli operatori dei punti nascita destinati alla chiura in seguito alla delibera regionale precedentemente citata e potrebbero essere ricollocati nei centri di subintensiva e TIN laddove c'è carenza di personale.

L'addestramento/riaddestramento del personale prevederà una didattica condotta con tecniche di simulazione di scenari realistici in centri adeguatamente attrezzati organizzando:

- 1) Corsi di Rianimazione neonatale effettuati secondo il Neonatal Resuscitation Program dell'Accademia Americana di Pediatria. L'obiettivo del Corso di Rianimazione Neonatale è di illustrare i principi teorici della Rianimazione neonatale ed insegnare praticamente secondo uno schema ben codificato con l'ausilio di manichini, l'utilizzo di pallone Ambu e maschera, l'esecuzione del massaggio cardiaco esterno, l'intubazione endotracheale e l'utilizzo di farmaci ed espansori di volume.
- 2) Corsi di Stabilizzazione del Neonato critico secondo il modello S.T.A.B.L.E. dell'Accademia Americana di Pediatria allo scopo di acquisire la capacità di effettuare in ogni Punto Nascita una stabilizzazione termica (per evitare l'ipotermia), respiratoria (evitare ipossia e acidosi), del circolo (evitare l'ipotensione) e metabolica (evitare ipoglicemia ed acidosi metabolica) del neonato critico in attesa di trasferimento in TIN.
- 3) Visto l'elevato rischio di esiti a distanza neurosensoriali di neonati critici spesso soggetti a trasporto, con particolare riferimento a quelli di basso peso alla nascita, è opportuno prevedere un percorso formativo che migliori la competenza e la consapevolezza degli operatori STEN su tali problemi assistenziali.

Per i punti sopra è previsto il coinvolgimento attivo della rete di istruttori di rianimazione neonatale certificati dalla Società Italiana di Neonatologia e dall'American Academy of Pediatrics.

C) MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE PRESTATE DAGLI STEN:

• Creazione Sistema Informativo Trasporto Neonatale Regionale

Creazione di un Sistema Informativo dedicato ed integrabile con i Sistemi Informativi Sanitari già esistenti, anche mediante una rete telematica che metta in connessione le 15 Terapie Intensive

e le 2 subintensive esistenti in Campania con i tre servizi di Trasporto Neonatale. Lo scopo di questa fase del progetto consiste in:

- 1) Creazione di un database dei trasporti effettuati in Campania attraverso la informatizzazione della cartella del trasporto. La creazione del database comune per i tre STEN e la possibilità da parte delle TIN e delle subintensive di inserire indicatori di esito dei neonati trasportati permetterebbe di effettuare la valutazione dell'efficacia, dell'efficienza dell'attività degli STEN, monitorare l'appropriatezza dei trasporti effettuati e produrre indicatori epidemiologici utili al livello Regionale- Settore Assistenza Ospedaliera e Sovraintendenza sui Servizi Regionali d'Emergenza, utilizzabili per la programmazione sanitaria. Più in particolare, si prevede di creare un tracciato record per la Regione di ogni trasporto effettuato e di utilizzare tali informazioni per la costruzione di specifici indicatori, definiti dal gruppo tecnico, da interfacciare, tra gli altri, con quelli del sistema di sorveglianza regionale sulla classe di pazienti nati <1500g che nella nostra regione sono stati 621 nell'anno 2007.
- 2) Valutazione della fattibilità di utilizzazione di tale rete telematica per avere a disposizione in tempo reale da parte degli operatori STEN la situazione posti letto di Terapia Intensiva e Subintensiva in Campania; ciò permetterebbe di accelerare la procedura per il reperimento dei posti letto da parte dello STEN che risulta particolarmente importante nella situazione campana dove c'è un elevato numero di trasporti neonatali e la cronica carenza dei posti letto.

Si prevede inoltre di migliorare la comunicazione tra i tre centri STEN ed i centri di terapia intensiva e subintensiva attraverso una linea telefonica dedicata solo alla comunicazione attraverso i suddetti centri.

- Integrazione delle Dotazioni STEN

Fornire le attrezzature carenti e tecnologicamente avanzate per i tre servizi Sten al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Le attrezzature necessarie ai tre centri Sten verranno decise dopo opportuna valutazione dal gruppo tecnico.

Per la pianificazione di tali interventi sarà istituito un gruppo tecnico interdisciplinare coordinato dal responsabile del Settore di Assistenza Ospedaliera e Sovraintendenza sui Servizi Regionali d'Emergenza della regione Campania e costituito dalle figure istituzionali e professionali coinvolte.

Obiettivi

Migliorare gli esiti dei neonati trasportati dagli STEN in Campania attraverso:

- A) Istituzione di linee guida regionali sullo STEN
- B) Miglioramento della qualità delle cure prestate nei Punti Nascita attraverso iniziative di formazione dedicati a temi assistenziali sui primi momenti che rappresentano un punto critico per il successivo andamento clinico del neonato patologico e per gli esiti a distanza
- C) Miglioramento della qualità delle cure prestate dallo STEN attraverso:
 - Creazione sistema informativo del trasporto neonatale regionale
 - Integrazione dotazioni STEN

Tempi per il raggiungimento degli obiettivi

Si prevede che il miglioramento del sistema possa essere reso operativo nell'arco di due 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 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 STEN. Essi ammontano a 1.500.000,00 €.

Indicatori che consentono di misurare la validità dell'intervento proposto

- Realizzazione linee-guida STEN
- Realizzazione corsi programmati
- Definizione tracciato record e primo report STEN

REGIONE CAMPANIA

ROBINSON IN OSPEDALE

IL RUOLO DELLA HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT E DELL' HORIZON SCANNING NELLA GESTIONE OSPEDALIERA

FASE 2

PREMESSA

La Sanità nei paesi industrializzati si trova a fronteggiare un ventennio che gli economisti di tutto il mondo definiscono come quello delle *scelte tragiche* in ragione di una disponibilità di risorse finanziarie non sufficiente a dare risposta alle attese di salute della collettività. Il fenomeno - è ben noto - è collegato in particolare all'aumento della vita media, alle sempre maggiori richieste di salute del cittadino ed alla proliferazione incontrollata delle tecnologie. E' perciò necessario che i decisori in sanità si dotino di strumenti gestionali in grado di offrire soluzioni efficaci ed efficienti. E' quindi necessario realizzare una governance della sanità che è ricerca dell'eccellenza, frase che detta così significa poco o nulla, ma che in pratica è soprattutto l'uso sapiente di strumenti innovativi gestionali in sanità: parliamo di Medicina Basata sull'Evidenza, di gestione del Rischio Clinico, e, soprattutto, di Health Technology Assessment. Quest'ultima è in pratica una metodologia che serve a valutare le tecnologie mettendo a raffronto nuove tecnologie con quelle abitualmente in uso. Deve chiarirsi - perché su questo vi è estrema confusione - che per *tecnologia* deve intendersi non solo ad esempio una nuova apparecchiatura diagnostica, ma anche il farmaco, il dispositivo medico, una nuova procedura terapeutica, un diverso percorso diagnostico-terapeutico, un nuova organizzazione sanitaria, un diverso sistema di gestire il paziente e così via. L'acronimo HTA indica tre termini inglesi: **Health** (salute), **Technology** (farmaco, procedura ecc.), **Assessment** (valutazione). Lo strumento deve servire a far dialogare tra loro tutti gli attori del sistema sanità: i clinici che propongono all'organizzatore una nuova tecnologia, i tecnici che devono valutarla e gli organizzatori ed i politici che devono supportarla. Si tratta quindi di creare un linguaggio comune in sanità. Nella situazione drammatica verso la quale naviga la sanità mondiale non può più essere consentito a nessuno di proporre iniziative di cui non sia già nota l'efficacia, l'appropriatezza, i benefici clinici ed organizzativi, la loro economicità ed anche il loro consenso sociale. Attualmente si stima che la percentuale degli interventi sanitari la cui efficacia sia scientificamente provata oscilla, a seconda delle discipline mediche, dal 30 all'80% che rappresenta un dato estremamente inquietante.

Un dato altrettanto preoccupante è la valutazione che queste tecnologie, una volta entrate nell'uso comune, vengono comunque utilizzate, pur se poi se ne verifichi la scarsa utilità. E' perciò necessario che l'HTA sia utilizzata con rapidità, possibilmente prima ancora dell'introduzione della metodica stessa. Qui subentra uno strumento di supporto all'HTA, l'**Horizon Scanning**, un sistema di allerta rapido, attento a scrutare l'orizzonte per avvistare tecnologie emergenti al fine di valutarle tempestivamente. L'introduzione di una nuova tecnologia in ambito sanitario ha spesso conseguenze particolari: adottata per il soddisfacimento di nuovi bisogni o per dare nuove soluzioni a problemi già noti, essa tende a creare nuovi modelli di cura ed assistenza; comporta spesso l'esigenza di nuovo personale, di qualificare il personale già esistente, di realizzare nuove procedure organizzative ed utilizzare risorse aggiuntive; l'aumento di produttività che talora comporta non

sempre è in grado di compensare l'inevitabile aumento dei costi di introduzione. Di qui, la già richiamata esigenza di un accurato sistema di analisi delle tecnologie sanitarie.

LE MOTIVAZIONI DEL PROGETTO: PERCHE' ROBINSON IN OSPEDALE

E' indubbio come l'uso di nuovi farmaci ad alto costo e di dispositivi medici ed innovativi, parimenti ad alto-altissimo costo, rappresenti un problema di immense proporzioni in grado di condizionare la spesa sanitaria anche per la capacità che le decisioni in ambito ospedaliero hanno di incidere sulle scelte nel campo delle cure primarie e più in genere dell'assistenza territoriale.

E' evidente come l'utilizzo del sistema della remunerazione con tariffe DRG può condizionare le scelte del clinico, come dell'organizzatore, nel senso di non privilegiare la effettuazione di :

- prestazioni che abbiano un costo superiore al ricavo previsto dal DRG o che non siano sufficientemente remunerative
- prestazioni che richiedano l'uso di farmaci o di dispositivi medici il cui costo renda la tariffa DRG prevista in qualche caso di gran lunga inferiore al ricavo.

Il fenomeno, pur se non facilmente comprensibile, sembra riguardare in egual misura il sistema pubblico ed il privato.

Ciò fa in modo di ritardare l'uso routinario di talune procedure diagnostico-terapeutiche innovative privando il paziente di una prestazione efficace. Talvolta l'intervento della Magistratura impone alle autorità sanitarie l'autorizzazione delle prestazioni richieste; qualche altra volta è la pressione della stampa a stimolare la soluzione del problema. Qualche altra volta ancora – ed è questa una evenienza che si presenta con sempre maggior frequenza – l'incapacità da parte del governo centrale o di quello regionale di definire tempestivamente l'efficacia di una prestazione fa autorizzare costosissimi viaggi all'estero per prestazioni la cui efficacia è molto dubbia e spesso fortemente condizionata da fenomeni speculativi locali.

E' sempre più frequente che, in assenza di decisioni a livello centrale (Ministero, Regioni) la scelta di adottare o meno una determinata tecnologia sanitaria finisca per essere assunta autonomamente dall'Azienda ospedaliera o talvolta addirittura dall'ospedale di ASL senza che la Azienda stessa sia stata resa edotta sui reali benefici per l'utenza e sui maggiori costi da sostenersi da parte del servizio sanitario.

Il Progetto *Robinson in Ospedale* nasce, così come il precedente progetto Robinson, da una iniziativa dei direttori ospedalieri e dei medici di direzione ospedaliera e di distretto aderenti alla sezione campana dell'Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) e prevede, in prosieguo del progetto Robinson, la sua specifica implementazione e diffusione all'interno delle strutture di ricovero. Recenti studi hanno evidenziato l'importanza del contesto organizzativo nel consentire alle evidenze di tradursi in pratiche cliniche (Hospital Base HTA). La struttura ospedaliera appare l'ambiente ideale per sviluppare il sistema HTA poiché consente di disporre in una unica struttura e con un coordinamento in capo alla direzione strategica tutti gli attori del sistema in grado di dialogare tra loro con il medesimo linguaggio, che deve essere quello delle maggiori evidenze scientifiche.

E' fortemente istruttivo che il clinico sappia di dover muovere le proprie proposte ad un gruppo di valutazione esperto e competente in grado di utilizzare lo stesso linguaggio.

E' fortemente istruttivo che il medico di organizzazione e la direzione strategica sappiano di dover corredare i tanti no che in futuro si sarà costretti a dire con motivazioni competenti e perciò inoppugnabili.

CHI PARTECIPA AL PROGETTO

1. le Aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie

Individuate in via prioritaria in quanto realtà nelle quali con maggior frequenza si propone l'utilizzo di tecnologie innovative ed ad alto costo.

2. I Responsabili del progetto

I direttori sanitari delle Aziende sanitarie, individuati in quanto responsabili della conduzione sanitaria dell'ospedale e dotati dell'autorevolezza necessaria per coinvolgere tutti i partecipanti al progetto.

3. I clinici ed i responsabili delle aree diagnostico-assistenziali in quanto ordinatori di spesa.

4. I team per la Health Technology Assessment costituiti da clinici, medici di organizzazione, epidemiologi, farmacisti, farmacologi, ingegneri biomedici, infermieri, tecnici sanitari, esperti di governo delle risorse economiche.

L'OGGETTO DELLA SPERIMENTAZIONE

Le tecnologie che abbiano già concluso, in base alla normativa vigente, l'attività di sperimentazione clinica e che siano in possesso del marchio CE, distinguendole in tre tipologie:

- tecnologie che mirano alla riduzione di recidive e/o di morbosità e/o di morbilità e/o di mortalità
- tecnologie finalizzate al miglioramento dell'efficienza di erogazione dei servizi sanitari
- tecnologie che mirano al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza di erogazione dei servizi

LE FASI DEL PROGETTO

LA FASE I

- A. Costituzione dei team ospedalieri
- B. Formazione dei team ospedalieri all'uso degli strumenti della Medicina Basata sulle Evidenze e della Health Technology Assessment
- C. Attivazione di un progetto di Horizon Scanning
- D. Attivazione di un gruppo di studio Horizon Scanning

LA FASE II

- A. Segnalazione alla Direzione strategica di interesse per definite tecnologie emergenti
- B. Segnalazione al Team HTA regionale di una check list di tecnologie da osservare

LA FASE III

- A. Identificazione da parte del team regionale HTA delle tecnologie da osservare
 - B. Assegnazione alle singole Aziende, previa condivisione, delle sperimentazioni da effettuare
-

I COSTI DEL PROGETTO

TOTALE EURO 3.129.012,00 per

Formazione
Portale e sistemi informativi
Presentazione del progetto,
meeting,
stage presso strutture
competenti
Risorse umane

PROGETTO N.1

TITOLO

Reti assistenziali per la presa in carico di soggetti con malattia rara

Linea progettuale 4

FASE 2

TIPO DI PROGETTO

Progetto interregionale ex art. 1 comma 806, lettera c, legge 296/2006

DURATA

Annuale con possibilità di proroga

REFERENTE PROGETTO

Regione Toscana - coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome

Per la Regione Campania referente del progetto è l'Osservatorio Epidemiologico Regionale

ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo previsto in Regione Campania del progetto è di € 1.300.000,00

CONTENUTI

Già da alcuni anni le Regioni e le Province autonome stanno affrontando le problematiche legate alla assistenza per malattie rare, oltre che attraverso l'espletamento di attività ordinarie, anche mediante progetti per obiettivi di PSN ex art. 1, commi 34 e 34 bis, legge 662/96.

Con il presente progetto la regione Campania intende implementare le suddette attività ed integrare le proprie iniziative con quelle delle altre regioni, al fine di sviluppare modelli assistenziali condivisi tra le Regioni e PP.AA.

La Regione Campania con delibera della Giunta Regionale n° 1362 del 21 ottobre 2005 ha approvato l'individuazione, in via provvisoria, dei presidi di riferimento regionale per malattie rare ai sensi del D.M. 18 maggio 2001 n. 279. Sono stati identificati come presidi di riferimento le 10 aziende ospedaliere autonome, comprendenti in particolare i due policlinici universitari, sette aziende ospedaliere autonome, localizzate nei capoluoghi di tutte le province della regione, un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico con

specializzazione in oncologia, nonché l'azienda sanitaria locale Napoli 1, al cui interno sono presenti presidi ospedalieri anche con competenze specialistiche per malattie rare. Sulla base della valutazione di un'autocertificazione da parte di un apposito gruppo tecnico regionale di esperti, sono state individuate le malattie rare per le quali esistono competenze e risorse in ognuno dei presidi.

OBIETTIVO COMPLESSIVO

Individuazione di reti assistenziali per garantire la presa in carico dei soggetti della fascia di età pediatrica (0-18 anni), per malattie e/o gruppi di malattie rare di origine genetica, con particolare riferimento alle sindromi malformative e alle malattie metaboliche ereditarie (vedi l'allegata Tabella 1).

Si applicherà alle malattie metaboliche e sindromi genetico-malformative dell'età pediatrica, di cui all'allegata Tabella 1, un modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte del centro di riferimento, in collaborazione con le strutture assistenziali del territorio di residenza, utilizzando strumenti e metodologie recentemente proposti in campo nazionale da Società scientifiche e Associazioni di famiglie, su iniziativa della Società Italiana Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità Congenite (SIMGePeD). Le linee generali del modello assistenziale da implementare nel presente progetto sono illustrate nell'allegata Tabella 2. A questa iniziativa nazionale già collaborano in maniera attiva operatori della regione Campania, responsabili di strutture complesse che si occupano di malattie rare dell'età evolutiva con componente genetico-malformativa e metabolica.

Nella creazione della rete assistenziale per le singole condizioni prese in esame nel presente progetto si terrà conto delle competenze comunque esistenti nei 12 presidi che fanno parte della rete regionale per le malattie rare, anche se non sono accreditati come centri di riferimento per le specifiche condizioni: in questo modo, attraverso opportune iniziative di formazione, si cercherà di migliorare la distribuzione sul territorio regionale di strutture di riferimento, intermedie tra il/i centro/i di riferimento accreditato/i e le strutture sociosanitarie del territorio, sfruttando in particolare la loro presenza nei capoluoghi di tutte le province della Campania.

Nell'ambito dei compiti di programmazione sanitaria la Regione intende avvalersi di un supporto tecnico istituendo un Centro di Riferimento a cui si affideranno i seguenti compiti:

- 1) gestione del registro regionale delle malattie rare, in raccordo tecnico-funzionale con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, attraverso la raccolta delle schede di diagnosi dei singoli casi e il loro successivo invio all'Istituto Superiore di Sanità;
- 2) coordinamento dei presidi territoriali della rete anche mediante l'adozione di specifici protocolli clinici condivisi;
- 3) promozione dell'informazione al cittadino e della formazione degli operatori;

4) collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con le altre regioni;

5) collaborazione con le associazioni di volontariato operanti nel campo delle malattie rare.

Si metteranno in atto le opportune iniziative per creare un collegamento funzionale più efficiente dei centri di riferimento individuati nella rete delle malattie rare della regione Campania, creando, quando necessario, le infrastrutture e i protocolli per il collegamento telematico.

Si procederà all'organizzazione di corsi di formazione per i referenti per le malattie rare, individuati presso tutti i centri accreditati della rete regionale.

OBIETTIVO INTERMEDIO

Raccolta di documentazione e dati

INDICATORI

Numero di malattie rare e/o gruppi di malattie per i quali vengono individuati modelli assistenziali

PROGETTO N. 2

TITOLO

Sviluppo e utilizzo dei percorsi diagnostico-terapeutici per malattie rare

TIPO DI PROGETTO

Progetto interregionale ex art. 1 comma 806, lettera c, legge 296/2006

DURATA

Annuale con possibilità di proroga

REFERENTE PROGETTO

Regione Toscana - coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome

Per la Regione Campania referente del progetto è l'Osservatorio Epidemiologico Regionale

ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo previsto in Regione Campania del progetto è di € 1.300.000,00

CONTENUTI

Da alcuni anni le Regioni e le Province autonome stanno affrontando le problematiche legate alla assistenza per malattie rare, oltre che attraverso l'espletamento di attività ordinarie , anche mediante progetti per obiettivi di PSN ex art. 1, commi 34 e 34 bis legge 662/96. Con il presente progetto si intende implementare le suddette attività ed integrare le progettualità in atto, al fine di favorire la diffusione delle migliori pratiche.

OBIETTIVO COMPLESSIVO

Individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per almeno 20 malattie e/o gruppi di malattie rare di origine genetica, con particolare riferimento alle sindromi malformative e alle malattie metaboliche ereditarie che colpiscono soggetti della fascia di età pediatrica (0-18 anni) (vedi l'allegata Tabella 1).

Si predisporranno raccomandazioni per la diagnosi e il trattamento di malattie rare, con particolare riferimento a quelle che utilizzano farmaci orfani ad alto costo.

L'allegata Tabella 3 rappresenta un elenco iniziale di malattie rare che rispondono alle caratteristiche su indicate, per le quali sono state predisposte raccomandazioni per la diagnosi, la terapia e il follow-up da parte di alcune Società scientifiche nazionali (SISMME, SIMGePeD) a cui attivamente collaborano operatori della regione Campania, responsabili di strutture complesse che si occupano di malattie rare dell'età evolutiva con componente genetico-malformativa e metabolica.

Su mandato della Regione Campania, che ha individuato quali interlocutori tecnici l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ed il Settore Assistenza Ospedaliera, si avvierà uno studio epidemiologico sulla migrazione sanitaria del bambino affetto dalle malattie rare di cui al presente progetto, in collaborazione con l'ARSAN (Agenzia Regionale Sanità) e con la comunità pediatrica regionale, che ha già manifestato la sua volontà di collaborare a una tale indagine. Circa il 10% dei ricoveri pediatrici campani avviene fuori regione e interessa in primo luogo le condizioni che coinvolgono il sistema nervoso, come si verifica per la stragrande maggioranza delle malattie rare con base genetico-metabolica e malformativa, di cui al presente progetto. Una più documentata valutazione del fenomeno della migrazione sanitaria è fondamentale per mettere a punto efficaci percorsi diagnostico-terapeutici e contenere il fenomeno del ricovero fuori regione alla ricerca di una diagnosi e/o di cure all'avanguardia. L'indagine, che verrà attuata sulla base di un protocollo sviluppato dalla Regione Campania in collaborazione con l'ARSAN e la comunità pediatrica, censirà le risorse assistenziali effettivamente esistenti in regione, anche per promuovere una più capillare diffusione di informazioni al servizio sanitario e alla popolazione e valuterà con appositi questionari a campione le motivazioni delle famiglie e quelli dei pediatri nel decidere circa la necessità di un ricovero fuori regione.

Ai fini della definizione di percorsi diagnostico-terapeutici nella Regione Campania sarà di grande rilievo lo studio della migrazione sanitaria, anche per rispondere alla raccomandazione della Commissione Salute del 06/12/2007 circa la definizione "di procedure organizzative che prevedano, tra l'altro, l'erogazione dell'assistenza in ambito domiciliare o nel luogo più vicino all'abitazione del paziente e l'attività di follow up a distanza così da evitare inutili e faticosi spostamenti da parte dei pazienti".

OBIETTIVO INTERMEDIO

Raccolta di documentazione e dati per l'individuazione dei percorsi diagnostico - terapeutici e del fenomeno della migrazione sanitaria.

INDICATORI

Numero di malattie rare per i quali vengono individuati i percorsi diagnostico terapeutici.

PROGETTO N. 3

TITOLO

Attivazione registri regionali per le malattie rare

TIPO DI PROGETTO

Progetto interregionale ex art. 1 comma 806, lettera c, legge 296/2006

DURATA

Annuale con possibilità di proroga

REFERENTE PROGETTO

Regione Toscana - coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome

Per la Regione Campania referente del progetto è l'Osservatorio Epidemiologico Regionale

ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo previsto in Regione Campania del progetto è di € 400.000,00

CONTENUTO

Da alcuni anni le regioni, in collaborazione con l'ISS, stanno organizzando attività di raccolta dati sulle malattie rare anche attraverso progetti finanziati a vario titolo. Con il presente progetto si intende implementare le suddette iniziative al fine di attivare il registro regionale campano per garantire il flusso attivo dei dati epidemiologici al registro nazionale delle malattie rare, anche in ottemperanza di quanto previsto dall'accordo Stato - Regioni del 10 maggio 2007.

OBIETTIVO COMPLESSIVO

Attivazione del registro regionale campano.

Si procederà alla stipula di apposita Convenzione con l'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del su citato Programma "Malattie Rare", finalizzato allo scambio di competenze, conoscenze e tecnologie per l'implementazione del flusso informativo verso il Registro nazionale.

Si valuterà l'opportunità di stipulare apposita Convenzione con la Regione Veneto, per estendere alla regione Campania un modello di raccolta dei dati epidemiologici, già condiviso nel Triveneto e più recentemente adottato, sempre attraverso strumenti convenzionali, dall'Emilia Romagna e, probabilmente in prospettiva, dalla Liguria.

Si avvierà l'organizzazione dei flussi informativi dai centri di riferimento alle strutture regionali istituzionalmente competenti e da queste all'ISS per il Registro nazionale.

Si organizzeranno appositi corsi di formazione del personale del SSR, a cominciare dai referenti dei centri di riferimento, per la più corretta conoscenza delle procedure da seguire nella raccolta e trasmissione dei dati epidemiologici relativi alle malattie rare.

Si predisporranno in forma cartacea e attraverso siti Web regionali opuscoli informativi su tutta la materia delle malattie rare, diretti agli operatori del sistema sanitario regionale e alla popolazione campana.

OBIETTIVO INTERMEDIO

Acquisizione del personale e dei beni e servizi e realizzazione della formazione necessaria per l'attivazione del registro

INDICATORI

Attivazione del registro regionale

Numero delle schede raccolte e trasmesse al registro nazionale

Tabella 1 - ELENCO MALATTIE RARE OGGETTO DEL PROGETTO N. 1			
<i>(estratto dal DM 18 maggio 2001, n. 279, GU n. 160, del 12.07.2001 Suppl. Ord. n. 180/L)</i>			
Cod. Esenz.	MALATTIA E/O GRUPPO	MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
2. TUMORI (cod. ICD9-CM da 140 a 239) - RB			
RBG010	NEUROFIBROMATOSI		
3. MALATTIE DELLE GIANDOLE ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE, DEL METABOLISMO E DISTURBI IMMUNOLOGICI (cod. ICD9-CM da 240 a 279) -RC			
RCG040	DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI	CISTINOSI	
		HARTNUP MALATTIA DI	
		ALBINISMO	
		ALCAPTONURIA	
		IPERVALINEMIA	
		MALATTIA DELLE URINE A SCIROPPLO DI ACERO	
		OMOCISTINURIA	
		SINDROME DA MALASSORBIMENTO DI METIONINA	
		IPERISTIDINEMIA	
		ACIDEMIE ORGANICHE E ACIDOSI LATTICHE PRIMITIVE	
		ALANINEMIA	
		IMINOACIDEMIA	
RCG050	DISTURBI DEL CICLO DELL'UREA	CITRULLINEMIA	
		IPERAMMONIEMIA EREDITARIA	
RCG060	DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI <i>Escluso: Diabete mellito</i>	GLICOGENOSI	

		GALATTOSEMIA	
		FRUTTOSEMIA	
		MALASSORBIMENTO CONGENITO DI SACCAROSIO ED ISOMALTOSIO	
RCG070	ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DELLE LIPOPROTEINE Escluso: Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb; Ipercolesterolemia primitiva poligenica; Ipercolesterolemia familiar combinata; Iperlipoproteinemia di tipo III.	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE OMOZIGOTE TIPO IIa	
		DEFICIT FAMILIARE DI LIPASI LIPOPROTEICA	
		IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE OMOZIGOTE TIPO IIb	
		IPOBETALIPOPROTEINEMIA	
		ABETALIPOPROTEINEMIA	BASSEN KORNZWEIG SINDROME DI
RCG070	ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DELLE LIPOPROTEINE Escluso: Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb; Ipercolesterolemia primitiva poligenica; Ipercolesterolemia familiar combinata; Iperlipoproteinemia di tipo III.	TANGIER MALATTIA DI	DEFICIT FAMILIARE DI ALFALIPOPROTEINA
		DEFICIT DELLA LECITINCOLESTEROLOACILTRANSFERASI	
		IPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIARE	
		XANTOMATOSI CEREBROTENDINEA	
		DISTURBI DEL METABOLISMO INTERMEDIO DEGLI ACIDI GRASSI E DEI MITOCONDRI	
RCG080	DISTURBI DA ACCUMULO DI LIPIDI	FABRY MALATTIA DI	
		GAUCHER MALATTIA DI	
		NIEMANN PICK MALATTIA DI	
RCG090	MUCOLIPIDOSI		
RC0100	FARBER MALATTIA DI		DEFICIENZA DI CERAMIDASI
RC0150	WILSON MALATTIA DI		DEGENERAZIONE LENTICOLARE O PUTAMINALE FAMILIARE; DEGENERAZIONE EPATOCEREBRALE

RC0170	RACHITISMO IPOFOSFATEMICO VITAMINA D RESISTENTE		
RCG120	DISORDINI DEL METABOLISMO DELLE PURINE E DELLE PIRIMIDINE	LESCH-NYHAN MALATTIA DI	
		XANTINURIA	
RCG140	MUCOPOLISACCARIDOSI	HUNTER SINDROME DI	
		HURLER SINDROME DI	
		MAROTEAUX-LAMY SINDROME DI	
		MORQUIO MALATTIA DI	
		SANFILIPPO SINDROME DI	
		SCHEIE SINDROME DI	
RCG160	IMMUNODEFICIENZE PRIMARIE	AGAMMAGLOBULINEMIA	
		DI GEORGE SINDROME DI	
		NEZELOF SINDROME DI	
4. MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI (cod.ICD9-CM da 280 a 289) -RD			
RDG010	ANEMIE EREDITARIE	FANCONI ANEMIA DI	PANCITOPENIA DI FANCONI
6. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO (cod.ICD9-CM da 320 a 389) -RF			
RFG010	LEUCODISTROFIE	ALEXANDER MALATTIA DI	
		CANAVAN MALATTIA DI	
		KRABBE MALATTIA DI	
		LEUCODISTROFIA METACROMATICA	
		PELIZAEUS-MERZBACHER MALATTIA DI	
RFG020	CEROIDO-LIPOFUSCINOSI	BATTEN MALATTIA DI	
		KUFS MALATTIA DI	
RFG030	GANGLIOSIDOSI		
RF0030	LEIGH MALATTIA DI		
RF0040	RETT SINDROME DI		
RFG040	MALATTIE SPINOCEREBELLARI	ATASSIA TELEANGECTASICA	LOUIS BAR SINDROME DI
RFG050	ATROFIE MUSCOLARI SPINALI	WERDNIG-HOFFMAN MALATTIA DI	
		KUGELBERG-WELANDER MALATTIA DI	
		KENNEDY MALATTIA DI	

RF0120	ADRENOLEUCODISTROFIA		SCHILDER MALATTIA DI
RFG060	NEUROPATIE EREDITARIE	REFSUM MALATTIA DI	EREDOPATIA ATASSICA POLINEURITIFORME
RFG070	MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE	MIOPATIA CENTRAL CORE	
		MIOPATIA CENTRONUCLEARE	
		MIOPATIA DESMIN STORAGE	
		MIOPATIA NEMALINICA	
RFG080	DISTROFIE MUSCOLARI	BECKER DISTROFIA DI	
		DISTROFIA MUSCOLARE OCULO- GASTRO-INTESTINALE	
		DUCHENNE DISTROFIA DI	
		ERB DISTROFIA DI	
		LANDOUZY-DEJERINE DISTROFIA DI	
RFG090	DISTROFIE MIOTONICHE	STEINERT MALATTIA DI	
		THOMSEN MALATTIA DI	
		VON EULENBURG MALATTIA DI	
14. MALFORMAZIONI CONGENITE (cod.ICD9-CM da 740 a 759) -RN			
RN0040	JOUBERT SINDROME DI		
RN0050	LISSENCEFALIA		
RN0060	OLOPROSENCEFALIA		
RN0160	ATRESIA ESOFAGEA E/O FISTOLA TRACHEOESOFAGEA		
RN0170	ATRESIA DEL DIGIUNO		
RN0180	ATRESIA O STENOSI DUODENALE		
RN0190	ANO IMPERFORATO		
RN0200	HIRSCHSPRUNG MALATTIA DI		
RN0210	ATRESIA BILIARE		
RN0220	CAROLI MALATTIA DI		
RN0230	MALATTIA DEL FEGATO POLICISTICO		
RN0240	ERMAFRODITISMO VERO		

RNG010	PSEUDOERMAFRODITISMI		
RNG020	ARTROGRIPOSI MULTIPLE CONGENITE		
RNG030	ACROCEFALOSINDATTILIA	APERT SINDROME DI	
		GOODMAN SINDROME DI	
RN0280	ACRODISOSTOSI		
RNG040	ANOMALIE CONGENITE DEL CRANIO E/O DELLE OSSA DELLA FACCIA	C SINDROME	
		CRANIOSINOSTOSI PRIMARIA	
		CROUZON MALATTIA DI	
		DISOSTOSI MAXILLOFACCIALE	
		DISPLASIA FRONTO-FACIO-NASALE	
RNG040	ANOMALIE CONGENITE DEL CRANIO E/O DELLE OSSA DELLA FACCIA	DISPLASIA MAXILLONASALE	
		HALLERMAN-STREIFF SINDROME DI	DISOSTOSI OCULOMANDIBOLARE
		PIERRE ROBIN SINDROME DI	
		TREACHER COLLINS SINDROME DI	
RNG050	CONDRODISTROFIE CONGENITE	ACONDROGENESI	
		ACONDROPLASIA	
		DISPLASIA EPIFISARIA EMIMELICA	
		DISTROFIA TORACICA ASFISSIANTE	
		ESOSTOSI MULTIPLA	
		KNIEST DISPLASIA	DISPLASIA METATROPICA
		SINDROME CAMPTOMELICA	
RNG060	OSTEODISTROFIE CONGENITE	DISPLASIA CRANIOMETAFISARIA	OSTEOCONDROPLASIA
		OSTEOGENESI IMPERFETTA	
		OSTEOPETROSI	
		DISPLASIA FIBROSA	
		ELLIS-VAN CREVELD SINDROME DI	
		DISPLASIA SPONDILOEPIFISARIA TARDA	
		FAIRBANK MALATTIA DI	DISPLASIA EPIFISARIA MULTIPLA
		CONRADI-HUNERMANN SINDROME DI	
		DISCONDROSTEOSI	

		DISPLASIA DIASTROFICA E PSEUDODIASTROFICA	
		ENGELMANN MALATTIA DI	
		McCUNE-ALBRIGHT SINDROME DI	OSTEITE FIBROSA DISSEMINATA
RN0320	GASTROSCHISI		
RNG070	ITTIOSI CONGENITE	ITTIOSI CONGENITA	
		ITTIOSI HYSTRIX, CURTH-MACKLIN TYPE	
		ITTIOSI LAMELLARE RECESSIVA	ERITRODERMA ITTIOSIFORME CONGENITO NON BOLLOSO
		ITTIOSI TIPO HARLEQUIN	
		ITTIOSI X-LINKED	
		NETHERTON SINDROME DI	
RN0510	INCONTINENTIA PIGMENTI		
RN0570	EPIDERMOLISI BOLLOSA		
RN0660	DOWN SINDROME DI		
RN0670	CRI DU CHAT MALATTIA DEL		
RN0680	TURNER SINDROME DI		
RN0690	KLINEFELTER SINDROME DI		
RN0700	WOLF-HIRSCHHORN SINDROME DI		
RNG080	SINDROMI DA ANEUPLOIDIA CROMOSOMICA		
RNG090	SINDROMI DA DUPLICAZIONE/DEFICIENZA CROMOSOMICA		
RN0750	SCLEROSI TUBEROSA		FACOMATOSI
RN0820	BECKWITH-WIEDEMANN SINDROME DI		
RN0880	EEC SINDROME		ECTRODATTILIA - DISPLASIA ECTODERMICA - PALATOSCHISI
RN0910	GOLDENHAR SINDROME DI		
RN0940	KABUKI SINDROME DELLA MASCHERA		
RN0950	KARTAGENER SINDROME DI		
RN0990	MOEBIUS SINDROME DI		
RN1010	NOONAN SINDROME DI		

RN1020	OPITZ SINDROME DI		
RN1080	RUSSELL-SILVER SINDROME DI		
RN1150	SINDROME CARDIO-FACIO-CUTANEA		
RN1180	SINDROME TRICO-RINO-FALANGEA		
RN1200	SMITH-LEMLI-OPITZ, TIPO 1 SINDROME DI		
RN1210	SMITH-MAGENIS SINDROME DI		
RN1220	STICKLER SINDROME DI		
RN1250	VACTERL ASSOCIAZIONE		
RN1270	WILLIAMS SINDROME DI		
RN1300	ANGELMAN SINDROME DI		
RN1310	PRADER-WILLI SINDROME DI		
RN1320	MARFAN SINDROME DI		
RN1330	SINDROME DA X FRAGILE		
RN1410	CORNELIA DE LANGE SINDROME DI		
RN1530	LEOPARD SINDROME		
RN1620	RUBINSTEIN-TAYBI SINDROME DI		
RN1760	ZELLWEGER SINDROME DI		
15. ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (cod.ICD9-CM da 760 a 779) -RP			
RP0010	EMBRIOFETOPATIA RUBEOLICA		
RP0020	SINDROME FETALE DA ACIDO VALPROICO		
RP0030	SINDROME FETALE DA IDANTOINA		
RP0040	SINDROME ALCOLICA FETALE		
RP0070	FIBROSI EPATICA CONGENITA		

Tabella 2 - MODELLO ASSISTENZIALE PER MALATTIE RARE DI ETÀ PEDIATRICA CON COMPONENTE GENETICA, E/O MALFORMATIVA E/O METABOLICA

(in collaborazione con la Società Italiana Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità Congenite)

Pre-requisiti specifici, tipici, anche se non esclusivi, per l'implementazione del modello assistenziale per le malattie rare in età pediatrica ad alta "complessità" ::

- a. E' necessaria l'individuazione dei centri per la diagnosi, per la cura e per la gestione delle patologie di base e di quelle intercorrenti, che attualmente risulta difficile sia per le famiglie che per i clinici.
- b. E' urgente rendere visibili i "luoghi" per la presa in carico sia a livello dei centri di riferimento (che possono essere anche fuori della propria regione di residenza) sia a livello delle strutture esistenti sul territorio in grado di garantire l'appropriatezza assistenziale
- c. E' urgente diffondere informazioni sulle "buone pratiche" esistenti
- d. E' sempre indispensabile integrare le famiglie nel percorso assistenziale
- e. E' essenziale la trasmissione di informazioni e competenze alle famiglie e ai contesti di vita, per consentire la gestione quotidiana della disabilità complessa nel tempo
- f. E' indispensabile il **coordinamento** e l'**integrazione** tra servizi e professionalità distinte, per poter costruire una rete sanitaria e assistenziale innovativa e su misura
- g. E' fondamentale la collaborazione dei bambini e degli adolescenti per ottenere dati clinici attendibili
- h. E' prioritario riuscire ad effettuare analisi epidemiologiche approfondite, che consentano una più adeguata programmazione per il futuro

Il modello assistenziale proposto

Obiettivo generale

Promuovere per i bambini ed adolescenti con disabilità e/o malattie genetiche complesse un'assistenza multidisciplinare che persegua l'obiettivo di :

- promuovere la salute globale del bambino e della sua famiglia,
- porre le basi per una vita da adulto la più autonoma possibile e inserita in idonei ambienti di lavoro, compatibilmente con le problematiche biomediche presenti

e che sia

- basata su un piano assistenziale e riabilitativo chiaro e ben esplicitato,
- centrata sulla famiglia e condivisa con essa,
- integrata con le risorse territoriali,
- in grado di ridurre gli accessi in ospedale,
- gestita da due "patient manager" esplicitati: uno presso il centro di riferimento e l'altro sul territorio.

I principi di base

- Ogni bambino con una malattia genetica o una disabilità grave ha diritto ad un'assistenza socio-sanitaria globale e alla promozione della sua salute psico-fisica come tutti gli altri bambini, a prescindere dalla rarità della sua condizione patologica, con l'obiettivo finale di ottenere il maggior grado possibile di salute psico-fisica e di autonomia.
- La famiglia ha diritto a:
 - conoscere nei dettagli le caratteristiche della condizione patologica del proprio figlio e tutte le risorse che possono alleviarla,
 - ricevere un'assistenza speciale per superare i momenti di crisi personali,

- partecipare attivamente ed in modo sereno e consapevole a tutte le decisioni che riguardano il proprio figlio.

Le strutture

- Centri di riferimento per diagnosi e follow-up per le varie specifiche patologie
 - inseriti nelle reti assistenziali già esistenti ed individuate nelle singole regioni,
 - collegati in rete tra di loro, secondo un adattamento del modello “mozzo e raggi”, variabile, in funzione della patologia seguita in regime di eccellenza (assistenza-formazione-ricerca)
 - in ogni centro il professionista assume il ruolo di “patient manager”, responsabile della “salute globale” del bambino e della sua famiglia
- Centri per la gestione dei problemi trasversali a diverse patologie:
 - strutture specifiche pediatriche ospedaliere locali che hanno sviluppato le competenze necessarie per la gestione del follow up,
 - servizi territoriali di neuropsichiatria infantile o di riabilitazione dell’età evolutiva,
 - strutture iperspecialistiche per problemi particolari e rari (la grave scoliosi, la craniostenosi ecc)
- Pediatria di famiglia e medicina generale di base:
 - Assume il ruolo di “patient manager” a livello territoriale, responsabile anch’esso della salute globale del bambino e della sua famiglia
 - strettamente collegati con i centri riferimento ed i servizi specialistici per problemi trasversali tramite gli strumenti indicati nella sezione apposita
- Capitale sociale territoriale : associazioni di genitori, scuola, organizzazioni per il tempo libero

. Gli strumenti

- Piano assistenziale individuale per la promozione della salute e la riabilitazione, programmato in collaborazione tra centro e territorio secondo le migliori evidenze disponibili (es.: linee guida, protocolli assistenziali concordati)
- Libretto sanitario, possibilmente computerizzato
- Potenziamento degli ospedali di riferimento con adeguato personale e l’inserimento di competenze di psicologia e assistenza sociale, anche individuando specifici “Centri Assistenza per la Disabilità”
- Stretto contatto tra centro di riferimento e servizi specialistici territoriali realizzato dai due patient manager (del centro di riferimento e del territorio) utilizzando occasioni di incontro interpersonali e quando necessario i moderni strumenti telematici, nell’ambito delle attività previste dagli accordi nazionali sui bilanci di salute al cronico
- Corsi di aggiornamento, anche utilizzando moderni supporti telematici, o altre occasioni di formazione di tutti i professionisti coinvolti e dei volontari (genitori o no) più impegnati nelle associazioni di genitori
- Sviluppo della ricerca clinica per la valutazione delle varie strategie assistenziali utilizzando anche le metodologie offerte dalla ricerca qualitativa

Tabella 3 – MALATTIE RARE PER LE QUALI SONO DISPONIBILI RACCOMANDAZIONI PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO, DA VALIDARE IN REGIONE CAMPANIA

1. RACCOMANDAZIONI MESSE A PUNTO DALLA SOCIETA’ ITALIANA STUDIO MALATTIE METABOLICHE EREDITARIE (SISMME)

- MPS I
Raccomandazioni per follow-up

Raccomandazioni per terapia enzimatica sostitutiva (criteri di inclusione, criteri di esclusione, criteri di uscita)

- MPS II
Raccomandazioni per follow-up

Raccomandazioni per terapia enzimatica sostitutiva (criteri di inclusione, criteri di esclusione, criteri di uscita)

- MPS VI
Raccomandazioni per follow-up

Raccomandazioni per terapia enzimatica sostitutiva (criteri di inclusione, criteri di esclusione, criteri di uscita)

- Malattia di Niemann-Pick tipo C
Raccomandazioni per follow-up

2. RACCOMANDAZIONI PER LA DIAGNOSI, LA TERAPIA E IL FOLLOW-UP, MESSE A PUNTO DALLA SOCIETÀ ITALIANA MALATTIE GENETICHE PEDIATRICHE E DISABILITÀ CONGENITE (SIMGePeD) E PUBBLICATE SUL SITO "Ambulatorio.com"

Neurofibromatosi di tipo 1

Sindrome da difetto di Glicosilazione

Sindrome di Angelman

Sindrome di Costello

Sindrome di Crouzon

Sindrome di Ellis - Van Creveld

Malattia di Gaucher

Sindrome di Gorlin

Sindrome di Kabuki

Sindrome KBG

Sindrome di Klinefelter

Sindrome da microdelezione cromosomica 22q11.2 (del 22)

Sindrome di Noonan

Sindrome di Rett

Sindrome di Silver-Russel

TITOLO DEL PROGETTO:

“REALIZZAZIONE DI UNA RETE REGIONALE AFFERENTE ALLE UNITÀ SPINALI, PER L’ASSISTENZA AL PAZIENTE MIELOLESO E CEREBROLESO”

Linea progettuale 4 –Referente: Regione Campania

Fase 2

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 all’interno di presidi ospedalieri con caratteristiche di DEA di II 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 soddisfi 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.

Obiettivi

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 p.l., e l'altra presso AORN Moscati di Avellino con 10 p.l., in corso di realizzazione mediante l'utilizzo delle risorse disponibili per l'edilizia sanitaria.

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.

DURATA DEL PROGETTO: Triennale

Obiettivi

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

- A)** Definizione, 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 3.000.000,00 €.

Indicatori che consentono di misurare la validità dell'intervento proposto

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

TITOLO DEL PROGETTO:

“PROGETTO REGIONALE PER LO SVILUPPO DI STRUMENTI UTILI AL GOVERNO CLINICO E ALLA GESTIONE DEL RISCHIO”

Linea progettuale 5

FASE 2

Referente. Regione Campania

In questi ultimi anni, a partire dal D.lgs 229/99, la pianificazione e la programmazione nazionale e delle varie regioni, dopo una prima fase di contenimento dei costi caratterizzata da azioni sugli assetti gestionali e organizzativi con l'intento di recuperare margini di efficienza operativa, hanno posto grande interesse su aspetti riguardanti l'efficacia clinica delle prestazioni e l'appropriatezza delle stesse, in un'ottica di costante sviluppo della qualità e della sicurezza dell'assistenza. Ciò ha determinato lo sviluppo di una costante attenzione a come vengono realmente assistiti i pazienti, indicata nel mondo anglosassone come “clinical governance”, da noi traducibile come “governo clinico”.

Sinteticamente, il governo clinico ha un obiettivo essenziale: muovere le azioni del sistema dei servizi al fine di rendere le prestazioni appropriate, accessibili, rilevanti per il cittadino/utente, ottenute con il miglior rapporto costo-efficacia.

Si possono così, in maniera schematica, distinguere due punti essenziali per qualunque valutazione sulla qualità delle cure: il momento dell'accesso alla prestazione ed il momento in cui si ha l'esito della prestazione stessa. Non c'è buon governo clinico, infatti, se i cittadini/utenti vivono discriminazioni sulle prestazioni (in termini di accesso o di appropriatezza) oppure se gli esiti delle stesse sono negativi per la salute dei singoli (non sono dunque rilevanti).

Nell'ambito dei temi riconducibili al governo clinico si è sviluppata nel tempo una particolare attenzione alla gestione del rischio, attraverso l'implementazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico del rischio, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori con conseguente miglioramento qualitativo complessivo sia della sicurezza che dell'appropriatezza assistenziale.

Obiettivi

Il sistema sanitario campano ha quindi registrato un crescente bisogno di sicurezza ed un sempre maggiore interesse per i temi della qualità ed appropriatezza delle prestazioni.

Il presente progetto, lungi dall'esaurire le innumerevoli tematiche che compongono la materia della qualità dell'assistenza, intende sistematizzare l'esistente e fornire alla Regione stessa e alle Aziende Sanitarie alcuni strumenti utili per la valutazione, oltre che delle fasi di accesso alle prestazioni, oggetto tra l'altro di una specifica attività progettuale sulle liste di attesa, dell'efficacia delle stesse e della gestione del rischio. Tali strumenti intendono fornire un supporto a commissioni regionali professionali per il governo clinico e per la gestione del rischio, alcune già operanti e altre che dovranno essere istituite e formalizzate nel tempo.

Progetto Regionale per la Valutazione degli Esiti delle Prestazioni Ospedaliere

Le metodologie di Valutazione osservazionale degli Esiti dei trattamenti sanitari hanno raggiunto un sufficiente grado di maturità scientifica e di applicabilità operativa per consentire una loro sistematica introduzione nel SSN attraverso la organizzazione di un organico Programma di Valutazione degli Esiti.

Un Programma per la Valutazione osservazionale degli Esiti dei trattamenti sanitari deve avere le funzioni di:

- valutazione di efficacia operativa (effectiveness) delle tecnologie sanitarie introdotte nel SSN sulla base delle prove scientifiche di efficacia (efficacy) da studi randomizzati controllati;
- valutazione di efficacia di tecnologie sanitarie introdotte nel SSN in assenza di valide prove scientifiche sperimentali di efficacia (vedi art.1 comma 8 DL 229/99) ;
- identificazione, soprattutto ai fini dell'accreditamento, dei fattori di produzione ed organizzativi che modificano l'efficacia dei trattamenti, con particolare riferimento ai volumi di attività delle strutture sanitarie;
- valutazione, anche con il confronto tra soggetti erogatori e aree, della equità nell'accesso alle prestazioni e nell'efficacia delle cure, con particolare riferimento alle condizioni socioeconomiche ed al genere;
- confronto tra soggetti erogatori.

A tale fine è necessario mettere a punto ed aggiornare costantemente nel tempo database clinici, metodologie di risk adjustment, indicatori di performance, utili a fini valutativi e già metodologicamente sviluppati nell'ambito del progetto Mattoni "Valutazione dell'outcome". Tale attività è da considerarsi ad elevata competenza scientifica e dovrà esplicitamente prevedere procedure e modalità di regolazione dei conflitti di interesse.

Tutte le informazioni derivate dalle attività di valutazione dell'accesso alle cure e degli esiti dovranno essere normalmente disponibili per i livelli regionali e locali di governo e gestione del SSN, per i professionisti, ed in particolare per i MMG. La eventuale disponibilità diretta generale per i cittadini di queste informazioni dovrà essere condizionata ad efficaci programmi strutturati di comunicazione che ne garantiscano l'efficacia, massimizzando gli effetti positivi e minimizzando i possibili effetti negativi, soprattutto per quanto riguarda l'equità.

I database clinici potranno essere costituiti a partire da un rafforzamento delle attività epidemiologiche e valutative dei Registri di Patologia già istituiti o di cui è prevista l'istituzione e dei 2 Registri Tumori di Popolazione già esistenti; dal rafforzamento delle attività del Registro Regionale delle Cause di Morte istituito presso l'OER Campania; dal potenziamento delle capacità informatiche e di analisi statistica al fine di favorire il cd. linkage tra le sunnominate banche dati al fine di cominciare, come già avviene in molte Regioni, attività di valutazione sugli Esiti delle Cure principalmente mirate alle patologie cronico degenerative ed, in particolare, dell'Apparato Cardiovascolare e Neoplastiche per la particolare rilevanza che assumono nella ns. Regione in termini di incidenza, di prevalenza e di sopravvivenza.

Al fine di dare attuazione a quanto su descritto si propone di istituire un **Progetto Regionale per la Valutazione degli Esiti delle Prestazioni Ospedaliere** che possa efficacemente supportare sia le attività relative ai processi di Accreditamento delle Strutture erogatrici che Professionali sia ogni processo in essere di miglioramento della qualità delle prestazioni con particolare riferimento alla gestione del Rischio Clinico. Le modalità operative attraverso cui dare attuazione al progetto dovranno prevedere l'istituzione di almeno 2 gruppi di lavoro, uno composto da qualificati e riconosciuti Esperti nelle Specialità di riferimento per affrontare e programmare le attività da intraprendere al fine di analizzare le problematiche evidenziate, l'altro composto da qualificati Tecnici Esperti in epidemiologia valutativa, statistica, informatica ecc. al fine

di pianificare e mettere in essere le indicazioni e gli obiettivi valutativi che scaturiranno dal precedente Gruppo di Lavoro

Progetto Regionale di Gestione del Rischio

La Giunta Regionale della Campania, recependo le indicazioni del Ministero della Salute sul tema della gestione del rischio, ha approvato, con la Deliberazione n.1688/2005 "Implementazione e sviluppo nelle Aziende Sanitarie di strumenti per la gestione del rischio clinico", il documento tecnico che fornisce indicazioni programmatiche per l'avvio nelle Aziende Sanitarie di apposite metodologie, sistemi e strumenti finalizzati alla gestione del Rischio clinico, fatta salva l'autonomia delle aziende sanitarie nella costruzione del proprio sistema di gestione del rischio. La finalità principale è quella di ridurre il fenomeno dell'errore in medicina e, più in generale, di migliorare la qualità e la sicurezza assistenziale che, come noto, rappresentano obiettivi irrinunciabili del S.S.R. A tal proposito le Aziende Sanitarie si sono dotate di una struttura interna Coordinatore/referente/Team aziendale per la gestione del R.C.

Inoltre l'Assessorato alla Sanità, con Decreto Presidenziale n. 565/2006, ha istituito il Comitato Regionale di Coordinamento per la gestione del Rischio clinico con il compito, tra l'altro, di realizzare un Piano Operativo, monitorando gli interventi realizzati presso le Aziende Sanitarie.

Infine, per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, la Regione Campania – Settore Assistenza Ospedaliera ha avviato diverse iniziative (attivazione sperimentale presso alcune Aziende Sanitarie di strumenti come Consenso Informato e Percorsi Diagnostico Terapeutici avviati dalla propria Agenzia sanitaria -ARSAN) e ha aderito a un progetto ministeriale di Gemellaggio con l'Emilia Romagna. In conseguenza ai positivi riscontri emersi da tale progetto la Regione Campania, accanto all'adozione, alla standardizzazione e alla diffusione di metodi e strumenti per la gestione del rischio clinico quali la Root Cause Analysis (RCA), la Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), la Failure Mode Effects and Criticality Analysis (FMECA) ha attivato un sistema informativo, definendo uno specifico minimum data set, utile per il monitoraggio degli eventi sentinella e dell'incident reporting, che risponde all'esigenza di rispondere al debito informativo regionale nei confronti del Ministero della Salute sugli eventi sentinella.

Sempre nell'ambito dei temi inerenti la gestione del rischio si è sviluppato inoltre presso il Settore Assistenza Ospedaliera un programma per la sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere che ha prodotto le Deliberazioni N. 1715/2007 - Approvazione del Piano Regionale di Prevenzione e Controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e N. 2311/2007 - Attività Formative rivolte alle figure professionali addette all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria in tema di Prevenzione e controllo del rischio infettivo in attuazione DGRC 1715/2007.

Il **Progetto Regionale di Gestione del Rischio** si propone, a partire dalle esperienze realizzate presso il Settore Assistenza Ospedaliera, di sviluppare ulteriormente l'operatività delle Aziende Sanitarie sui temi della gestione del rischio, e in particolare:

- la creazione di un sistema di rilevazione della sinistrosità;
- la diffusione di raccomandazioni per minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi;
- lo sviluppo di un modello di reportistica aziendale;
- la promozione di programmi aziendali di formazione specifica, con particolare riferimento a temi di Evidence Based Medicine (EBM);

- lo sviluppo di attività aziendali di protocolli diagnostico-terapeutici a partire da documentazione su pratiche di dimostrata efficacia;
- la disponibilità diffusa di strumenti di documentazione scientifica.

A tale scopo verranno costituiti gruppi regionali tematici composti da referenti aziendali.

DURATA DEL PROGETTO: Triennale

Obiettivi

1. Mettere a punto strumenti per la valutazione degli esiti delle prestazioni ospedaliere per il governo clinico mediante:

- A. Predisposizione, sotto il coordinamento del Settore Assistenza Ospedaliera, di database clinici regionali (interventi di cardiocirurgia, aritmologia interventistica, angioplastiche coronariche, protesi d'anca, parti cesarei, assistenza intensiva ecc), a partire dalle attività epidemiologiche e valutative dei Registri di Patologia già istituiti o di cui è prevista l'istituzione e dei 2 Registri Tumori di Popolazione già esistenti; dal rafforzamento delle attività del Registro Regionale delle Cause di Morte istituito presso l'OER Campania; dal potenziamento delle capacità informatiche e di analisi statistica al fine di favorire il cd. linkage tra le sunnominate banche dati;
- B. Predisposizione di strumenti per la comunicazione di tutte le informazioni derivate dalle attività di valutazione degli esiti per i livelli regionali e locali di governo e gestione del SSN, per i professionisti, ed in particolare per i MMG. Sarà inoltre valutata la fattibilità di un programma di comunicazione per i cittadini di queste informazioni
- C. Predisposizione di programmi di formazione /aggiornamento dedicati a temi sulla metodologia di definizione delle evidenze scientifiche e sulla utilizzazione dei risultati delle revisioni sistematiche. Tali iniziative saranno rivolte al personale medico-infermieristico.

2. Mettere a punto strumenti per la gestione del rischio clinico mediante:

- A. Creazione di un sistema regionale di rilevazione della sinistrosità aziendale;
- B. Iniziative per la diffusione di raccomandazioni per minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi;
- C. Sviluppo di un modello di reportistica aziendale;
- D. Promozione di programmi aziendali di formazione specifica, con particolare riferimento a temi di Evidence Based Medicine (EBM);
- E. Sviluppo di attività aziendali di protocolli diagnostico-terapeutici a partire da documentazione su pratiche di dimostrata efficacia;
- F. Implementazione delle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere;
- G. Disponibilità diffusa di strumenti di documentazione scientifica.
- H.

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, il miglioramento dei data base esistenti finalizzati al record linkage, la diffusione generalizzata di strumenti di documentazione scientifica, il rafforzamento dei team aziendali del rischio clinico e dei Comitati per le Infezioni Ospedaliere. Essi ammontano a 10.000.000,00 €.

Indicatori che consentono di misurare la validità dell'intervento proposto

- Realizzazione di almeno un database clinico.
- Realizzazione corsi programmati.

Prosecuzione Progetto SANI.A.R.P. Campania on-line Fase 2

Linea progettuale 5

Referente: Regione Campania

Il “Progetto SANI.A.R.P. Campania on-line. Fase 2” rappresenta il naturale complemento del “Progetto SANI.A.R.P. Campania on-line”, inteso quale Fase 1 e finanziato con i fondi relativi al 2007. Difatti, mentre la Fase 1 ha come obiettivo l’invio in rete intranet delle prescrizioni farmaceutiche erogate a carico del S.S.R, con la Fase 2, rappresentata dal presente Progetto, si intende raggiungere l’obiettivo di “mettere in rete” tutti gli erogatori di prestazione sanitaria con ricetta a carico del S.S.R. e con il contestuale trasferimento in Banca dati di ogni tipologia di prestazione.

E’ di immediata evidenza che tale impostazione consente, tra l’altro, la possibilità di utilizzazione di vari strumenti dinamici che, incrociando molteplici dimensioni, ad esempio il medico, l’assistito, l’erogatore di beni (farmaci, protesi ecc.) o di servizi sanitari diagnostici, riabilitativi ecc., permette di interrogare e di elaborare in dettaglio le varie prescrizioni per poter valutare una sempre più approfondita “appropriatezza prestazionale” (si rammenta, in tal senso, che l’acronimo SANI.A.R.P. vuole indicare la prospettiva di una SANItà a centralità dell’Assistito e della Risposta Prescrittiva).

Puntando ad una costante verifica e ad un continuo miglioramento della qualità in ogni livello della struttura organizzativa e monitorando sistematicamente il livello di appropriatezza prestazionale, si tende sempre più ad una razionalizzazione a centralità del paziente più che ad un razionamento a centralità del conto economico, nella consapevolezza che la domanda crescente dei bisogni sanitari, sempre più stretta tra esiguità delle risorse e costi crescenti delle prestazioni e dei beni sanitari, può trovare risposta nella “liberazione” di risorse impropriamente allocate.

Come già sottolineato nella presentazione della prima fase del Progetto SANI.A.R.P. Campania on-line, l’analisi di una variabile multideterminata come la spesa sanitaria in una prospettiva “a centralità del paziente”, prima che essere una scelta di natura culturale e/o ideologica, rappresenta una fondamentale impostazione metodologica in una visione di sociologia sanitaria. Grazie a tale approccio, infatti, è possibile coniugare le due dimensioni micro - macro in una visione sistemica dell’assistenza sanitaria:

- la dimensione micro, che permette di non disperdere i soggettivi ed individuali percorsi terapeutici recuperabili e leggibili attraverso le specifiche “storie cliniche” ;
- la dimensione macro, che permette di leggere le “storie cliniche aggregate” riferite ad una specifica popolazione per ogni tipologia di analisi, in particolare per quelle di natura di natura epidemiologica.

In tale quadro di riferimento concettuale riveste particolare e strategica rilevanza, all'interno della quinta Linea Progettuale relativa al Governo Clinico e, conseguentemente, nella cornice delineata dal Progetto SANI.A.R.P., la costituzione delle strutture Regionali e territoriali dei Dipartimenti con funzioni di Governo Clinico, tendenti al raggiungimento degli obiettivi sanciti nell'Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2007 e confermati dall'Accordo in data 25 febbraio u.s.

COSTI CONNESSI

Per la strutturazione del network prestazionale regionale Euro 8.000.000,00

Per le attività di Formazione degli operatori “ 2.000.000,00

Un diverso approccio culturale alle tematiche

sanitarie come quello rappresentato dall'HTA deve necessariamente partire da due paralleli e contestuali momenti:

- 1) la strutturazione di una banca dati, grazie all'acquisizione continuativa e sistematica di ogni informazione di spesa sanitaria, ai fini di una dinamica valutativa delle prestazioni erogate;
- 2) iniziative di formazione e informazione, fondamentali per la crescita culturale su tali problematiche, rivolta a tutti gli operatori sanitari e a quanti in ambito dell'Amministrazione Regionale operino in Sanità.

Strutturare su tutto il territorio regionale un sistema di monitoraggio efficace, centrale e completo permette di raggiungere i seguenti obiettivi:

- **A livello aziendale:** fornire uno strumento per l'analisi, nella propria realtà, delle prestazioni offerte ed il conseguenziale confronto con realtà analoghe al fine di promuovere l'appropriatezza.
-
- **A livello regionale:** conoscere tempestivamente le dinamiche dei consumi sanitari per il governo della spesa ai fini della programmazione delle politiche sanitarie centrate sempre più alla verifica ed al perseguimento dell'appropriatezza.
-

Il progetto in Campania le Unità Operative o UHTAC

Le Unità operative delle aziende sanitarie UHTAC (Unità Health Technology Assessment Campania) campane, con un flusso strutturato come in precedenza descritto, saranno le Unità che in Campania si occuperanno di HTA e costituiranno una rete regionale che avrà come strumento operativo generatore dei flussi quello già sperimentato in Regione Campania dal Settore Farmaceutico - Area Assistenza Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità e che potenzialmente origina una informazione completa di prestazione sanitaria: il flusso originato dal progetto SANIARP Campania on - line, elaborato dal Settore con la A.S.L. CE1.

-

A livello internazionale l'HTA appare sempre più centrale nel governo dei sistemi sanitari dei paesi avanzati: il suo approccio multidisciplinare sostiene decisioni delicate di allocazione delle risorse governando i processi di innovazione tecnologica ed organizzativa nei sistemi sanitari. L'approccio dell'HTA rappresenta lo strumento attraverso il quale si disciplina, in una forma moderna ed efficace, il rapporto tra produzione delle evidenze scientifiche e decisione politica conseguente.

Un diverso approccio culturale alle tematiche

sanitarie come quello rappresentato dall'HTA deve necessariamente partire da due paralleli e contestuali momenti:

- 1) la strutturazione di una banca dati, grazie all'acquisizione continuativa e sistematica di ogni informazione di spesa sanitaria, ai fini di una dinamica valutativa delle prestazioni erogate;
- 2) iniziative di formazione e informazione, fondamentali per la crescita culturale su tali problematiche, rivolta a tutti gli operatori sanitari e a quanti in ambito dell'Amministrazione Regionale operino in Sanità.

Strutturare su tutto il territorio regionale un sistema di monitoraggio efficace, centrale e completo

permette di raggiungere i seguenti obiettivi:

- **A livello aziendale:** fornire uno strumento per l'analisi, nella propria realtà, delle prestazioni offerte ed il conseguenziale confronto con realtà analoghe al fine di promuovere l'appropriatezza.

-

- **A livello regionale:** conoscere tempestivamente le dinamiche dei consumi sanitari per il governo della spesa ai fini della programmazione delle politiche sanitarie centrate sempre più alla verifica ed al perseguimento dell'appropriatezza.

-

Il progetto in Campania le Unità Operative o UHTAC

Le Unità operative delle aziende sanitarie UHTAC (Unità Health Technology Assessment Campania) campane, con un flusso strutturato come in precedenza descritto, saranno le Unità che in Campania si occuperanno di HTA e costituiranno una rete regionale che avrà come strumento operativo generatore dei flussi quello già sperimentato in Regione Campania dal Settore Farmaceutico - Area Assistenza Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità e che potenzialmente origina una informazione completa di prestazione sanitaria: il flusso originato dal progetto SANIARP Campania on - line, elaborato dal Settore con la A.S.L. CE1.

L'analisi di una variabile multideterminata come la spesa sanitaria in una prospettiva "a centralità del paziente", prima che essere una scelta di natura culturale e/o ideologica, rappresenta una fondamentale impostazione metodologica in una visione di sociologia sanitaria. Grazie a tale approccio, infatti, è possibile coniugare le due dimensioni micro - macro in una visione sistemica dell'assistenza sanitaria:

- la dimensione micro, che permette di non disperdere i soggettivi ed individuali percorsi terapeutici recuperabili e leggibili attraverso le specifiche "storie cliniche" ;

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE CAMPANIA - N. 46 DEL 17 NOVEMBRE 2008

- la dimensione macro, che permette di leggere le "storie cliniche aggregate" riferite ad una specifica popolazione per ogni tipologia di analisi, in particolare per quelle di natura di natura epidemiologica.

-

A livello internazionale l'HTA appare sempre più centrale nel governo dei sistemi sanitari dei paesi avanzati: il suo approccio multidisciplinare sostiene decisioni delicate di allocazione delle risorse governando i processi di innovazione tecnologica ed organizzativa nei sistemi sanitari. L'approccio dell'HTA rappresenta lo strumento attraverso il quale si disciplina, in una forma moderna ed efficace, il rapporto tra produzione delle evidenze scientifiche e decisione politica conseguente.

REGIONE CAMPANIA

TITOLO DEL PROGETTO:

PIANO REGIONALE CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER IL BIENNIO 2007/2008

Linea progettuale: Liste d'attesa

FASE 2

REFERENTE: dott. Antonio Gambacorta

A.G.C. Assistenza Sanitaria

Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria

Centro Direzionale, Isola C/3

NAPOLI

Tel. 0817969426

e.mail: a.gambacorta@regione.campania.it

Durata del progetto: annuale

Sintesi dei contenuti del progetto

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Regione Campania con il presente Progetto, in coerenza con le indicazioni contenute nel PRCTA approvato con DGRC n. 170 del 10-02-2007, oltre ad assicurare la coerenza e l'attuazione del Piano Nazionale di contenimento delle liste di Attesa, ha inteso affidare un ruolo rilevante e decisivo alle Aziende Sanitarie in quanto destinatarie della concreta attuazione delle indicazioni e dei criteri stabiliti, mediante la scelta delle strategie più idonee a garantire la riduzione, nel proprio specifico contesto locale, delle liste e dei tempi di attesa.

GOVERNO DELLA DOMANDA E CRITERI DI PRIORITA'

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

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

ANALISI DEL CONTESTO

La Regione Campania, con la DGRC 170/2007 ha adottato il proprio Piano Regionale per il Contenimento delle Liste d'Attesa per il triennio 2006/2008, in attuazione di quanto previsto nell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006.

Già in precedenza la Regione Campania, con una serie di atti che costituiscono parte integrante del PRCTA¹ aveva già adottato molte delle linee operative previste dal Piano, per cui la DGRC 170/2007 ha costituito l'atto di completamento e razionalizzazione della strategia regionale per il pieno raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale.

In tale ottica si pone l'obiettivo strategico del presente progetto, che focalizza l'attenzione su due aspetti essenziali, quali la **comunicazione e l'informazione ai cittadini** e la **messa a regime del sistema CUP**.

Il presente progetto prevede, per la piena attuazione del Piano Regionale ed in prosecuzione di quanto già stabilito con il progetto approvato con DGRC n. 1370 del 28.08.2008 la realizzazione ed il completamento delle linee di azione integrate tra Regione ed Aziende che si articolano come segue:

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

Realizzazione dei Piani di comunicazione aziendale

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

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

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

¹ **Normativa Regionale**

- **D.G.R. n. 1018 del 02.03.2001**, con la quale viene regolamentata una corretta prescrizione farmaceutica e le contestazioni nelle attività di controllo sui prescrittori (Legge 425/96);

- **D.G.R. n. 3513 del 20.07.01**, con la quale la Regione Campania, in applicazione dell'articolo 3 del D.Lgs n. 124/98, ha adottato provvedimenti urgenti per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e il contenimento della spesa sanitaria;

- **D.G.R. n. 4061 del 07.09.2001**, con la quale la Regione Campania ha emanato una prima direttiva sulla disciplina delle liste di attesa. Tale delibera, infatti, oltre alla rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale, ha definito i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa sia per le prestazioni in costanza di ricovero che ambulatoriale, nonché regolamentato l'attività libero professionale, la comunicazione, l'informazione e il monitoraggio;

- **D.G.R. n. 1082 del 15.03.2002**, con la quale vengono dettate disposizioni attuative del DPCM 29.11.2001 concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

- **del D.G.R. n. 2079 del 13.06.2003**, con la quale sono stati adottati provvedimenti concernenti la legge 405 del 16.11.2001;

- **D.G.R.C. n. 3142/03**, con la quale la Regione ha approvato "Il Piano per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla gestione di servizi sanitari", con specifico riferimento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale. Con tale progetto, che è in fase di attuazione, le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto un protocollo di intesa con il quale hanno dichiarato la propria disponibilità ad adeguare i CUP aziendali alle indicazioni contenute nei documenti tecnici.

- **Circolare n. 1 del 19/07/2005 "Liste di Attesa"** con cui vengono suggeriti criteri e modalità per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria;

- **Nota circolare assessorile prot. n. 216050 del 28.03.06**, che in attuazione della D.G.R.C. n. 512 del 15.04.05, l'A.G.C. Piano Sanitario Regionale ha fornito alle ASL delle regole relativamente alla corretta modalità di compilazione della variabile "data di prenotazione da compilare sulle SDO.

- **Legge n. 1 del 02/03/06** recante "Disposizioni per l'effettivo esercizio del diritto alla salute", nella quale sono state previste ulteriori interventi per ridurre ed eliminare progressivamente i tempi e le liste di attesa.

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

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

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

- la scelta della classe di priorità effettuata e la possibilità, limitatamente ai ricoveri, che essa possa essere modificata in fase di accettazione;
- per quali prestazioni è obbligatoria la prenotazione;
- per quali prestazioni è obbligatoria la prescrizione;
- le modalità di accesso alla prenotazione nel rispetto della libera scelta dell'utente (istituzionale, libero-professionale) e caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- tempi massimi garantiti a seconda della classe di priorità e del tipo di prestazione.

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

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

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

- 1) la libertà di scelta, per le prenotazioni in regime istituzionale, della:
 - Data di prenotazione tra un insieme di date disponibili offerte dal sistema di prenotazione per quella specifica prestazione;
 - Ambito territoriale/ Struttura erogatrice tra quelle disponibili per la prestazione richiesta;
- 2) dove si trova l'elenco aggiornato degli ambiti territoriali con le relative strutture erogatrici che sono obbligate ad assicurare il rispetto del tempo massimo e per quali prestazioni (es. siti web, farmacie, ambulatori, URP etc.);
- 3) il tempo massimo (espresso in giorni) stabilito dall'azienda/regione relativo alla prestazione richiesta ed alla classe di priorità;
- 4) la possibilità di modificare o annullare la prenotazione;
- 5) le modalità disponibili per richiedere la modifica o l'annullamento della prenotazione (es. mediante telefono, sportelli CUP, ambulatorio del medico, farmacia etc.);
- 6) l'obbligo dell'assistito di comunicare l'annullamento della prenotazione utilizzando una delle modalità del punto 6;
- 7) la precisazione che la data di prenotazione è la data prevista per l'erogazione della prestazione e non la data effettiva dell'erogazione della prestazione. Qualora la data di prenotazione non coincida con la data effettiva di erogazione, quest'ultima dovrà essere comunicata tempestivamente all'assistito;
- 8) In caso di superamento del tempo massimo l'assistito dovrà essere informato:
 - sulle motivazioni che hanno determinato il superamento del tempo massimo;
 - che gli è garantita comunque la prestazione senza ulteriori oneri economici;
 - chi è il responsabile del procedimento (nominativo e telefono);
- 9) Informativa sulla privacy e sul rilascio del consenso per il trattamento dati mediante CUP.

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

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

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

URP e altri sportelli informativi

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

Carta dei Servizi

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

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

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

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

La Carta dei servizi, pertanto, deve indicare:

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

- luoghi, giorni e orari di prenotazione presso ciascuna struttura erogatrice.

Internet e portali web

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

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

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

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

Nella DGRC 170/07 è stato predisposto l'elenco delle informazioni articolate in due parti, la prima inerente il portale regionale, e la seconda contenente le voci relative ai portali delle Aziende Sanitarie. Per ogni informazione è stato riportato un giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelle considerate essenziali e quelle ritenute potenzialmente utili.

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

AZIONE 2: MESSA A REGIME DEL SISTEMA CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP)

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

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

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

Il Progetto regionale

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

interoperabili che consentono, secondo standard aperti non proprietari, la cooperazione e l'interscambio tra sistemi informativi di diversi Enti.

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

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

E' stata completata ed è in fase di collaudo l'infrastruttura tecnologica ed applicativa del nodo regionale centrale (sempre facente parte del Progetto in parola) il cui ruolo è quello di garantire l'integrazione, la cooperazione e l'interscambio in modo efficace ed efficiente dei Sistemi CUP delle diverse Aziende e che consentirà la prenotazione delle prestazioni anche attraverso un CUP Unico Regionale.

Con il citato modello i Cup delle Aziende continueranno ad avere, giustamente, la diretta responsabilità sui dati e sui servizi erogati.

Inoltre, il sistema consentirà alle AA.SS.LL. ed alle AA.OO. della Regione di operare in maniera federata, consentendo agli utenti di ogni Ente, nel rispetto dei propri ruoli, di fruire dei servizi applicativi messi a disposizione dai sistemi informativi di tutte le strutture della Regione. Ciò implica che il sistema è già predisposto per essere utilizzato da qualsiasi attore che entri a far parte della federazione e quindi nell'arco del tempo, anche in base al risultato di eventuali tavoli di concertazione, potranno sottoscrivere al CUP Unico Regionale anche i MMG/PLS e le farmacie.

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

Per assicurare che il Centro Unico Regionale di Prenotazione consegua l'obiettivo di "riduzione delle liste di attesa" è in fase di attuazione un sistema di governance centralizzato.

Un primo dispositivo del sistema di governance è l'Accordo di Gestione che rappresenta una intesa tra la Regione Campania e le 13 Aziende Sanitarie Locali, le 8 Aziende Ospedaliere, le 2 Aziende Ospedaliere Universitarie e l'Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico operanti nel territorio della Regione Campania, finalizzato a regolamentare i rapporti e le norme di comportamento nella gestione del Centro Unico Regionale di Prenotazione.

Un secondo dispositivo è rappresentato da una struttura unica di coordinamento e di collaborazione tra i diversi soggetti coinvolti attraverso uno stabile organismo di confronto, coordinamento e collaborazione denominato "Cabina di Regia del Cup Regionale" (CRCR).

A supporto di tale struttura, si dovranno progettare e realizzare degli strumenti automatici di analisi dei dati che permetteranno di analizzare le interazioni ed il contesto per costruire modelli e strumenti di supporto alle decisioni. Ad esempio, rilevazione delle liste di attesa per Ambiti Territoriali, risoluzione delle problematiche legate alle "prenotazioni multiple" ed altre.

MONITORAGGIO DELLE AZIONI INDIVIDUATE

Al fine di rilevare, analizzare e valutare puntualmente l'efficacia delle azioni poste in essere, le Aziende sanitarie, unitamente ai rappresentanti della Medicina Generale, della Medicina Specialistica ambulatoriale ed ospedaliera e delle associazioni dei consumatori e degli utenti saranno direttamente coinvolte nelle attività di monitoraggio già previste dalla DGRC 170/07 (Monitoraggio di Sistema e Monitoraggio delle Liste di Attesa).

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

RISULTATI ATTESI

La realizzazione del progetto consente il conseguimento dei seguenti risultati:

- ✓ maggiore trasparenza ed efficacia del sistema sanitario tramite il corretto utilizzo delle modalità di comunicazione in relazione al destinatario (cittadino, associazioni di utenti, medici di MG, PLS, specialisti, altri operatori sanitari) e la completezza delle informazioni sulla tematica dei tempi di attesa e del relativo sistema di governo;
- ✓ miglioramento dell'accessibilità al sistema dell'offerta, in termini di facilità di prenotazione, orari, rispetto dei tempi, dislocazione delle strutture erogatrici;
- ✓ riconoscimento e effettivo esercizio da parte dei cittadini/utenti del diritto a ricevere una informazione generale, costante, attendibile ed aggiornata del sistema di offerta nonché delle azioni di miglioramento della qualità che, ad ogni livello, vengono intraprese.
- ✓ integrazione, cooperazione ed interscambio efficace ed efficiente dei Sistemi CUP delle diverse Aziende tale da consentire la prenotazione delle prestazioni anche attraverso un CUP Unico Regionale.
- ✓ messa in rete delle strutture erogatrici delle prestazioni con possibilità di utilizzo del sistema da parte di altri attori che entrino a far parte della federazione (MMG/PLS e le farmacie).
- ✓ attivazione di modelli e strumenti di supporto alle decisioni per monitorare le liste di attesa in seguito all'attivazione del Centro Unico di Prenotazione Regionale.

INDICATORI DI RISULTATO

Anno 2009

n. di piani di comunicazione aziendale predisposti: 100%

URP attivati: 100%

Carte dei Servizi aggiornate: 100%

portali web aggiornati: 100%

n. di CUP aziendali federati al Centro Unico di Prenotazione Regionale con relativo offering esposto: 100%

n. di modelli di supporto alle decisioni attivati per il CUP Regionale: 80%

PIANO ECONOMICO FINANZIARIO - Linea progettuale : Tempi di attesa

Risorse vincolate per il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa, a valere sui fondi di cui all'art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/1996 – ANNO 2008

Risorse assegnate: €14.921.202 di cui: €4.973.734 per la prosecuzione delle attività di messa in rete sia a livello locale che regionale delle strutture di erogazione delle prestazioni e di tutto quanto previsto per il completamento dell'Azione 2 del progetto.

La restante somma sarà utilizzata per la prosecuzione delle azioni già intraprese di comunicazione e di informazione e per la realizzazione di un progetto di formazione dedicato agli operatori dei CCUUPP, del Centro Unico di Prenotazione Regionale, dei front-office delle Aziende e per i componenti dei già costituiti Nuclei Operativi di Controllo Aziendali per l'Appropriatezza prescrittiva di cui alla DGRC n. 1935 del 9 novembre 2007.

PROGETTO

La prevenzione e terapia delle MST/HIV negli immigrati stranieri

FASE 2

Referente : Regione Campania

Strutture partecipanti:

Assessorato Regionale alla Sanità

Cerifarc

ASL CE

ASL SA

Ospedale Cotugno , Centro di Riferimento Regionale per le malattie infettive

**Centro di Riferimento Regionale per le malattie Infettive ed AIDS in Ostetricia e
Ginecologia. Università Federico II Napoli**

BACKGROUND

Il fenomeno immigratorio in Italia è ormai da considerarsi di tipo strutturale come negli altri stati dell' UE. Sulla base dei dati ISTAT , dei Ministeri dell'Interno e Politiche sociali , dell'INAIL e della Caritas si ritiene che a tutto il 2007 siano presenti circa 4 milioni di stranieri e che nella Regione Campania la maggiore concentrazione geografica , dopo Napoli , riguarda la provincia di Caserta ed a seguire quella di Salerno. Pertanto facendo seguito ad un precedente progetto , approvato ed in corso di realizzazione relativamente a Napoli e provincia , proponiamo l'estensione dello studio anche nei territori di Caserta e Salerno. Nei confronti della popolazione immigrata , nel rispetto dei suggerimenti internazionali dell'OMS , l'Italia e la Regione Campania hanno inteso agire in ambito sanitario con una serie di programmi che garantiscono equità di trattamento e accesso a tutti i trattamenti sanitari necessari. La Regione Campania intende proporre azioni specifiche , altamente qualificate , potenziando le strutture per la prevenzione , diagnosi e terapia delle patologie infettive sessualmente trasmesse.

Le malattie infettive rappresentano , statisticamente , una percentuale oscillante tra il 5-10% del totale .Tuttavia occorre tener conto che la popolazione degli immigrati è altamente eterogenea per etnia , cultura , religione e tradizioni oltre che per patologie.

L'analisi epidemiologica di queste popolazioni ha evidenziato:

- I casi di infezione da HIV/AIDS sono stabili
- Le epatiti virali sono in aumento
- La lue è in incremento
- La TBC è in aumento

Pertanto una corretta politica sanitaria di accoglienza nel paese di immigrazione è fondamentale non solo per la vita dell' immigrato ma anche per la salute delle persone che vivono a contatto con essi nel paese ospite

Study design

Attivazione ambulatori per prevenzione, diagnosi e cura delle MST e delle infezioni da HIV negli immigrati con l'offerta dei seguenti servizi :

- ✓ Diagnosi e cura delle malattie infettive secondo protocolli diagnostici e terapeutici già utilizzati nel progetto per gli immigrati per Napoli e provincia;
- ✓ Test tuberculinico secondo Mantoux (screening di massa)
- ✓ Test quantiferon in ELISpot (per TBC latente) da eseguirsi presso Centro di Immunologia dell'Ospedale di riferimento per le malattie infettive.
- ✓ Visite ginecologiche presso Centro di Riferimento
- ✓ Rx Torace , nei soggetti positivi alla Mantoux
- ✓ Marcatori virali epatitici (HBsAg , HCV Ab)
- ✓ Eventuali tests di approfondimento nei positivi (HBV DNA , HDV RNA , HCV RNA e genotipi , da eseguirsi presso Servizi di virologia dell'Ospedale di Riferimento e presso Servizi di riferimento dei territori casertani e salernitani)
- ✓ Tests parassitologici e batteriologici eseguibili presso Centro di Riferimento ed Ospedali di riferimento del territorio Casertano e Salernitano
- ✓ Controllo delle vaccinazioni secondo calendari vigenti
- ✓ Test per HIV presso Centro di Screening Cotugno e/o altri servizi esistenti nel territorio.
- ✓ Analisi immunologiche specifiche presso Laboratorio di Immunologia del Cotugno
- ✓ Prescrizione di farmaci in accordo alla Circolare 16/2000.

Altri servizi previsti :

- ✓ **Attività di medicina di base**
Collaborazione tra ambulatori territoriali ed ospedali di riferimento relativamente a immunologia, dermatologia e malattie infettive
Collaborazione con i Ser.T°
Collaborazione con il volontariato

METODOLOGIA

Protocollo di intesa tra le diverse categorie professionali coinvolte e la Regione Campania relativamente al progetto in oggetto.

Predisposizione di materiale informativo da parte del Cerifarc per le infezioni da HIV- e da parte dell'Assessorato Regionale alla Sanità per le vaccinazioni e altri sistemi di prevenzione per le MS

RISORSE UMANE

Medici specialisti in malattie infettive e/o pneumologia e psichiatria

Psicologi

Personale parasanitario

Mediatori culturali

Es^perti di informatica e statistica

DURATA del PROGETTO : tre anni

STRUMENTI

- ✓ Focus group
- ✓ Sito web
- ✓ Algoritmi diagnostico-terapeutici
- ✓ Materiale cartaceo informativo

COSTO DEL PROGETTO : 10 milioni di Euro

- Realizzazione e/o potenziamento degli ambulatori
- Corsi di formazione
- Assunzione personale
- Stampa materiale cartaceo

TEMPI DI ATTIVITA'

Primo anno

Fasi iniziali del progetto

Costituzione della rete ambulatoriale ed assunzione del personale in integrazione

quello • presente

Corsi di formazione

Sensibilizzazione pubblica

II e III ANNO

Attuazione del progetto

Screening con offerta nuovi tests diagnostica

Elaborazione dati --> raccolta schede

Applicazioni dei percorsi di prevenzione e degli algoritmi diagnostico-terapeutici

Management specifico

MST : diagnosi e terapia

Epatiti • diagnosi virologica e prescrizione , nei casi indicati , di terapia antivirale

**Infezioni da HIV : analisi immunologiche e terapia antiretrovirale in
collaborazione con Centro ospedaliero di riferimento . Test di resistenza**

Counselling : sempre in associazione alla visita medica

L'organizzazione degli Ambulatori deve prevedere ::

Allocazione nelle aree di maggiore concentrazione degli immigrati di:

- **Medici infettivologi**
- **Medici ginecologi**
- **psicologi**
- **infermieri**
- **mediatori culturali rappresentati**
- **assistenti sociali e/o sociologi**

OBIETTIVI GENERALI

- a. **Migliorare il rapporto tra equipe medica ed immigrati**
- b. **Ridurre i comportamenti a rischio**
- c. **Analisi dei risultati raggiunti**
- d. **Adozione scheda dati**

INDICATORI GENERALI

- Migliore aderenza agli schemi terapeutici
- Migliore aderenza al follow-up
- Guarigione clinica
- Preparazione di un modello organizzativo da estendere anche ad altre realtà mediche regionali

INDICATORI DI ATTIVITÀ'

Numero di strutture realizzate

Numero di operatori coinvolti

Numero di incontri formativi

INDICATORI DI ESITO

- Valutazione degli interventi relativi ai corsi di formazione
- Valutazione degli interventi rivolti al Miglioramento diagnostico

INDICATORI DI CONSENSO

- Valutazione del grado di consenso da parte degli operatori relativamente al **processo** (Scheda di valutazione)

- Valutazione del grado di consenso da parte dei pazienti mediante scheda di valutazione.

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PSN 2006-2008 (ANNO 2008)

1. Regione proponente
REGIONE CAMPANIA

2. Titolo del progetto
REALIZZAZIONE DI UNA LISTA DI ATTIVITA' UNICA E DI UN
SISTEMA DI MONITORAGGIO PER IL CONTROLLO DI GESTIONE PER
I DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE DELLE AA.SS.LL. DELLA
CAMPANIA

FASE 2

3. Linea progettuale nella quale il progetto si colloca
Linea 8 : linee progettuali individuabili dalle singole Regioni

4. Referente
Dott. Antonio Gambacorta
Responsabile Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria
Assessorato alla Sanità – Regione Campania
Centro Direzionale – Isola C3 80143 NAPOLI
Tel. 081/7969426 Fax: 081/7969425
e-mail : a.gambacorta@regione.campania.it

Dott. Carmine Marmo
Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria
Assessorato alla Sanità – Regione Campania
Centro Direzionale – Isola C3 80143 NAPOLI

5. Durata del progetto
Biennale

6. Aspetti Finanziari
La spesa stimata per la realizzazione del progetto è di Euro 525.000,00
(Cinquecentoventicinquemila/00), così distribuita:

Spese per acquisto sistema software di C.d.G., assistenza biennale e attrezzature dedicate	180.000	34%
Spese per la formazione degli operatori coinvolti (es. kit didattici, test, riviste, schede stimolo \interattive, audiovisivi: videocassette, dvd, cd rom) con stima di Euro 50/addetto	130.000	25%
Spese per servizi (organizzazione eventi, seminari, trasferte, stampa e diffusione report, pubblicazione dei risultati)	60.000	12%
Spese per gli incentivi economici al personale già strutturato coinvolto nell'attività di coordinamento del progetto	90.000	17%
Spese per elaborazione, stampa e distribuzione di opuscoli e realizzazione di materiali video per operatori e per l'utenza	44.000	8%
Spese generali	21.000	4%
IMPORTO TOTALE	525.000 €	100%

7. Impianto progettuale (sintesi del contenuto del progetto)

Anche alla luce delle recenti emergenze ambientali e nel campo della sicurezza negli ambienti di lavoro, è necessario ripensare al ruolo ed alle funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione in seno al Servizio Sanitario Regionale riqualificandone l'impegno attraverso la creazione di un oggettivo ed uniforme sistema di intervento e di monitoraggio dei compiti istituzionali di competenza. Il progetto, che di seguito si esplicita, prevede, pertanto, come obiettivi :

- a) identificazione di una lista di attività di pertinenza dei Dipartimenti di Prevenzione e delle relative procedure di svolgimento pur nella salvaguardia delle specificità di territorio
- b) costruzione di un flusso informativo unico per tutti i Dipartimenti, in base al quale poter dimensionare costi e necessità di risorse umane e strumentali
- c) sperimentazione per alcune attività di elevato valore e di scarsa diffusione di sportelli unici provinciali o regionale

7.1. Contesto (Motivazioni del progetto; ambito di intervento; criticità da superare: valenza sanitaria dei risultati ottenibili)

L'art. 7 del D. Lgs. 30.12.1992 n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992 n. 421”* prevedeva l'istituzione in ogni Azienda Sanitaria Locale di un Dipartimento di Prevenzione. Tale articolo - secondo il testo integrato dalle modifiche apportate dal D. Lgs. 7.12.1993 n. 517 di pari oggetto – recita che a tale Dipartimento *“sono attribuite le funzioni svolte dai servizi delle Unità Sanitarie Locali ai sensi degli articoli 16, 20 e 21 della L. 23 dicembre 1978 n. 833”*.

In esecuzione di tale dettato legislativo, la Regione Campania con la Legge 3 novembre 1994 n. 32 di Riordino del Servizio Sanitario Regionale, disciplinava all'art. 12 la costituzione del Dipartimento di Prevenzione in ognuna delle 13 AA.SS.LL. individuate sul territorio regionale. Tale Legge ha inoltre statuito che il Dipartimento di Prevenzione :

- a) presiede alle attività ed alle prestazioni previste nel livello di assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (così come individuate all'art.6 commi 3 e 4)
- b) è dotato di autonomia organizzativa, nei limiti previsti dai regolamenti interni
- c) è articolato in 8 servizi centrali, come di seguito indicati :
 - Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
 - Servizio Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL)
 - Servizio Igiene e medicina del lavoro (SIML)
 - Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN)
 - Servizio Epidemiologia e Prevenzione (SEP)
 - Servizio Veterinario della sanità animale (SvetA)
 - Servizio Veterinario dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale (SvetB)
 - Servizio Veterinario dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SvetC)
- d) dispone di un budget assegnato al responsabile del Dipartimento
- e) svolge, attraverso i servizi centrali, funzioni centrali di programmazione, coordinamento tecnico e controllo e, attraverso le strutture distrettuali, funzioni più squisitamente operative
- f) assicura le funzioni operative distrettuali attraverso le Unità Operative di Prevenzione Collettiva (UU.OO.PP.CC.), le Unità Operative Veterinarie (UU.OO.VV.) e le Unità Operative Prevenzione nei luoghi di lavoro (UU.OO.PP.LL.LL.)

Con tale provvedimento normativo, la Regione Campania ha inteso, da un lato, dare maggiore rilevanza ad alcune attività - elevando, ad esempio, a rango di Servizio, le attività di epidemiologia e prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative ovvero disaggregando le attività veterinarie in 3 diversi servizi - e dall'altro ha inaugurato un percorso misto verticale/orizzontale con la creazione di UU.OO. che funzionalmente (e cioè per competenze istituzionali assicurate) rispondono al Dipartimento di Prevenzione secondo un modello verticale e operativamente sono inserite nell'area di pertinenza territoriale di ogni Distretto Sanitario secondo un modello orizzontale.

Al tempo stesso, accennando alla valenza dei regolamenti interni, la Legge ha offerto ulteriore elasticità di configurazione ai Dipartimenti di Prevenzione, comunque nei limiti previsti dal citato art. 12, in seno alla singola ASL.

Successivamente, in occasione della stesura del Piano Sanitario Regionale, avvenuto in data 20 giugno 2002, la Regione Campania ha ribadito che l'articolazione aziendale che deve promuovere la strategia di prevenzione della

ASL è il Dipartimento di Prevenzione, “che realizza – cita il testo approvato - tali compiti attraverso strutture funzionalmente riferibili a quattro aree (Igiene Pubblica; Igiene degli Alimenti; Veterinaria; Igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro) interconnesse tra loro, anche grazie al collante metodologico dell’epidemiologia, come disciplina operativa di raccolta, elaborazione e ricaduta operativa di dati ed informazioni”. “ Il Dipartimento di Prevenzione – è ancora riportato nel PSR - è la struttura operativa aziendale che propone le strategie di prevenzione della ASL e sviluppa le iniziative atte a garantire la tutela della salute collettiva”. In particolare si propone di “ rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute pubblica è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa”.

I 13 Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. campane hanno svolto il proprio compito tra molteplici difficoltà, generate, anche, dalla diversa articolazione organizzativa definita dagli atti aziendali delle singole ASL, che ha reso spesso difficilmente confrontabile l’attività svolta in diverse Aziende Sanitarie pur per la stessa fattispecie. Proprio per far fronte a questa esigenza, diffusamente avvertita a livello locale e rappresentata a livello delle strutture regionali sanitarie, la Regione Campania, con Decreto dell’ Assessore alla Sanità della Giunta Regionale della Campania n. 517 del 13.12.2007 , ha istituito il tavolo di coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione con la finalità di perseguire un miglioramento ed una omogeneizzazione delle modalità e dei livelli qualitativi e quantitativi dei Dipartimenti di Prevenzione con particolare riguardo alle attività dei Servizi Igiene e Medicina del Lavoro (SIML) e dei Servizi Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPSAL) nonché di tutte le funzioni che attengono alla tutela della salute dei lavoratori ed alla sicurezza dei luoghi di lavoro. Questo ulteriore sforzo compiuto dalla Regione Campania risulta ancora più valido e concreto se lo si rapporta alle recenti norme, in via di pubblicazione sulla G.U., relative ai LEA, che richiederanno ai Dipartimenti di Prevenzione, ed in particolare ai SIAN (Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) un particolare impegno.

La primissima fase di ricognizione avviata dalla Regione Campania a seguito del succitato Decreto 517 ha evidenziato la carenza nei diversi Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. di comuni procedure per lo svolgimento delle attività istituzionali di pertinenza nonché di un sistema informativo condiviso, che non consentono ai Dipartimenti di Prevenzione di documentare e valorizzare in maniera puntuale ed oggettiva il lavoro svolto, a differenza di quanto avviene, ad esempio, negli ospedali con i DRG e mette a rischio il sistema di negoziazione delle risorse.

7.2. Obiettivi e risultati attesi (obiettivo complessivo del programma, risultati attesi e relativi indicatori)

Alla luce di quanto sopra riportato - e tenuto conto anche delle recenti emergenze ambientali e nel campo della sicurezza negli ambienti di lavoro, che hanno richiesto ai Dipartimenti di Prevenzione un notevole impegno a fronte del quale, per la mancanza appunto di flussi informativi predeterminati e linee di indirizzo condivise, non vi è possibilità oggettiva di contestualizzare in un sistema graduato di pesi e responsabilità il rapporto tra risorse impegnate e risorse necessarie né, tantomeno, il grado di effettiva soddisfazione da parte dell'utenza - si propone il presente progetto che ha come obiettivi :

- a) identificazione di una lista di attività di pertinenza dei Dipartimenti di Prevenzione e delle relative procedure di svolgimento pur nella salvaguardia delle specificità di territorio ;
- b) costruzione di un flusso informativo unico per tutti i Dipartimenti, in base al quale poter dimensionare costi e necessità di risorse umane e strumentali;
- c) sperimentazione per alcune attività di elevato valore e di scarsa diffusione di sportelli unici provinciali o regionale :

La realizzazione di questi obiettivi consentirà, tra l'altro, :

1. di addivenire alla realizzazione di linee guida regionali per lo svolgimento delle attività di competenza
2. di avere gli elementi necessari per la negoziazione, a livello di ASL ed a livello regionale, del 5% del fondo sanitario regionale da destinare alle attività di prevenzione
3. di incanalare il controllo delle attività svolte dai Dipartimenti di Prevenzione secondo l'attuale organizzazione dell' Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria ovvero di proporre una diversa organizzazione della supervisione su queste attività attraverso la creazione di una struttura ad hoc

Gli indicatori utilizzabili sono i seguenti :

- a) di processo :
 - N. incontri del gruppo tecnico
 - N. incontri con i singoli Dipartimenti di Prevenzione
 - N. procedure attuali prese in esame
 - N. incontri di presentazione del lavoro svolto agli operatori
 - N. ore di formazione per l'illustrazione della lista delle attività
 - N. ore di formazione per l'illustrazione della griglia informatizzata
- b) di risultato :
 - Redazione della lista delle attività
 - Redazione, laddove prevedibile, del diagramma di flusso per attività
 - Realizzazione della griglia informatizzata
 - Sperimentazione del sistema di Controllo di Gestione

7.3. Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori

Al fine di dare la massima pubblicizzazione tra gli operatori e all'utenza sui risultati raggiunti si prevede di utilizzare una strategia che prevede :

1. Divulgazione di libretti informativi tra il personale con indicazione delle liste di attività e dei diagrammi di flusso
2. Locandine presso le strutture sanitarie afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione con indicazioni all'utenza per il miglior accesso alle prestazioni erogate dagli stessi Dipartimenti nonché anche per monitorarne i tempi di esecuzione
3. Inserimento di notizie ed informazioni specifiche nei siti web delle AA.SS.LL.
4. Collaborazione con gli URP aziendali, in particolare per quanto concerne la realizzazione dello sportello unico

7.4. Articolazione del progetto (piano operativo del progetto, con la precisazione delle azioni e delle attività da svolgersi, tempi di svolgimento e soggetti coinvolti)

Per quanto concerne l'identificazione della lista di attività :

- A) Creazione di un gruppo tecnico composto da 1 rappresentante per provincia per ognuna delle 4 aree del Dipartimento
- B) Analisi preliminare della situazione attuale sulla scorta di griglie predeterminate dal gruppo tecnico
- C) Identificazione dei punti di convergenza e divergenza e ricerca delle motivazioni alla base delle divergenze
- D) Analisi della normativa vigente e delle competenze che da questa discendono a carico dei Dipartimenti di Prevenzione
- E) Analisi della situazione esistente nelle altre regioni in materia al fine di valutare punti di forza e di criticità
- F) Identificazione delle attività di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione e loro attribuzione totale o parziale alle varie Aree
- G) Identificazione per ogni attività del diagramma di flusso
- H) Valutazione dei tempi attuali di svolgimento delle attività e proposizione di tempi medi di svolgimento, al netto dell' intervento di strutture terze
- I) Applicazione dei tempi medi alle singole realtà di ASL e valutazione dei tempi di scostamento
- J) Valutazione dei costi attuali delle attività, del costo medio nonché degli elementi che possono favorire una migliore economicità delle attività a parità della qualità del risultato
- K) Definizione di una lista di attività e dei relativi prodotti con contemporanea identificazione, laddove possibile, di indicatori di efficacia, efficienza ed economicità

Per quanto concerne la costruzione di un flusso informativo unico:

- A) Creazione , sulla scorta della lista di attività e prodotti nonché dei tempi medi di realizzazione e del costo medio, di una griglia informatizzata, con precise cadenze di aggiornamento, che consenta la standardizzazione dei processi nell'ottica della qualità, della appropriatezza e della confrontabilità nonché della misurabilità dei costi
- B) Adozione della griglia come sistema di controllo di gestione a livello regionale delle attività svolte dai Dipartimenti di Prevenzione, in funzione soprattutto di un confronto migliorativo tra Dipartimenti

Per quanto concerne la sperimentazione di sportelli unici provinciali o regionale:

- A) Identificazione di attività ad elevato valore intrinseco e di scarsa diffusione sul territorio per le quali, peraltro, siano richiesti specifici supporti analitici di tipo strumentale
- B) Valutazione della concentrazione di competenze di pertinenza a livello provinciale o regionale
- C) Definizione dei percorsi di svolgimento amministrativo, sanitario e tecnico
- D) Valutazione della convenienza per gli attori e gli utenti in una logica di efficienza e economicità

Tutti gli obiettivi prefigurano anche una attività di formazione capillare tra il personale dei Dipartimenti di Prevenzione finalizzato alla massima adesione e condivisione della logica che sottende la configurazione operativa che si intende realizzare nonché alla acquisizione della competenza informatica minima per poter utilizzare il sistema adottato



La Casa della Salute

FONDI CIPE 2008

PROGETTO REGIONALE

LA CASA DELLA SALUTE: modello organizzativo sperimentale per l'erogazione delle cure primarie

Perché un modello organizzativo di assistenza e presa in carico sia adeguato deve necessariamente essere fondato sulla centralità del soggetto portatore di bisogno sia esso semplice o complesso; un modello elastico che può adattarsi alle diverse realtà, fornendo risposte qualificate e appropriate a ciascun soggetto, ottimizzando le risorse presenti e attivando la rete dei servizi territoriali.

A tale modello può rispondere la Casa della Salute.

FINANZIAMENTO : 5 milioni di Euro

Con tale progetto ci si propone di estendere l'esperienza pilota in corso di attuazione, presso la ex ASL di Salerno 3 ad almeno due AA.SS.LL. della Regione Campania

LOCALIZZAZIONE: Aree sub distrettuali corrispondenti all'incirca ad un bacino di 5-20.000 persone di almeno due ASL del territorio regionale in cui vi è un difficile collegamento con il presidio ospedaliero più vicino.

TARGET:

Il target di tali azioni progettuali sono residenti in specifiche aree della Regione Campania in cui la rete dei servizi territoriali è condizionata dall'assetto geomorfologico; si tratta di :
- anziani non autosufficienti,

- disabili affetti da disabilità stabilizzate,
- malati terminali
- soggetti con problemi psichiatrici gravi,
- soggetti con dipendenze patologiche,
- minori in condizioni di vulnerabilità che presentano correlazione con le patologie di cui sopra.

SCOPO

L'intento della Regione Campania è dotare altre due aree depresse dal punto di vista organizzativo e del sistema di offerta di uno strumento organizzativo e gestionale che possa garantire elevati standard di qualità nell'erogazione delle prestazioni, mantenendo l'esperienza pilota realizzata con i fondi cipe 2007 e già avviata nel territorio della ex A.S.L. Sa3.

Consolidare politiche di sviluppo degli strumenti di integrazione gestionale e professionale, introducendo modelli organizzativi e gestionali innovativi per il territorio di riferimento.

DESCRIZIONE:

Il contesto: situazione attuale ed evoluzione futura

A seguito dell' elevata percentuale di popolazione anziana che caratterizza il nostro Paese, della maggiore durata della vita media, le malattie croniche rappresentano il problema più rilevante che la sanità italiana dovrà affrontare nei prossimi decenni

A tale riguardo secondo "i dati ISTAT, l'Italia nel 2000 era il primo Paese al mondo per over 65 anni con il 17,7% della popolazione, pari a 10.200.000 persone, delle quali il 20% con disabilità parziale e 5% con disabilità grave; la proiezione, nel 2020, stima al 25-29% gli over 65anni, con un sensibile aumento dei costi del SSN", anche in Campania si è verificato tale incremento del numero di anziani. Infatti, considerando le ricostruzioni della popolazione intercensuaria dell'ISTAT, gli anziani (da 65 anni a 100 anni e più) al 1° gennaio 1996 risultavano essere pari a 717.703, al 1° gennaio 2006 risultavano essere pari a 886.485. Ma quel che più conta è che anche le previsioni sono particolarmente favorevoli in tal senso. Del resto, le previsioni della popolazione dai 65 anni in su residente in Campania al 1° gennaio 2051, indicano che la crescita del numero di persone di tale fascia di età aumenterà fino a superare nell'ipotesi alta i 1.778.328. Circa a metà del periodo di previsione, nel 2030 la popolazione residente in Campania di età superiore ai 65 anni ammonterà a 1.459.554.

IL PROGETTO

La gestione di un paziente cronico pone problemi complessi di appropriatezza ed

efficacia in moltissime realtà ed il suo trattamento si basa su molteplici fattori non solo di carattere clinico, ma prevalentemente sociale, infermieristico, educativo e partecipativo, che coinvolgono il paziente, i familiari e la comunità nel suo insieme;

E' necessario che il percorso di presa incarico non passi esclusivamente dall'ospedale, ma prevalentemente avvenga nell'ambito della sanità "territoriale", vale a dire a domicilio e nelle strutture distrettuali; e l'ospedale deve rappresentare un momento del percorso assistenziale, in particolare per gli aspetti diagnostici, il più breve e il meno frequente possibile.

A tale scopo la Regione Campania si pone quale obiettivo prioritario, per motivi di appropriatezza e di qualità della vita, la riduzione dei ricoveri ospedalieri limitatamente alle fasi di acuzie e di necessaria stabilizzazione del paziente.

Tale obiettivo sarà perseguibile solo se vi sono strutture territoriali prossime al cittadino, capaci di una risposta qualificata e multiprofessionale, in grado di assicurare una continuità assistenziale, operanti in alternativa all'ospedale in modo coordinato e interconnesso con la struttura e i professionisti del presidio di riferimento;

A tal proposito la soluzione organizzativa proposta dalla Regione Campania, partendo da un'esperienza pilota avviata con l'annualità precedente, sul territorio del salernitano, si inserisce nell'ambito dei territori distrettuali al fine di rispondere in maniera sempre più adeguata, globale e tempestiva ai bisogni del cittadino fragile attraverso il potenziamento e l'aggregazione tra i servizi esistenti, che risultano poco interagenti tra di loro, al di fuori di un criterio di programmazione e nei quali molto spesso lavorano operatori generalmente abituati ad operare in modo autonomo gli uni dagli altri.

La Casa della salute è la sede pubblica dove si realizza questo modello di rete dei servizi territoriali; questa è una struttura assistenziale intermedia –all'interno del distretto– che garantisce la continuità tra la realtà ospedaliera ed il territorio integrato con la rete dei servizi domiciliari e delle strutture residenziali per anziani. Qui trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione.

Essa si configura come luogo centralizzato di attuazione degli indirizzi regionali in materia sociosanitaria per quanto attiene gli interventi di integrazione sociosanitaria (D.P.C.M. 29/11/2001) garantendo l'uniformità delle azioni condivise sia nei Piani delle Attività Territoriali dei Distretti Sanitari che nei Piani di Zona Sociali dei Comuni associati in Ambiti Territoriali in base al consolidamento di risorse economiche certe attraverso *puntuali assunzioni di responsabilità di spesa a carico delle AA.SS.LL., dei Comuni e/o degli utenti secondo criteri regolamentati di compartecipazione al costo delle prestazioni.*

La casa della Salute in Regione Campania:

La Casa della salute ricomprende in un unico luogo fisico o virtuale le attività delle cure primarie altrimenti erogate in modo frammentato e discontinuo **in quei territori dove l'offerta dei servizi è resa più complessa a causa delle caratteristiche geomorfologiche e demografiche**; essa può essere definita come modello di organizzazione e gestione dei servizi e pertanto si basa su alcuni presupposti :

- forte presenza dell'associazionismo medico
- disponibilità dei MMG e PLS
- partecipazione diretta dei cittadini e delle loro associazioni
- informatizzazione dei MMG

Nella sperimentazione della regione Campania essa si articola in aree o funzioni:

-area dell'accesso

-area della prevenzione e delle cure primarie

-area dei servizi sociosanitari

Ciascuna di queste aree funzionali corrisponde a specifiche funzioni attribuite nell'ordine a:

- PUA-porte unitarie di accesso o come vengono definite a livello nazionale PUNTI unici di accesso al sistema dei servizi sociosanitari territoriali

- l'area della prevenzione e delle cure primarie che in questo contesto operativo sono separate per comodità organizzativa sono ricomprese nella medicina territoriale e quindi riconducibili alla figura del medico di medicina generale-MMG e Pediatra di Libera Scelta-PLS

- l'area dei servizi sociosanitari è attribuita al distretto e alle singole UU.OO. operative semplici o complesse che erogano prestazioni, definiscono in sede di unità di valutazione multidimensionale (U.V.I., U.V.M.....) il progetto di assistenza individualizzato; tale funzione è svolta con l'apporto dei servizi sociali territoriali

Inoltre si specifica che nell'area delle cure primarie sarà garantito il servizio di continuità assistenziale sulle 12/24 h, e saranno inseriti piccoli ambulatori per le prestazioni diagnostiche primarie e di laboratorio. Inoltre saranno garantiti il servizio infermieristico in urgenza.

Nell'area dei servizi sociosanitari saranno attivati e se possibili realizzati in loco con l'ausilio di infermieri e avvalendosi di altre figure professionali servizi di teleassistenza, telemedicina e cure domiciliari

La Casa della Salute sarà realizzata attraverso la riconversione di strutture sanitarie o amministrative dismesse e/o da ristrutturare, edifici messi a disposizione dei Comuni, o attraverso l'utilizzo di sedi specificamente progettate ed edificate) quale struttura polivalente e funzionale in grado di erogare l'insieme delle cure primarie.

La sperimentazione ha la sua ragione d'essere nel tentativo di mettere a sistema su un bacino territoriale ridotto, rispetto al distretto e all'azienda sanitaria, le azioni di governo della rete dei servizi, parte dunque dalle azioni ed attività già realizzate o in corso di realizzazione.

Il vantaggio operativo di aggregazione a livello territoriale di tale funzioni in unico luogo consente la verifica e il monitoraggio del funzionamento della rete, con una ottimizzazione delle risorse che consente una riallocazione delle risorse attivate e attivabili.

SINERGIE

Tale progetto si colloca all'interno delle azioni ordinarie e non realizzate o in corso di realizzazione in tema di cure primarie, di creazione e definizione dei flussi informativi e di sperimentazione di modelli innovativi e gestionali. Pertanto, nell'ottica della continuità e della programmazione e dell'economicità, tale azione deve armonizzarsi all'interno delle ulteriori progettualità ed attività realizzate a livello distrettuale. Non può prescindere dalle ordinarie programmazioni territoriali.

Partendo dalla centralità del ruolo e delle funzioni del MMG e del PLS, su cui si basano

le cure primarie, questo modello organizzativo e gestionale intende sviluppare forme innovative di presa in carico a domicilio, potenziando l'area della telemedicina e del telesoccorso e sviluppando inoltre la teleassistenza.

La regione Campania attraverso la realizzazione di alcune azioni finanziate con i fondi ciep-annualità 2003-2006 e 2007 è impegnata in un processo di riorganizzazione del sistema delle cure primarie territoriali a favore di soggetti fragili, non autosufficienti. Questo processo che passa attraverso azioni strategiche **di sviluppo e consolidamento degli strumenti di integrazione gestionale e professionale** ha richiesto la definizione a livello regionale di modelli di assistenza basati da una lato sulla centralità del soggetto e dall'altro sulla centralità del MMG/PLS quale attivatore principale ed animatore della rete dei servizi sociosanitari.

Pertanto gli obiettivi che qui si ripropongono per la casa della salute si collocano in maniera coerente con le azioni già definite e con le precedenti linee di programmazione regionale.

Anche per la Casa della Salute valgono le finalità già proposte con l'azione Cure Primarie nella presente programmazione a valere sui fondi CIPE 2008, e pertanto si ricordano le principali attività:

- a. diffondere **lo strumento della valutazione multidimensionale** e del progetto individualizzato per una corretta individuazione del bisogno
- b. implementare il sistema delle cure domiciliari secondo i profili assistenziali e il bisogno clinico
- c. diffondere prassi di assistenza delle persone con gravi disabilità, anziani, minori etc. uniformi per contenuti e modalità di erogazione nel territorio regionale, anche prevedendo nei bilanci dei comuni risorse dedicate per **evitare la sanitarizzazione** dei problemi.
- d. definire procedure univoche di accesso e di presa in carico del paziente unificando il sistema di offerta presente sul territorio e riqualificandone le proposte in base ai bisogni
- e. riqualificare la spesa sanitaria incrementando all'interno dei bilanci aziendali la voce destinata alle cure domiciliari
- f. consolidare e promuovere forme di integrazione dei MMG e PLS tra loro, fra i MMG - PLS e il Distretto/Ambito Territoriale, favorendo la continuità assistenziale e il 118, a partire dall'UTAP
- g. promuovere e diffondere linee guida e protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura
- h. aggiornare e qualificare il personale
- i. raccordare e stabilizzare i sistemi informativi e di monitoraggio delle prestazioni erogate;

Pertanto per la definizione dei protocolli procedurali e per la definizione dei target d'intervento e degli indicatori numerici ci si può riferire a quanto già elaborato relativamente alle cure primarie poiché di fatti il target di utenti a cui si rivolge tale azione è il medesimo.

Particolare attenzione dovrà essere posta a:

- **accesso unitario alle prestazioni (PUA)**
- **valutazione multidimensionale**
- **progetto personalizzato - definizione della responsabilità del caso (case manager)**

Per comodità si riportano sinteticamente **i principali atti d'indirizzo in materia di organizzazione dei servizi sociosanitari a cui riferirsi nella definizione delle attività della casa della salute.**

D.G.R.C. 2006/2004 <<Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della l.r. 22 aprile 2003 n° 8>>	La Regione Campania attraverso questa delibera ha inteso regolare l'accesso alle prestazioni di tipo residenziale e semiresidenziale; essa ha definito inoltre in modo più puntuale, le procedure per l' accesso alla rete territoriale dei servizi, l'attivazione della rete a partire dall' unità di valutazione integrata , con particolare riguardo ai seguenti punti: -segnalazione del caso; -proposta d'accesso ai servizi; -valutazione multidimensionale del bisogno; -definizione del progetto personalizzato; -individuazione del responsabile della presa in carico.
d.g.r.c. 1155 del 29.06.2007: "Programmazione del potenziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, utilizzando anche la riconversione dei presidi ospedalieri dismessi" (ob. 15 Piano di rientro ai sensi della delibera 460 del 20.03.2007)	Con quest'atto per la prima volta è stato disposto che i Direttori Generali (DD.GG.) attraverso atti deliberativi dedicati riportino all'interno delle ordinarie programmazioni aziendali gli obiettivi sperimentati con i Fondi CIPE, per il potenziamento dell'assistenza domiciliare agli anziani-così come richiesto dalla D.G.R.C. 460 del 20.03.2007 " Piano di rientro del disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania, ai sensi dell'art.1 comma 180 della legge 311/2004.
D.G.R.C. 1813/2007 Linee di Indirizzo e Schede per la Programmazione e Presentazione dei Piani delle Attività Territoriali. e successive circolari applicative	Con l'intento di dare continuità alla realizzazione di percorsi unitari di programmazione tesi alla organizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari, sono state emanate linee d'indirizzo per la redazione dei Programmi delle Attività Territoriali. Questi -nella programmazione regionale- rivestono la duplice veste di strumento di programmazione e strumento di analisi delle risorse finalizzato ad organizzare e articolare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione sociosanitaria nel distretto; sono difatti uno strumento di analisi dell'offerta e di identificazione delle risorse, e, in quanto documento di programmazione costituiscono il risultato di una "pianificazione strategica"..
D.G.R.C. 1811/2207 Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali – Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007	Atto deliberativo assunto dalla Giunta Regionale nel rispetto del Piano di rientro dal disavanzo, con quest'atto è stato assunto uno strumento di valutazione multidimensionale unico la scheda S.Va.M.A. per l'accesso alle prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari di persone adulte non autosufficienti..

Inoltre ai sensi del Piano di Rientro, nel rispetto degli obblighi informativi che ciascuna regione deve assolvere nei confronti del Ministero-Intesa stato Regioni del 23/3/2005- sono state definite una serie di azioni complementari alla presente progettualità e che occorre considerare al fine di relizzare le azioni di monitoraggio delle prestazioni costituiscono un quadro di riferimento di tipo organizzativo e programmatico.

Nello specifico con delibera di Giunta Regionale n.2105/2008 ha inteso stabilizzare il monitoraggio delle prestazioni erogate ai sensi dell'all.1/C del d.p.c.m. 29/11/2001 fornendo indicazioni specifiche alle aa.ss.ll. in materia di flussi informativi in modo coerente con i decreti ministeriali istitutivi delle banche dati sulle prestazioni domiciliari residenziali e semiresidenziali. Le aa.ss.ll. sono tenute ad una serie di adempimenti relativi alla qualificazione, l'informazione e l'aggiornamento del personale dedicato alla rilevazione dei dati sui leasociosanitari, al conferimento dei dati LEA SOCIOSAN a cadenza mensile, e a redigere un programma di lavoro finalizzato alla stabilizzazione del monitoraggio LEA SOCIOSAN.

E' naturale che tali adempimenti dovranno in maniera adeguata interessare anche le case del salute, per cui sarà premura delle Aziende Sanitarie in cui ricadono le strutture assicurare l'uniformità di conferimento e trattamento dei dati.

Inoltre si rappresenta di prevedere un utile raccordo con le ulteriori iniziative che fanno capo all'assessorato alla Sanità e all'ArSan in materia di tessera sanitaria elettronica, di MRA-Flusso informativo sulla rete assistenziale di ciascuna azienda sanitaria, in via di definizione.

E' utile ribadire ai fini programmatici che occorre rintracciare la giusta sinergia con le azioni già poste in essere con i fondi P.O.R. 2000-2006, che nell'ambito dello sviluppo delle

aree rurali hanno destinato fondi attraverso la misura 4.11 per la realizzazione di azioni di implementazione di assistenza domiciliare integrata con servizi di telesoccorso e telemedicina, anche fornendo utili strumentazioni.

Inoltre nell'attuale programmazione 2007-2013, relativamente all'attuale Piano di sviluppo rurale si segnala che tale misura è stata riproposta con la attuale misura 3.21 e pertanto potrebbero essere in via di realizzazione azioni ed attività utili da ricomprendere in questa progettualità

Analogamente a quanto ribadito per la linea 1 Cure Primarie, si richiama il documento **Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro strategico Nazionale 2007-2013 approvato con D.G.R.C. 210 del 6/2/2009. e ulteriore atto di indirizzo e di programmazione per le azioni rivolte ai soggetti ultrasessantacinquenni. Si ricorda che nell'ambito dell'Obiettivo 2 "Aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro" sono stati definiti gli indicatori e i relativi target che consentono di misurare il raggiungimento degli obiettivi definiti**, evidenziando la necessità di azioni di programmazione e ridefinizione degli assetti organizzativi ed istituzionali.

OBIETTIVI:

Obiettivo principale del presente progetto è:

- attivare una casa della salute in almeno due ASL
- mantenere attiva la casa della salute realizzata nell'ex a.s.l. sa 3
- Sviluppare e consolidare la rete delle cure primarie (in particolare per i soggetti fragili e non autosufficienti e soggetti portatori di patologie cronico degenerative) in almeno due ASL del territorio regionale nell'ambito delle aree elementari di quei distretti (per un bacino corrispondente a circa 5-10.000 abitanti) in cui vi è un difficile collegamento con il presidio ospedaliero più vicino,
- Garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione
- Erogare prestazioni efficaci, appropriate, che rispondano a criteri di economicità all'interno di livelli essenziali di assistenza.
- sostenere la domiciliarità;
- promuovere il modello della presa in carico integrata attraverso il progetto personalizzato-pai e la valutazione multidimensionale

Si possono definire anche gli obiettivi specifici di tale progetto come di seguito:

- Consolidare ed estendere il modello organizzativo tipo " casa della salute" come luogo in cui si svolgono attività integrate sanitarie e socio – sanitarie attive sulle 24 ore attraverso la riconversione o ristrutturazione edilizia delle sedi attuali
- Migliorare l'accesso dei pazienti ai servizi sociosanitari
- Migliorare la qualità percepita dall'utenza
- Migliorare l'integrazione dei professionisti e dei servizi del distretto
- Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso
- Ridurre il ricorso inappropriato al livello specialistico

RISULTATI ATTESI

Fra i risultati che la Regione Campania si propone di raggiungere attraverso l'implementazione si elencano di seguito i principali risultati attesi:

- Creazione di due strutture subdistrettuali polivalenti (casa della Salute) in due diverse aziende sanitarie
- Creazione della rete territoriale dei servizi sanitari e sociosanitari
- Potenziamento delle prestazioni domiciliari
- Potenziamento di protocolli procedurali condivisi
- Incremento di prese in carico integrate
- Incremento dell'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale
- Minor numero di ricovero ospedalieri
- Riduzione costi
- Miglioramento della qualità dell'assistenza erogata
- Miglior utilizzo delle risorse attivabili già esistenti
- Riallocazione delle risorse finanziarie e strutturali

INDICATORI:

- n. Strutture realizzate
- Numero di accessi ai servizi della casa della salute
- pazienti collocati in assistenza domiciliare
- numero di utenti che beneficiano di prestazioni domiciliari
- numero di progetti di assistenza individualizzata /numero di progetti realizzati in ambito distrettuale e-o aziendale
- numero di protocolli attivati per la rete dei servizi sociosanitari
- numero di MMG/PLS coinvolti nei PAI
- numero di MMG/PLS che partecipano alle Unità di Valutazione Integrata
- numero di ricorsi al pronto soccorso
- Numero schede dimissione protette
- Spesa per ogni assistito

Come già ribadito per la linea progettuale 1, per l'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.

Pertanto ad ogni singola azienda sarà affidato l'obiettivo da raggiungere in rapporto alla popolazione e al numero degli utenti anziani.

CRONOGRAMMA

La durata complessiva del progetto, dall'avvio della fase prodromica organizzativa all'effettiva realizzazione funzionamento delle due case della salute è di 18 mesi.

1

[illegible]

[illegible]