



**Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2015
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania**

Il Commissario ad Acta
Dr. Joseph Polimeni
Il Sub Commissario ad Acta
Dr. Claudio D'Amario

DECRETO N. 134 DEL 28.10.2016

Oggetto: 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 2014. Ritiro del DCA n. 22/2016.

PREMESSO :

che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 *ha approvato il Piano di Rientro dal 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 n. 311/2004"*;

che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;

che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

VISTI

gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015 ;

i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)”* con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che *“La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento”*;

la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R della Campania e con il quale il Dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta;

VISTI:

- a) l'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale tra l'altro prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti, ai sensi del successivo comma 34bis;
- b) il comma 34 bis del predetto articolo 1, aggiunto dall'art. 33 della legge 27 dicembre 1997, n.449, come modificato dall'art. 79, comma 1 quarter del d.l. 25 giugno 2008, n.112, aggiunto dalla relativa legge di conversione 6 agosto 2008 n.133, che prevede che *“Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel comma 34 le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano i progetti da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi. La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le quote vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34 all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento e' subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata. A decorrere dall'anno 2013, il predetto acconto del 70 per cento e' erogato a seguito dell'intervenuta intesa, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla ripartizione delle predette quote vincolate per il perseguimento*

degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel comma 34";

VISTO l'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 30 luglio 2015 Rep. Atti n.126/CSR, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, con il quale si è convenuto che, per l'anno 2014, nelle more dell'approvazione del nuovo PSN, una particolare attenzione deve essere rivolta ai temi che, a seguito dei mutamenti intervenuti nella struttura demografica, economica e sociale del Paese, richiedono un riallineamento dei meccanismi organizzativi e gestionali soprattutto su problematiche non più marginali con prioritario riferimento alle malattie acute e al potenziamento del sistema delle Cure Primarie che rappresenta l'interfaccia tra la popolazione e il SSN.

VISTI gli allegati A e B del sopra citato Accordo, che individua le Linee progettuali ed i vincoli economici specifici per l'utilizzo da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, dei fondi di cui al summenzionato articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014;

CONSIDERATO :

- a. che nella stessa seduta del 30 luglio 2015 Rep. Atti n.126/CSR, la Conferenza Stato-Regioni ha sancito, inoltre, l'Intesa sulla proposta del Ministro della Salute di assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662, alla realizzazione, per l'anno 2014, degli obiettivi individuati nel PSN 2006-2008, con cui è stato stanziato per la Regione Campania un importo pari a euro 153.497.324,00, di cui è stato erogato da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze il 70 per cento a titolo di acconto;
- b. che con Decreto del Commissario ad Acta n. 58 del 29/5/2015 è stata approvata la ripartizione del finanziamento della spesa sanitaria regionale per l'anno 2014 anche per gli obiettivi di Piano di carattere prioritario, precisando che il valore ripartito per il Fondo sanitario nazionale 2014 delle cinque macro-linee progettuali elencate nel DCA n. 58/2015 è stato calcolato sulla base di una stima prudenziale in misura pari all'80% del valore delle stesse linee ripartite per il FSN 2013;
- c. che con nota integrativa di prot. n.27931 del 30/9/2015 il Ministero della Salute ha comunicato che, come stabilito al punto 6 dell'accordo SR 30 luglio 2015, le Regioni hanno facoltà di presentare progetti scegliendo fra le linee di attività individuate. Per alcune linee di attività, specificamente individuate dal Ministero, tuttavia, in considerazione della strategicità delle stesse, è fatto obbligo alle Regioni di presentare un progetto, con relativa previsione di un vincolo economico (Cure Palliative e terapia del dolore, sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica; il Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione);
- d. che all'erogazione della quota residua del 30 per cento si provvederà nei confronti delle singole regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005, e per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità, verrà redatta una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni;
- e. che con la stessa nota integrativa di prot. n.27931/2015 il Ministero della Salute ha, altresì, comunicato che la mancata presentazione di progetti consegnerà la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata;
- f. che per ciascuna linea progettuale ogni Regione potrà presentare un unico specifico progetto che dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzia:
 - gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - i costi connessi;
 - gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;

CONSIDERATO :

- che con DCA n. 22 del 31 marzo 2016 la Regione Campania ha avviato il recepimento dell'Accordo Stato Regioni per la realizzazione degli obiettivi di Piano per il solo anno 2014;
- che successivamente alla predisposizione dell'atto, prima della pubblicazione dello stesso, un confronto e raccordo con la Direzione Generale ha consentito di rilevare l'opportunità di disciplinare in maniera più articolata ed innovativa il percorso procedimentale di presentazione, valutazione e monitoraggio degli interventi progettuali;
- che la medesima analisi ha evidenziato che il DCA n. 22 presentava un arco temporale di attuazione delle nuove linee progettuali poco ampio ed, in quanto tale, inidoneo a fornire *outcomes* apprezzabili;
- la necessità di favorire una più incisiva convergenza delle risorse vincolate sulle aree progettuali prioritarie prescelte;
- opportuno ritirare il DCA n. 22/2016, intervenendo sul relativo contenuto dispositivo, anche al fine di declinare su base triennale le linee progettuali che il DCA 22 programmava su base soltanto annuale ;
- di dover tener conto dell'istituita rete oncologica di cui al DCA 98/2016 e di doverne accompagnare e promuovere lo sviluppo attraverso l'attività di progettazione aziendale;
- di dover tener conto della rete territoriale di cui al DCA 99/2016 e di doverne accompagnare e promuovere lo sviluppo attraverso l'attività di progettazione aziendale ;

VISTI

- L'Accordo n. 234/CSR del 23 dicembre 2015 con cui si è convenuto che *“per l'anno 2015, deve essere garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali previste per l'anno 2014”*;
- Le Linee progettuali per l'utilizzo delle risorse di cui all'art.1, comma 34 bis, legge n. 662/96 di cui agli allegati A e B del medesimo Accordo Stato – Regioni;
- I punti da 1 a 6 del soprarichiamato Accordo n. 234/CSR del 23 dicembre 2015;
- Il DCA n. 55 del 21 giugno 2016 con cui è stato ripartito il finanziamento statale della spesa regionale corrente per l'esercizio 2015 ed è stata effettuata l'assegnazione provvisoria per l'esercizio 2016;
- La nota della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 1747 del 11.04.2016 e la proposta di Intesa per il riparto dei finanziamenti per l'anno 2016;

CONSIDERATO :

che la Regione Campania per gli anni 2014, 2015, 2016 è tenuta al rispetto dei seguenti vincoli specifici sulle risorse destinate alle linee progettuali, stabiliti con i richiamati Accordi e definiti nella tabella riportata nell'allegato Documento Tecnico parte integrante del presente provvedimento (Allegato A):

2014:

- a.1 Attività di Assistenza Primaria – 27.289.175,00 euro
- a.2 Sviluppo dei processi di umanizzazione - 4.366.272,00 euro
- a.3 Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica – 10.852.841,00 euro
- a.4 Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione – 26.046.818,00 euro
- a.5 Gestione della cronicità – 41.712.351,00 euro
- a.6 Reti oncologiche – 43.229.868,00 euro

2015:

- a.1 Attività di Assistenza Primaria – 20.335.657,00 euro
- a.2 Sviluppo dei processi di umanizzazione – 4.248.473,00 euro
- a.3 Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica – 10.834.512,00 euro

- a.4 Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione –
26.002.830,00 euro
- a.5 Gestione della cronicità –17.087.649,00 euro
- a.6 Reti oncologiche –17.709.307,00 euro

2016:

- a.1 Attività di Assistenza Primaria – 15.009.594,00 euro
- a.2 Sviluppo dei processi di umanizzazione – 2.401.537,00 euro
- a.3 Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa
specialistica – 10.834.512,00 euro
- a.4 Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione –
26.002.830,00 euro
- a.5 Gestione della cronicità – 22.942.629,00 euro
- a.6 Reti oncologiche – 23.777.295,00 euro

PRESO ATTO:

- a) che a partire dalla presente annualità, la Regione Campania intende esprimere una volontà programmatica di ampio respiro ed intende promuovere, attraverso la proposizione dei progetti, una visione unitaria e di qualità, pur nell'ambito delle esigenze territoriali o di ricerca,
- b) che, pertanto, la Regione ha definito un Documento Tecnico programmatico (Allegato A) contenente le Linee Progettuali e le relative indicazioni programmatiche al fine di consentire che i progetti elaborati risultino coerenti con la strategia sanitaria regionale;
- c) che per favorire la massima rispondenza delle proposte progettuali al quadro programmatico strategico ed agli obiettivi LEA, la Regione Campania ha predisposto, inoltre, delle specifiche Linee Guida con relative schede di presentazione dei progetti, valutazione, e monitoraggio degli *outcomes* sia da un punto di vista procedimentale che economico gestionale (Allegato B, schede 1, 2, 3, 4, 5, A,B,C,D,E,F);

RILEVATO che:

- a) l'art. 1 comma 7 dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome concernente il nuovo "Patto per la Salute" (Rep. Atti 243/CSR del 3/12/2009) stabilisce che le risorse di cui all'art. 1 commi 34 e 34 bis della L.662/96 non sono da considerarsi contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei LEA; per le Regioni interessate ai Piani di Rientro la fissazione degli obiettivi va integrata con quella dei medesimi piani;
- b) il conseguimento da parte dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie degli obiettivi previsti dalle singole linee progettuali rappresenta oggetto di valutazione da parte della Regione;
- c) la riduzione del numero delle linee progettuali previste permette di concentrare l'attenzione su temi rilevanti che esprimono i bisogni di salute della popolazione e che possono dare vita ad interventi strutturali da parte dell'organo regionale;

RIBADITA

L'esigenza che i provvedimenti aziendali esecutivi del presente DCA, esprimano una progettazione non episodica ma articolata e sistemica, volta a favorire in maniera armonica la garanzia dei livelli essenziali di assistenza in chiave di complementarietà con gli interventi programmati in base agli ordinari documenti di indirizzo;

RITENUTO per quanto su esposto:

Di dover istituire una Commissione di valutazione dei Progetti, da individuare con Decreto Presidenziale con il compito di valutare le proposte progettuali, monitorarne l'andamento e favorire il raggiungimento degli obiettivi di salute anche attraverso eventuali rimodulazioni delle risorse allocate e non utilizzate o su progettazioni non avviate o interrotte ;

di dover prevedere che la Commissione opererà secondo le procedure di cui alle allegate Linee Guida (Allegato B);

di dover prevedere che - ove sia necessario per garantire il pieno utilizzo delle risorse programmate - la Commissione possa procedere alle rimodulazioni finanziarie relative ad Aziende che alla data del 31/1/2017 non abbiano presentato i propri piani d'attività, che non abbiano avviato o abbiano interrotto le attività relative alla programmazione degli Obiettivi di Piano 2012 e 2013, condivise dalla Regione;

di dover inoltre prevedere che, fermi restando gli obiettivi fissati con gli atti regionali di programmazione per le annualità 2012 e 2013, la Commissione abbia facoltà di proporre alla Struttura Commissariale (che procede con specifico decreto), la modifica delle quote di riparto FSR per l'annualità 2016 al fine di destinarle alle Aziende Sanitarie le cui attività risultino concluse o avviate;

di dover approvare il riparto delle quote vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale a valere sul FSN 2014,2015 e 2016 per complessivi euro 350.684.150,00;

di dover approvare il Documento Tecnico di Analisi delle Linee progettuali 2014 – 2015 – 2016 (Allegato A) che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante, e di dover approvare le indicazioni programmatiche sulle singole Linee Progettuali in esso contenute affinché i progetti prodotti risultino ad essi coerenti ed ispirati;

di incaricare la Direzione Generale per la Tutela della Salute e Coord. SSR, in raccordo con la Struttura Commissariale, di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti;

DECRETA

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

di **RITIRARE** il documento repertoriato con il n. 22 del 31.03.2016 , mai pubblicato, e di sostituirlo interamente con il presente provvedimento;

di **APPROVARE** il riparto delle risorse vincolate, pari a euro 350.684.150,00 di cui all'allegato B dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 30 luglio 2015 Rep. Atti n.126/CSR e n. 234 /CSR del 23 dicembre 2015, nonché la nota della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 1747 del 11.04.2016 che assegnano alla Regione Campania per l'elaborazione di specifici progetti, ai sensi dell'art. 1, 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle linee prioritarie individuate dall'Accordo Stato-Regioni del 30 luglio 2015 secondo gli importi complessivi per il triennio di seguito indicati:

- a.1 Attività di Assistenza Primaria – euro 62.634.426
- a.2 Sviluppo dei processi di umanizzazione – euro 11.016.283
- a.3 Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica – euro 35.521.865
- a.4 Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione – euro 78.052.478
- a.5 Gestione della cronicità – euro 81.742.629
- a.6 Reti oncologiche – euro 84.716.470

di **APPROVARE** il Documento Tecnico di Analisi delle Linee progettuali 2014 – 2016 (Allegato A) che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante, e di approvare le indicazioni programmatiche sulle singole Linee Progettuali in esso contenute affinché i progetti prodotti risultino ad essi coerenti ed ispirati;

di **APPROVARE** le allegate Linee Guida nonché gli schemi di presentazione e valutazione di cui

all'Allegato B che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante;

di **STABILIRE** che la Commissione di valutazione dei Progetti, individuata con Decreto Presidenziale, opererà in conformità alle Linee Guida (All. B) ;

di **PREVEDERE** che la Commissione opererà secondo le procedure di cui alle allegate Linee Guida (Allegato B);

di **PREVEDERE** che - ove sia necessario per garantire il pieno utilizzo delle risorse programmate - la Commissione possa procedere alle rimodulazioni finanziarie relative ad Aziende che alla data del 31/1/2017 non abbiano presentato i propri piani d'attività, che non abbiano avviato o abbiano interrotto le attività relative alla programmazione degli Obiettivi di Piano 2012 e 2013, condivise dalla Regione;

di **PREVEDERE** che, fermi restando gli obiettivi fissati con gli atti regionali di programmazione per le annualità 2012 e 2013, la Commissione abbia facoltà di proporre alla Struttura Commissariale (che procede con specifico decreto), la modifica delle quote di riparto FSR per l'annualità 2016 al fine di destinarle alle Aziende Sanitarie le cui attività risultino concluse o avviate;

di **STABILIRE** un termine di 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto per la presentazione delle proposte progettuali;

di **INCARICARE** la Direzione Generale per la Tutela della Salute e Coord. SSR di provvedere a dare corso al presente provvedimento;

di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Dipartimento per la Salute e le Risorse Naturali, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e Coord.to SSR, per quanto di competenza ed al BURC per la pubblicazione.

Il Componente del Nucleo di supporto
alla Struttura commissariale
Avv. Lara Natale

Il Componente del Nucleo di supporto
alla Struttura Commissariale
D.ssa Antonella Guida

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Prof. Joseph Polimeni



Regione Campania

Programmazione obiettivi di Piano

Indice

Premessa e quadro normativo	3
Obiettivi di Piano	3
1. Area: Obiettivi di Piano	7
Linea Progettuale 1: Attività di Assistenza Primaria	11
Linea Progettuale 2: Processi di umanizzazione	14
Linea Progettuale 3: Cure Palliative e Terapia del Dolore	25
Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità	30
Linea Progettuale 5: Reti Oncologiche	47
Linea Progettuale 6: Piano della Prevenzione	55

Premessa e quadro normativo

Il Ministero della Salute, a seguito del raggiungimento di un'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, concorre annualmente allo stanziamento in favore del Servizio Sanitario Nazionale di quote di contributi a destinazione vincolata, successivamente assegnate alle singole Regioni con l'obiettivo del miglioramento dell'erogazione delle prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Come è noto la Regione Campania non ha ancora raggiunto il pieno soddisfacimento negli adempimenti LEA, dove sono rilevate ancora forti criticità, in particolare per le aree:

- Prevenzione
- Flussi informativi (P.S./EMUR, Salute Mentale)
- Appropriatelyzza dei ricoveri
- Gestione liste di attesa (tempi di attesa e dati di attività, sospensione delle liste)
- Rischio clinico e sicurezza del paziente
- Attività trasfusionali

La Regione Campania ha avviato pertanto un processo di riorganizzazione al fine di gestire con nuova determinazione il riparto delle risorse assegnate, a miglioramento dei LEA, e attuare un monitoraggio tempestivo dello stato delle attività progettuali.

Obiettivi di Piano

Ad oggi, la Regione Campania risulta commissariata per la gestione sanitaria, condizione che ha determinato negli ultimi anni l'insorgenza di ulteriori criticità assistenziali, esito degli obiettivi di carattere economico a cui la Regione stessa è assoggettata, e che hanno fatto esplodere nuove disuguaglianze e disomogeneità, prevalentemente a carico delle fasce più deboli e degli utenti più fragili, sia in termini di salute che di accesso alle cure.

Per questo motivo l'opportunità rappresentata dall'Accordo Stato, Regioni e Province autonome del 30 luglio 2015, sottoscritto in Conferenza Stato-Regioni e valida per l'annualità 2014, che rimodula le Linee Progettuali per gli obiettivi di piano, riproposte nelle successive annualità 2015 e 2016, vuole essere colta per un deciso e sistematico sostegno a garanzia di un processo di rafforzamento di aree essenziali di assistenza.

La riduzione del numero delle linee progettuali previste a partire dall'annualità 2014 permette di concentrare l'attenzione su temi rilevanti a cui dare cura preminente, temi che, date le criticità sopra accennate, ricalcano pienamente sia i bisogni incalzanti dell'utenza regionale che la necessità di realizzazione di interventi strutturali da parte dell'organo regionale. La riproposizione delle stesse linee progettuali nelle annualità successive (2015-2016) consente, inoltre, una prospettiva di programmazione di lungo termine, in grado di

offrire una base rilevante per le Aziende, per la definizione dei progetti di elevata consistenza e spessore, che possano essere il volano per una nuova impronta assistenziale.

Infatti gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati per gli anni 2014, 2015 e 2016 sono rivolti a tematiche assistenziali ed organizzative alle quali la Regione è intenzionata a dare risposte funzionali, concrete ed efficaci, consapevole che il rafforzamento di tali processi potrà condurre finalmente ad una efficienza organizzativa e ad un'appropriatezza rilevante nella collocazione e nell'utilizzo delle risorse, migliorando aree assistenziali prioritarie e critiche, anche a maggior consumo economico.

Si condivide certamente la rilevanza notevole attribuita al tema della Prevenzione, quale strumento primario per la salvaguardia del bene salute, così come alla Gestione delle Cronicità, area di impegno progressivo di risorse.

Di particolare intensità, anche per il vissuto emotivo dell'utenza, è la linea progettuale relativa alle Reti Oncologiche a cui la Regione Campania è intenzionata a fornire una risposta finalmente strategica e globale, che ostacoli con forza la spinta alla migrazione passiva. Il recente DCA n.98/2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana" rappresenta il substrato di programmazione sul quale innestare le progettualità aziendali per l'avvio della costruzione della rete e l'erogazione delle prestazioni, così come configurate nello stesso Decreto n.98.

L'impegno regionale nel raggiungimento degli obiettivi di piano per gli anni 2014, 2015 e 2016 sarà rilevante e diffuso, attraverso una nuova strategia condivisa e permeante delle motivazioni, delle metodologie, dei modelli e degli indicatori, fino al raggiungimento degli obiettivi assegnati. Gli allegati al Decreto costituiscono una profonda innovazione in ambito regionale e permetteranno un più preciso discrimine tra le progettualità, affinché siano del tutto coerenti ed in armonia con il presente documento di programmazione.

Lo spirito con il quale saranno valutati i progetti per l'utilizzo dei fondi dedicati in queste tre annualità, mira ad ottenere risultati concreti e strutturali, risultati che costituiranno la piattaforma reale per la costruzione di azioni sanitarie forti, non occasionali, che negli anni a venire possano diventare azioni istituzionali. Si vuole così uscire da una metodologia d'azione frazionata e tendere a soluzioni che lascino sul campo, a beneficio delle aziende e a fine processo, un patrimonio di sapere e di saper fare sufficiente alla progressione delle azioni anche in mancanza di nuove risorse economiche. La reiterazione di progettualità desuete o autoreplicantesi dovrà lasciare spazio ad una progettualità innovativa, straordinaria, che metta sul campo le migliori idee e le migliori strategie per un miglioramento globale. I fondi vincolati sono tali perché vincolati al soddisfacimento dei LEA e per tale motivo i progetti dovranno necessariamente essere prodotti in tale direttrice.

Nella Tabella seguente si riporta il riparto delle risorse a destinazione vincolata per un importo complessivo pari a ca. **350.684.150€**, come risulta nell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di deliberazione CIPE per gli anni 2014 – 2015 - 2016.

Obiettivi di Piano 2014

Per l'anno di FSN 2014, sono state assegnate le quote vincolate inerenti gli Obiettivi di piano per ca. **153.497.325 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7114**

Le quote assegnate risultano così ripartite:

- Obiettivi di carattere prioritario: **127.450.507 €**
- Piano della Prevenzione: **26.046.818 €**

Obiettivi di Piano 2015

Per l'anno di FSN 2015, sono state assegnate le quote vincolate inerenti gli Obiettivi di piano per ca. **96.218.428 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7114**

Le quote assegnate risultano così ripartite:

- Obiettivi di carattere prioritario: **70.215.598€**
- Piano della Prevenzione: **26.002.830 €**

Obiettivi di Piano 2016

Per l'anno di FSN 2016, sono state assegnate le quote vincolate inerenti gli Obiettivi di piano per ca. **100.968.397 €** a valere sul capitolo di spesa del Bilancio Finanziario Gestionale n. **7114**

Le quote assegnate risultano così ripartite:

- Obiettivi di carattere prioritario: **74.965.567 €**
- Piano della Prevenzione: **26.002.830 €**

Si precisa che, in attesa del Riparto FSR relativo all'annualità 2016, la Regione Campania ha predisposto in via prudenziale una ripartizione alle singole AA.SS. nella misura del 70% della quota assegnata per la determinazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016, in seguito alla proposta di accordo dell'11/04/2016.

La ripartizione della quota residua del 30% sarà destinata alle Aziende Sanitarie in funzione dei risultati conseguiti in termini di avvicinamento agli obiettivi indicati, di tempestività nell'attivazione dei servizi e attività sostenuti con i fondi assegnati per le annualità 2014 e 2015.

Obiettivi di carattere prioritario

Per l'anno di FSN 2014 – 2015 – 2016, gli obiettivi di carattere prioritario sono suddivisi nelle seguenti linee progettuali:

- Attività di Assistenza Primaria: **62.634.426€**
- Processi di Umanizzazione: **11.016.283 €**
- Cure Palliative e Terapia del dolore: **32.521.865 €**
- Gestione delle cronicità: **81.742.629 €**
- Reti Oncologiche: **84.716.470 €**
- Piano della Prevenzione: **78.052.478 €**

1. Area: Obiettivi di Piano

Di seguito si riporta il riepilogo delle quote vincolate FSN 2014 – 2015 – 2016 pari a 350.684.150 € assegnate alle singole Aziende Sanitarie:

FONDI VINCOLATI Descrizione	RIPARTO 2014 - 2015 - 2016						TOTALE RIPARTO
	ASSISTENZA PRIMARIA	PROCESSI DI UMANIZZAZIONE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	GESTIONE DELLE CRONICITA'	RETI ONCOLOGICHE	PIANO PREVENZIONE	
ASL AVELLINO	4.199.551	339.261	1.602.726	5.337.993	2.273.828	4.683.621	18.436.980
ASL BENEVENTO	2.770.282	221.988	935.781	3.497.281	1.499.817	3.078.587	12.003.737
ASL CASERTA	9.044.621	753.931	3.057.822	10.293.732	4.879.216	10.479.400	38.508.722
ASL NAPOLI 1 CENTRO	9.764.565	824.620	3.661.340	11.954.290	5.301.858	11.235.834	42.742.506
ASL NAPOLI 2 NORD	10.291.320	1.101.402	4.647.356	11.258.075	5.551.317	12.175.939	45.025.409
ASL NAPOLI 3 SUD	10.510.763	978.954	4.180.326	12.120.137	5.676.292	12.229.495	45.695.967
ASL SALERNO	10.837.947	939.472	4.127.796	13.049.414	5.843.429	12.153.655	46.951.713
AO CARDARELLI	-	344.246	390.667	493.925	7.388.048	281.007	8.897.893
AO SANTOBONO	-	139.569	1.935.284	1.405.978	1.014.478	281.007	4.776.315
AO DEI COLLI	-	596.155	694.187	521.721	4.619.111	281.007	6.712.180
AOU RUGGI	-	1.402.912	669.647	310.469	3.271.795	281.007	5.935.829
AO MOSCATI	-	390.513	595.507	287.392	3.835.801	281.007	5.390.219
AO RUMMO	-	374.865	709.798	766.189	2.206.062	281.007	4.337.921
AO SAN SEBASTIANO	-	438.975	529.098	160.465	1.687.915	281.007	3.097.459
AOU SUN	-	379.104	571.754	1.309.112	2.235.024	281.007	4.776.002
AOU FEDERICO II	712.500	379.104	571.754	2.079.183	4.815.577	281.007	8.839.126
IRCCS PASCALE	-	690.750	390.667	14.485	7.725.385	281.007	9.102.294
GSA	4.502.878	720.461	3.250.354	6.882.789	14.891.516	9.205.882	39.453.880
TOTALE	62.634.426	11.016.283	32.521.865	81.742.629	84.716.470	78.052.478	350.684.150

FSN 2014: 153.497.325 €

FONDI VINCOLATI	RIPARTO 2014						TOTALE RIPARTO
	ASSISTENZA PRIMARIA	PROCESSI DI UMANIZZAZIONE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	GESTIONE DELLE CRONICITA'	RETI ONCOLOGICHE	PIANO PREVENZIONE	
ASL AVELLINO	1.947.824	86.346	477.248	2.934.564	1.266.990	1.747.490	8.460.462
ASL BENEVENTO	1.284.757	57.001	314.786	1.949.966	835.707	1.148.581	5.590.798
ASL CASERTA	4.179.458	176.790	1.024.033	5.804.453	2.718.728	3.891.812	17.795.275
ASL NAPOLI 1 CENTRO	4.541.940	230.023	1.293.934	6.615.340	2.954.227	4.206.477	19.841.941
ASL NAPOLI 2 NORD	4.755.311	426.137	1.823.133	6.344.927	3.093.227	4.517.173	20.959.908
ASL NAPOLI 3 SUD	4.862.225	314.077	1.819.062	6.837.918	3.162.864	4.549.861	21.546.007
ASL SALERNO	5.005.160	277.638	1.505.324	7.311.029	3.255.994	4.422.615	21.777.759
AO CARDARELLI	-	100.000	-	275.218	4.116.665	104.187	4.596.070
AO SANTOBONO	-	-	1.085.284	773.606	565.273	104.187	2.528.350
AO DEI COLLI	-	351.833	-	200.681	2.573.796	104.187	3.230.498
AOU RUGGI	-	1.158.666	278.980	172.995	1.823.063	104.187	3.537.893
AO MOSCATI	-	146.267	204.840	160.136	2.137.331	104.187	2.752.762
AO RUMMO	-	130.543	134.945	283.231	1.229.231	104.187	1.882.137
AO SAN SEBASTIANO	-	194.729	529.098	89.412	940.516	104.187	1.857.943
AOU SUN	-	134.859	181.087	729.445	1.245.369	104.187	2.394.947
AOU FEDERICO II	712.500	134.859	181.087	1.221.356	2.683.269	104.187	5.037.258
IRCCS PASCALE	-	446.504	-	8.071	4.304.631	104.187	4.863.394
GSA	-	-	-	-	4.322.987	520.936	4.843.923
TOTALE	27.289.175	4.366.272	10.852.841	41.712.351	43.229.868	26.046.818	153.497.325

FSN 2015: 96.218.428 €

FONDI VINCOLATI	RIPARTO 2015						TOTALE RIPARTO
	ASSISTENZA PRIMARIA	PROCESSI DI UMANIZZAZIONE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	GESTIONE DELLE CRONICITA'	RETI ONCOLOGICHE	PIANO PREVENZIONE	
ASL AVELLINO	1.484.657	181.212	662.046	1.238.976	519.028	1.727.136	5.813.056
ASL BENEVENTO	979.469	118.212	365.292	797.646	342.351	1.135.298	3.738.267
ASL CASERTA	3.207.803	413.517	1.196.346	2.314.239	1.113.739	3.875.052	12.120.697
ASL NAPOLI 1 CENTRO	3.443.493	426.024	1.392.592	2.752.248	1.210.212	4.134.916	13.359.484
ASL NAPOLI 2 NORD	3.650.120	483.822	1.661.308	2.532.745	1.267.154	4.505.156	14.100.306
ASL NAPOLI 3 SUD	3.724.316	476.378	1.388.979	2.723.002	1.295.681	4.517.432	14.125.789
ASL SALERNO	3.845.798	474.199	1.542.631	2.958.158	1.333.832	4.547.671	14.702.288
AO CARDARELLI	-	175.000	229.804	112.744	1.686.410	104.011	2.307.969
AO SANTOBONO	-	100.000	500.000	325.990	231.567	104.011	1.261.568
AO DEI COLLI	-	175.055	408.345	165.497	1.054.367	104.011	1.907.275
AOU RUGGI	-	175.000	229.804	70.868	746.826	104.011	1.326.510
AO MOSCATI	-	175.000	229.804	65.601	875.567	104.011	1.449.983
AO RUMMO	-	175.055	338.149	248.967	503.560	104.011	1.369.741
AO SAN SEBASTIANO	-	175.000	-	36.628	385.287	104.011	700.926
AOU SUN	-	175.000	229.804	298.820	510.171	104.011	1.317.807
AOU FEDERICO II	-	175.000	229.804	442.213	1.099.213	104.011	2.050.241
IRCCS PASCALE	-	175.000	229.804	3.306	1.763.411	104.011	2.275.533
GSA	-	-	-	-	1.770.931	520.057	2.290.987
TOTALE	20.335.657	4.248.473	10.834.512	17.087.649	17.709.307	26.002.830	96.218.428

FSN 2016: 100.968.397 €

FONDI VINCOLATI	RIPARTO 2016						TOTALE RIPARTO
	ASSISTENZA PRIMARIA	PROCESSI DI UMANIZZAZIONE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	GESTIONE DELLE CRONICITA'	RETI ONCOLOGICHE	PIANO PREVENZIONE	
Descrizione							
ASL AVELLINO	767.070	71.704	463.432	1.164.453	487.809	1.208.995	4.163.463
ASL BENEVENTO	506.057	46.775	255.704	749.668	321.759	794.709	2.674.672
ASL CASERTA	1.657.359	163.624	837.442	2.175.040	1.046.748	2.712.536	8.592.750
ASL NAPOLI 1 CENTRO	1.779.131	168.573	974.814	2.586.702	1.137.419	2.894.441	9.541.081
ASL NAPOLI 2 NORD	1.885.888	191.443	1.162.916	2.380.403	1.190.936	3.153.609	9.965.195
ASL NAPOLI 3 SUD	1.924.222	188.498	972.285	2.559.216	1.217.747	3.162.202	10.024.171
ASL SALERNO	1.986.988	187.635	1.079.842	2.780.227	1.253.603	3.183.369	10.471.665
AO CARDARELLI	-	69.246	160.863	105.963	1.584.974	72.808	1.993.853
AO SANTOBONO	-	39.569	350.000	306.382	217.638	72.808	986.397
AO DEI COLLI	-	69.267	285.842	155.542	990.948	72.808	1.574.407
AOU RUGGI	-	69.246	160.863	66.606	701.905	72.808	1.071.427
AO MOSCATI	-	69.246	160.863	61.655	822.903	72.808	1.187.474
AO RUMMO	-	69.267	236.704	233.991	473.271	72.808	1.086.042
AO SAN SEBASTIANO	-	69.246	-	34.425	362.112	72.808	538.590
AOU SUN	-	69.246	160.863	280.847	479.485	72.808	1.063.248
AOU FEDERICO II	-	69.246	160.863	415.614	1.033.096	72.808	1.751.626
IRCCS PASCALE	-	69.246	160.863	3.108	1.657.343	72.808	1.963.367
GSA	4.502.878	720.461	3.250.354	6.882.789	8.797.599	8.164.889	32.318.969
TOTALE	15.009.594	2.401.537	10.834.512	22.942.629	23.777.295	26.002.830	100.968.397

Linea Progettuale 1: Attività di Assistenza Primaria

Le norme previste dalla L.189/2012, così come modificata dal Patto della salute del 10 luglio 2014 e dalle recenti indicazioni dell'atto di indirizzo, rendono necessarie l'implementazione di una nuova rete assistenziale delle cure primarie sul territorio della Regione Campania.

Tale sviluppo si snoda in coerenza con quanto previsto dell'Accordo Integrativo regionale della Medicina Generale e da quanto previsto dal DCA n. 99/2016 (Piano della riorganizzazione della Rete Territoriale). Tale modello riorganizzativo prevede la costituzione delle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) sull'intero territorio regionale, nonché l'individuazione delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Lo sviluppo delle UCCP parte dalla realizzazione degli STS già previsti dal DCA n. 49/2010 nonché dal Piano di finanziamento previsto dall'ex art. 20.

Di fronte al mutamento strutturale della popolazione e alla prevalenza delle patologie croniche che affaticano la popolazione, risulta sempre più impellente ristrutturare con forza l'assistenza territoriale ed imprimere alle Cure Primarie il loro ruolo di discrimine per un corretto utilizzo dei servizi sanitari.

Il cambiamento che la legge propone in termini di una vera attività H24 della rete territoriale, già recepita nell'AIR Campania per i MMG e PLS, deve trovare nella Linea Progettuale "Attività di Assistenza Primaria" il proprio volano. La Regione Campania richiede alle Aziende Sanitarie Locali la definizione di progetti basati anche su sperimentazioni motivate, al fine di rappresentare che il "cambiamento" sia possibile e replicabile (seppure secondo modelli diversi), garantendo la necessità di contenere nel "sistema territorio" il bacino di domanda sanitaria non acuta.

La Regione Campania sull'argomento ha di fatto già deliberato con Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18/02/2015, successivamente rivisto e riportato nel DCA n. 99/2016 "Piano di riordino della Rete Territoriale dell'assistenza", che di fatto lo integra e sostituisce.

La produzione di un modello unico di sviluppo delle cure primarie nonché l'avvio della istituzione delle AFT e UCCP programmate in tutte le ASL territoriali, nell'ambito della realizzazione della Linea Progettuale, risulta particolarmente strategico e funzionale alle attuali necessità regionali.

La realizzazione di quanto esposto permetterà, d'altro canto, di far confluire nel modello tutte le aree prioritarie di intervento, quali:

- attivare AFT e UCCP, luoghi di assistenza primaria, di base e specialistica, dove la continuità delle cure H24, la gestione del paziente mediante il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), l'utilizzo della ricetta dematerializzata e l'applicazione di PDTA, conduca alla continuità dell'assistenza anche sui tre versanti non puramente clinici ma tuttavia significativamente rilevanti, quali quello relazionale, gestionale ed informativo;
- favorire la medicina di iniziativa che, in particolare nelle UCCP, trova la sua naturale collocazione, secondo un modello di presa in carico unitario della persona, piuttosto che del malato, dove

prevenzione, educazione sanitaria, adozione di stili di vita corretti, gestione attiva della cronicità, si declinino come unicum assistenziale;

- favorire le azioni di continuità ospedale-territorio (anche attraverso strutture intermedie quali Ospedali di Comunità e presidi territoriali) per consentire ingressi e dimissioni appropriate e protette, tenendo sempre conto della necessità di offrire risposte assistenziali non disgiunte da un progressivo intensificarsi del livello di umanizzazione delle cure stesse.

Gli obiettivi fondamentali delle UCCP e delle AFT sono:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto);
- garantire la continuità delle cure mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda individuale informatizzata e del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- garantire la continuità d'accesso all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata 7 giorni su 7, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina generale;
- garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi con particolare riferimento alla gestione integrata della cronicità, sia attraverso l'integrazione assistenziale tra le componenti della medicina convenzionata, che attraverso l'integrazione informativa tra questa e la rete distrettuale ed ospedaliera.

Obiettivi attesi

- Elaborazione di un modello unico regionale di UCCP che tenga conto della diversità dei contesti socio-geografici nelle varie ASL della Regione (tipologia Metropolitana, Sub-Urbana, Rurale-Montana a bassa densità abitativa) ed avvio UCCP
- Realizzazione di un software dedicato alle UCCP per la gestione della rete territorio-ospedale con interfaccia duplice (verso MMG/PLS/Specialisti Ambulatoriali e verso Presidi Ospedalieri) che permetta anche la gestione integrata per l'adozione dei PDTA e delle cronicità (Linea Progettuale n. 5)
- Elaborazione di un progetto formativo per "formatori in UCCP" individuati tra il personale sanitario aziendale da organizzare in un team itinerante per la trasmissione dei messaggi formativi all'utenza (conoscenza delle risorse e dei presidi sanitari e corretto utilizzo degli stessi, modalità di accesso ai servizi, miglioramento degli stili di vita, indicazioni per una corretta assunzione di farmaci, prevenzione delle riacutizzazioni nelle cronicità)
- Creazione di un CUP regionale per la gestione delle prenotazioni e l'abbattimento delle liste di attesa
- Promozione dell'utilizzo di strutture ospedaliere dismesse per la realizzazione di sedi di UCCP e di forme intermedie di assistenza continua come Ospedali di Comunità nelle aree rurali
- Facilitazione delle relazioni ospedale-territorio a vantaggio anche degli obiettivi di cui alla Linea Progettuale n. 5 (Gestione delle Cronicità) e n. 6 (Reti Oncologiche)
- Attività di comunicazione e di relazioni con il pubblico con elaborazione di un piano di comunicazione a valenza regionale a cura di un esperto in comunicazione dell'area sanitaria, per la trasmissione dei

principi organizzativi e delle finalità pratiche della presente Linea Progettuale, ai diversi destinatari del processo e per le azioni di sostegno e correzione in itinere

- Adozione di una piattaforma unica regionale clinico-gestionale che abiliti ad esempio:
 - integrazione con i sistemi informativi esistenti nelle diverse AASSLL e con la rete delle Farmacie convenzionate (verso una Farmacia dei Servizi)
 - gestione della scheda paziente e del FSE secondo vincoli di privacy e sicurezza dei dati
 - implementazione di regole automatizzate di arruolamento dei pazienti nei percorsi di assistenza territoriale con eventuale clusterizzazione dei pazienti per classi omogenee di severità clinica
 - informatizzazione e parziale automazione dei PDTA
 - valutazione nel percorso di cura di variabili sociali in una visione olistica del paziente in quanto persona
 - osservazione in tempo reale delle modifiche dello stato di salute del paziente

Si precisa che con delibere n. 842 e 843 del 25 luglio 2016, provvedimento n. 41548 del 29 luglio 2106 e provvedimento n. 66414 del 28 luglio 2016 rispettivamente le ASL NA1 Centro, ASL NA2 Nord e ASL NA3 Sud hanno approvato l'avvio sperimentale delle AFT ed UCCP in alcuni Distretti Territoriali, pertanto ai fini della programmazione e determinazione degli obiettivi da raggiungere relativi allo sviluppo delle cure primarie si fa pienamente riferimento a quanto disposto dal Piano Regionale di Programmazione della Rete Territoriale istituito con decreto n.99 del 22/09/2016, pubblicato sul B.U.R.C. n.63 del 26.09.2016.

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 - Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
- U.O.D. 04 - Assistenza Territoriale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo

Linea Progettuale 2: Processi di umanizzazione

Lo sviluppo dei Processi di Umanizzazione rappresenta una missione volta a recuperare la centralità dell'individuo nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, in particolar modo essi coinvolgono tutti coloro che ai diversi livelli programmano, pianificano, organizzano e gestiscono l'assistenza ai pazienti in determinate condizioni di fragilità, quali i pazienti oncologici e pediatrici, anche assistiti domiciliariamente.

In Regione Campania il gap ancora esistente relativamente al soddisfacimento dei LEA determina, al di là dell'aspetto puramente tecnico, anche una inconsapevole ricaduta sulla condizione umana del paziente. Appare infatti poco rispondente a criteri di umanizzazione non garantire ai cittadini campani il soddisfacimento di obiettivi di esito di cure o di equità di accesso alle cure. Liste di attesa eccedenti l'ordinarietà o la mancata garanzia di un intervento per frattura di femore in 48 ore sono esempi declinati con eccessiva frequenza nelle strutture pubbliche campane. È pertanto indispensabile programmare in quest'ottica di "nuova umanizzazione" più contestualizzata agli esiti di salute anche nell'ambito dei Fondi Vincolati, affinché dal corretto utilizzo degli stessi anche queste disparità assistenziali trovino soluzioni.

Pertanto nella valutazione delle progettualità in tale Linea la Regione Campania darà priorità ad attività che siano umanizzanti secondo questa nuova interpretazione della "umanizzazione delle Cure".

Nell'ambito degli Obiettivi di Piano annualità 2013 la Regione Campania ha già finanziato tre progetti secondo la corrispondente Linea Progettuale n. 8 "Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali" così denominati:

- analisi ed implementazione dei processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali nelle strutture di ricovero pediatrico della Regione Campania (Area Pediatrica);
- sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali - area prioritaria di intervento (Area Critica);
- sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali - area prioritaria di intervento comunicazione (Area Comunicazione).

I tre progetti avviati costituiscono il primo passo di un percorso di crescita e di modifica che ha una sua completa ragion d'essere solo se estesa all'intero team assistenziale.

Dalle tre aree (pediatrica, critica e comunicativa) sviluppate nell'anno precedente, diventa pertanto necessario propagare informazioni e modalità di approccio ad altre aree assistenziali e sostenerne la continuità in un obiettivo di sistema.

In particolare appare rilevante riproporre per le presenti annualità il progetto 8.3 relativo all'area della comunicazione, finalizzato alla formazione del personale addetto al CUP regionale (previsto come azione fondante della Linea Progettuale n. 1) e per altre aree sensibili, quali l'area ginecologica/senologica per alcune tematiche specifiche (IVG, procreazione assistita, assistenza successiva ad interventi demolitivi da

neoplasie) e l'area anziani ultra 75enni. Le progettualità in corso saranno valutate prorogabili solo se estensive e moltiplicative dei destinatari e inglobanti le nuove tematiche indicate.

Area Progettuale 1 – Migliorare la qualità delle cure per una nuova umanizzazione

In un efficace sistema sanitario la qualità delle cure è fondamento essenziale per il conseguimento di obiettivi di salute e di economicità. La qualità delle cure, intesa come dimensione complessa che coniuga appropriatezza, garanzia, equità, razionalità, gestione del rischio, declinazione ed applicazione di procedure, permette di garantire, in estensione, un nuovo dominio di umanizzazione, capace di conferire alla pratica professionale il senso compiuto di un'azione complessiva di "cura".

L'umanizzazione è un processo che coinvolge tutti, pazienti e operatori, che permette di riconoscere ad ognuno il diritto alla propria dignità e alla promozione dei valori della persona.

In questa visione, la qualità delle cure, nella complessità sopra descritta, assume una nuova rilevanza e ad essa la programmazione regionale vuole dare nuovo impulso.

Obiettivi attesi

- Riduzione delle liste di attesa
- Miglioramento degli esiti di cura nel rispetto delle valutazioni del Piano Nazionale Esiti
- Garanzia di equità di accesso
- Riduzione del rischio clinico

Azioni

- Centralizzazione delle agende di prenotazione per azienda e/o interaziendali per Macro-area provinciale, nelle more della creazione del CUP regionale
- Valutazione aziendale nell'ambito del PNE ed introduzione di azioni correttive finalizzate al miglioramento dei risultati
- Centralizzazione della preparazione dei farmaci antitumorali
- Gestione in terapia con farmaci antitumorali
- Monitoraggio dell'adozione della Check list in sala operatoria
- Prevenzione delle cadute
- Analisi eventi sentinella
- Monitoraggio indicatori e standard per la valutazione dei piani di miglioramento

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 - Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo

- U.O.D. 04 - Assistenza Territoriale
- U.O.D. 06 - Assistenza Ospedaliera

Area Progettuale 2 – Umanizzazione delle Cure Ospedaliere per l'Età Pediatrica

Sotto-progetto A) Interventi assistiti con animali

L'Accordo Stato - Regioni e Province Autonome n. 60/CSR del 25 marzo 2015, recante “Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)”, riconosce agli animali domestici un importante ruolo di mediatori nei processi terapeutici e riabilitativi.

Numerose sono state le esperienze da tempo realizzate nell'ambito di Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale che stanno assumendo carattere sempre più strutturato nei percorsi assistenziali.

I risultati di recenti studi scientifici indicano come l'interazione con un animale favorisca l'interesse verso gli altri attraverso stimoli sensoriali tattili e visivi, stimolando ilarità e giocosità e aumentando la motivazione alla conversazione e alla relazione.

Gli animali domestici rappresentano degli ottimi ammortizzatori degli stati d'ansia, della conflittualità e dello stress, costituendo, attraverso l'accarezzamento, una fonte di contatto piacevole, in grado di evocare emozioni positive e sensazioni di tranquillità e rilassatezza. Essi, pertanto, rappresentano un elemento favorevole nel processo di umanizzazione delle cure e di supporto del bambino nel percorso terapeutico attraverso quel particolare legame intenso e primitivo che unisce l'uomo all'animale.

Le attività assistite con animali consistono in interventi di tipo educativo-ricreativo e di supporto psico-relazionale, finalizzati al miglioramento della qualità di vita e realizzati mediante animali in possesso di adeguate caratteristiche, e rappresentano un valido supporto per i bambini ospedalizzati.

La mediazione da parte di un animale può essere di grande aiuto per i bambini con disturbi dello spettro autistico e difficoltà nella comunicazione.

Gli interventi che prevedono l'impiego di animali devono essere eseguiti secondo protocolli specifici, personalizzati e validati, tenendo conto non solo dei limiti del paziente, ma anche delle sue potenzialità per poter offrire il maggiore vantaggio possibile.

E' inoltre, fondamentale la presenza di un team multidisciplinare di persone con diverse competenze.

Destinatari di tale iniziativa sono i soggetti in età evolutiva ricoverati nei reparti ospedalieri di pediatria o specialistici ed i bambini affetti da autismo, da disturbi pervasivi dello sviluppo e della comunicazione, con linee di attività in ampliamento ed in estensione rispetto a quanto già progettato e realizzato nelle annualità

precedenti. Ove le precedenti progettualità non abbiano concluso l'iter o non siano state foriere di successo, si ritengono automaticamente non ripresentabili.

Obiettivi attesi

- Miglioramento della salute e del benessere dei bambini ospedalizzati attraverso lo svolgimento di attività assistite con animali domestici in grado di instaurare relazioni sociali con l'uomo, nel rispetto della legislazione vigente, al fine di incrementare il livello di umanizzazione delle modalità di assistenza e dei livelli di attenzione agli aspetti relazionali
- Sperimentazione di attività assistite dagli animali nell'ambito dei ricoveri ospedalieri dei soggetti in età evolutiva
- Promozione della diffusione degli interventi assistiti con gli animali nei percorsi assistenziali dei soggetti pediatrici in condizioni di ricovero nell'ambito dei processi di umanizzazione delle cure, nel rispetto dei principi di tutela della salute dell'utente e del benessere dell'animale impiegato
- Ricognizione delle esperienze già attive sul territorio regionale in tema di interventi assistiti con gli animali, al fine di porre in luce le esperienze più significative in termini di efficacia
- Standardizzazione protocolli operativi di interventi e di strumenti di valutazione dell'efficacia
- Implementazione di attività di valutazione della qualità percepita mediante l'adozione di appropriate metodologie

Azioni

- Iniziative divulgative e formazione del personale interno delle Aziende Sanitarie e dei care giver in relazione agli obiettivi del progetto;
- Definizione di protocolli operativi per l'utilizzo degli animali domestici come mediatori nei percorsi assistenziali al fine di accrescere l'alleanza terapeutica, la disponibilità relazionale e la capacità di comunicazione dei bambini in condizioni di ricovero;
- Definizione di un sistema di valutazione dell'efficacia degli interventi;
- Attività, utili a valutare eventuali scostamenti della percezione della qualità erogata rispetto alla qualità "progettata", quali in particolare l'uso di questionari semi-strutturati, per consentire l'avvio delle coerenti azioni di miglioramento nello specifico contesto dell'umanizzazione delle cure.

Risultati attesi

- Definizione di protocolli operativi e di strumenti di valutazione dell'efficacia degli interventi assistiti con gli animali atti a migliorare i processi di umanizzazione delle cure;
- Incremento di specifici programmi di attività assistite con animali domestici, realizzati sulla base della valutazione del contesto e della metodologia di intervento anche in relazione alla finalità richiesta, da parte di équipe multidisciplinari.

UOD di riferimento

- U.O.D. 05 - Interventi socio-sanitari
- U.O.D. 09 - Monitoraggio e regolamentazione dei L.E.A – appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo

Sotto-progetto B) adeguamento logistico-organizzativo delle strutture assistenziali dell'età pediatrica finalizzato ad una "normalizzazione" della area degenza e di cura. Sostegno all'ospedalizzazione

Il bambino ospedalizzato o comunque sottoposto a cure mediche anche diurne o ambulatoriali subisce lo strappo dalla dimensione domestica, familiare, scolare, amicale. Il Benessere psicofisico del piccolo paziente viene turbato, oltre che dallo stato di malattia psico-fisica, anche, e non poco, dalla mutazione delle relazioni e delle abitudini: difficoltà a comprendere la malattia, improvvisa separazione da famiglia e amici, l'ingresso in un luogo sconosciuto, l'interazione con persone sconosciute. Il permanere a lungo nell'ambiente di cura crea un progressivo allontanamento dagli interessi quotidiani, dalla vita sociale, sostenendo il pensiero negativo che la malattia ponga nuovi limiti oltre quello della pura compromissione della salute, potendo alterare il senso della propria identità.

Vengono infatti sacrificati, ordinariamente, nell'ambiente di cura, i diritti elementari dei bambini: il diritto al gioco, il diritto allo studio, il diritto alle relazioni familiari ed amicali.

I bambini sviluppano nuove paure, ansie e timori, nella dimensione della malattia. Non sempre la struttura familiare e la capacità genitoriale sono pronti e forti nel decodificare tali sentimenti, nel superarli a loro volta, nel condurre per mano il piccolo paziente nel percorso di cura. Ciò è tanto più difficile quando la patologia sia complicata, o addirittura a prognosi infausta. La diagnostica invasiva può diventare per il bambino un brutto sogno o un nuovo amico robot con cui giocare: tutto dipende dalla percezione positiva o negativa che il piccolo avrà dell'insieme in cui trascorre le sue giornate. Esistono ampie documentazioni in letteratura sulle problematiche psicologiche del bambino derivanti dall'ospedalizzazione.

Supportare paziente e famiglia nella compliance delle cure migliora senza dubbio la loro praticabilità e sicuramente la qualità di vita in corso di cure. Percorsi di umanizzazione delle cure possono modificare la prassi di accoglimento dei bambini e dei loro familiari, approfondendo aspetti relazionali, tecnico-diagnostici e terapeutici.

La vicinanza della famiglia, la possibilità di continuare percorsi scolastici o mantenerne l'esercizio, sono ulteriori strumenti per rendere "più normale" il percorso di cure. Ambienti di degenza e cura che permettano una dimensione "reale, domestica, tendente al normale" sono auspicabili nell'ambito di processi di riorganizzazione. In tali ambienti sarà possibile declinare piccoli gesti quotidiani di cura al piccolo paziente, di percorsi scolastici, di gioco e di amicizia.

La comunicazione non verbale assume nel bambino malato rilevanza più che particolare. In tal senso l'attenzione alla cromoterapia, il benessere visivo, il colore dei camici, la disponibilità di giochi potranno alleviare il malessere indistinto che porta con sé la malattia.

Obiettivi attesi

- Miglioramento del benessere dei bambini malati attraverso lo svolgimento di attività di cura genitoriale
- Recupero di un contesto di normalità sociale nella fase di degenza e di cura attraverso attività ludiche, socializzanti e di sostegno scolastico
- Simulazione di un ambiente domestico in spazi dedicati con la possibilità di ricreare ambientazioni familiari che permettano di ridurre la dissociazione spaziale tra casa e ospedale
- Sostegno psicologico al piccolo paziente ed alla famiglia nella decodifica delle ansie e delle paure legate alla malattia, alla sua gestione, alla sua evoluzione
- Alleggerimento del livello di setting assistenziale, favorendo la creazione di ambienti di ricovero diurni
- Miglioramento del clima lavorativo nelle aree di degenza pediatriche
- Raccordo con i Servizi Sociali territoriali per la presa in carico di situazioni familiari complesse e di medio/elevato disagio sociale

Azioni

- Consentire alla famiglia una presenza cooperativa nel processo di cura, alimentando la possibilità di replicare azioni domestiche semplici, capaci di riconnettere il paziente alla famiglia (es. rendere disponibili ambienti per tisanerie, ludoteche, spazi studio, piccole biblioteche, connessione internet anche in video)
- Stabilire, attraverso protocolli di intesa con le scuole, per le degenze prolungate, interventi di approfondimento scolastico, anche attraverso strumenti mediatici
- Garantire supporto psicologico al piccolo degente ed alla sua famiglia per il superamento delle situazioni di ansia e stress legate alla malattia
- Favorire il sostegno psicologico nella relazione genitoriale e familiare per l'accettazione e la gestione della malattia e delle sue ricadute nell'ambito familiare
- Nelle degenze con pazienti cronici favorire la creazione di gruppi di autoaiuto delle famiglie con un caregiver psicologico
- Nelle patologie complesse, a follow up periodico, favorire la creazione di punti periferici di riferimento, in ambienti dedicati, per la gestione della domanda intermedia, nei presidi ospedalieri delle ASL, fornendo azione di tutoraggio professionale in un modello di rete assistenziale prolungata, dal centro al territorio
- Aiutare il piccolo paziente nella comprensione della malattia, ad esempio mediante la creazione libera di diari di degenza, che possano essere anche strumento di valutazione dello stato di benessere psichico del paziente

- Formazione del personale di assistenza per aumentarne il livello di consapevolezza nel percorso di umanizzazione, educando i comportamenti di tutti coloro che ruotano intorno al paziente
- Sensibilizzare e rafforzare le funzioni di assistenza sociale delle Aziende nella gestione e nella dimissione di famiglie problematiche
- Migliorare la qualità degli spazi destinati alle attività non assistenziali

Risultati attesi

- Miglioramento del benessere psichico e della qualità di vita del piccolo paziente malato
- Aumento della consapevolezza della famiglia nella gestione della patologia
- Mantenimento delle relazioni socio-affettive-familiari del piccolo paziente
- Riduzione delle fenomenologie di disagio psicologico o delle depressioni in ambito familiare collegate alla patologia del piccolo paziente
- Ridurre fenomeni di burn out del personale addetto all'assistenza

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 - Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo
- U.O.D. 16 – Attività consultoriale e materno infantile
- U.O.D. 06 – Assistenza Ospedaliera
- U.O.D. 04 – Assistenza Territoriale

Sotto-progetto C) – Le cure in Neonatologia – il rapporto con la madre nelle TIN – il neonato disabile

La nascita di un bimbo prematuro irrompe nella vita di una donna e della famiglia in maniera imprevista. La permanenza del piccolo neonato nella degenza TIN impone, alla madre soprattutto, di creare una nuova dimensione relazionale con il figlio, quasi del tutto impossibilitato a relazionarsi con lei

Familiarizzare con le macchine che tengono in vita il figlio, abituarsi all'utilizzo di presidi sanitari che garantiscano la protezione igienica del bambino, assistere ai progressi alimentari e fisiologici, quando non si è chiamati a seguire un andamento infausto della condizione neonatale, sono modifiche comportamentali che richiedono grande sostegno

Da parte sua il bambino prematuro ha diritto al contatto immediato e continuativo con la famiglia, alla presenza attiva dei genitori, evitando la dispersione del nucleo familiare

La consapevolezza dello stato di salute del neonato, le necessità assistenziali, la durata prevedibile della degenza sono informazioni necessarie per il nucleo familiare, utili a programmare e gestire la fase di ricovero

Le eventuali disabilità derivanti da patologie neonatali o prenatali possono complicare ulteriormente la gestione del rapporto familiare, sia nella comprensione della condizione, sia nell'incapacità a gestire una situazione complessa non attesa

Obiettivi Attesi

- Migliorare il livello di informazione e conoscenza delle condizioni del neonato
- Favorire la continuità della presenza della famiglia
- Decodificare e prendere in carico fenomeni di disagio psicologico e/o psichico nei confronti del piccolo paziente, sorreggendo la consapevolezza della condizione e intervenendo nei momenti di sofferenza
- Favorire l'accettazione di una condizione di disabilità inattesa

Azioni

- Formare il personale all'informazione continua
- Consentire la continuità della presenza del nucleo familiare anche attraverso la realizzazione di ambienti confort per piccoli riposi e gestione piccole esigenze personali
- Garantire sostegno psicologico nei momenti critici con presa in carico della famiglia, specie nelle condizioni sanitarie ad esito infausto
- Assistere e formare il nucleo familiare nella fase di pre-dimissione, onde alleggerire il carico emotivo del rientro al domicilio
- Mantenere una rete telefonica di accesso privilegiato post-dimissione per la transizione verso la fase di domiciliarizzazione
- Consentire la comprensione e la conoscenza di eventuali disabilità permanenti
- Favorire l'indirizzo verso strutture territoriali per la presa in carico del neonato disabile
- Creare un rapporto sinergico con il Pediatra di Libera Scelta

Risultati Attesi

- Miglioramento della qualità percepita in termini di ospitalità
- Riduzione degli eventi critici nel nucleo familiare derivanti da prolungate degenze in TIN
- Miglioramento delle competenze genitoriali rispetto ad un neonato con residui di disabilità post-partum
- Accesso facilitato ai servizi territoriali in caso di neonato disabile
- Riduzione degli accessi impropri al P.S. e ricoveri ripetuti

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 - Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo

- U.O.D. 16 – Attività consultoriale e materno infantile

Area Progettuale 2 - Sviluppo dei Processi di Umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali (Area Critica – Area Comunicazione)

Nell'annualità 2013, gli obiettivi relativi alla Linea Progettuale n. 8 consistevano in:

- formazione;
- cambiamenti organizzativi (sale di attese, punti di ascolto, sportelli informativi, più ore a disposizione per i familiari dei ricoverati presso le Rianimazioni);
- verifica e controllo della qualità percepita.

I progetti 2013 sono stati preliminarmente condivisi e valutati da AGENAS, con la quale si è tenuto un incontro per la condivisione del progetto nazionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione di tutte le strutture di ricovero (pubbliche e private accreditate).

La Regione Campania ha partecipato con n. 7 strutture volontarie mediante la compilazione di una check list elaborata dal gruppo di lavoro dell'AGENAS. Nei gruppi di lavoro sono state coinvolte anche le componenti civiche territoriali.

Le Unità Operative maggiormente coinvolte nella progettualità 2013 sono state le Rianimazioni aperte, le Terapie Intensive Adulti e Neonatali e la Donazione del Midollo.

Le annualità 2014, 2015 e 2016 potranno essere impegnate nel prosieguo delle Linee progettuali descritte, ma ampliate ed implementate, come di seguito specificato:

- ciascuna Azienda per le annualità 2014-2015-2016 dovrà attivare nuovi percorsi privilegiando quelle aree più esposte all'impatto con gli utenti e alla misurazione della relativa valutazione partecipata;
- le ASL e le AORN che hanno già fruito di attività progettuali formative negli anni precedenti per i percorsi di Rianimazioni aperte, dovranno rendere operative con le presenti annualità il processo, realizzando effettivamente le "Rianimazioni aperte" entro il primo semestre di nuova progettualità
- sono attesi percorsi progettuali che prevedano una operatività immediata e tangibile e che evidenzino ricadute in termini di out-come ben misurabili
- in area pediatrica anche le TIN oggetto di progettazione dovranno diventare aperte
- l'area della Donazione viene estesa anche alla donazione di organi

Le nuove progettualità dovranno riguardare le seguenti aree tematiche:

- IVG: il diritto all'umanizzazione delle cure deve essere esteso anche alla paziente che sceglie un percorso di Interruzione volontaria di gravidanza. Nell'ambito di una scelta non sempre facile per una donna, il senso dell'emarginazione sociale e psicologica, la "deportazione" di ambienti periferici e di scarsa accoglienza, l'isolamento a cui spesso le donne sono destinate nelle procedure di accesso, di

ricovero e degenza, non sono condizioni eque. Anche in questa dolorosa condizione, occorre pertanto garantire la necessaria accoglienza, informazione, sensibilità.

- procreazione assistita: fenomeno sanitario sempre più in crescita, trova nelle strutture pubbliche ordinariamente un'accoglienza marginale, e comunque di secondo piano. Anche in questo caso il diritto ad un'equità di trattamento, all'informazione, all'accoglienza trovano ampia ragion d'essere nella facilitazione di un percorso, quasi sempre lungo, protratto, pieno di delusioni.
- assistenza successiva ad interventi demolitivi da neoplasie: la diagnosi precoce, il miglioramento delle abilità e delle tecniche chirurgiche in ambito oncologico permettono sempre di più ai pazienti affetti da patologie oncologiche, di sopravvivere agli interventi ed alla malattia. Spesso però ciò avviene a prezzo di interventi demolitivi, che cambiano di fatto la qualità di vita del paziente, le sue abitudini domestiche e sociali. È necessario sviluppare in questi ambiti progettualità di sostegno ai cambiamenti fisici, psichici e di ridotta autonomia che si realizzano in tali condizioni
- anziani ultra 75enni: in grande aumento numerico, i grandi anziani non sono privilegiati nella dimensione dell'umanizzazione, rimanendo troppo spesso confinati in un'area di assistenzialismo passivo. Anche nelle condizioni di scarsa compliance fisica o psichica il grande anziano necessita di adeguate attenzioni che riconducano ad una qualità di vita adeguata al contesto di vita e/o di patologia l'assistenza sanitaria.

Obiettivi attesi

- Estendere a tutte le Aziende le esperienze maturate negli anni precedenti e ad un numero superiore di Unità Operative
- Rendere operative le progettualità precedenti
- Aumentare le aree di intervento dei processi di umanizzazione
- Migliorare il livello di qualità del processo, attraverso la produzione di Procedure aziendali
- Dare un senso compiuto alla sottoscrizione del "consenso informato" in tutti gli ambiti di sua applicazione
- Garantire un approccio di sistema alle attività a garanzia dell'equità di fruizione del bene "Umanizzazione" per tutti i pazienti
- Ridurre le pratiche diagnostiche di medicina difensiva con riduzione di costi inutili, anche attraverso nuove competenze
- Ridurre il contenzioso paziente/medico/struttura
- Migliorare il livello di soddisfazione dell'utenza
- Aumentare il numero dei donatori effettivi

Azioni

- Migliorare gli ambienti dedicati alla donazione di sangue e favorire l'accesso dei donatori
- Sperimentare percorsi di medicina narrativa in ambiti sensibili (es. rianimazione, oncologia, pediatria, salute mentale)

- Riformulare la relazione medico-paziente-famiglia sulla base di una empatia solidale alla ricerca di un processo di cura condiviso per una vera alleanza terapeutica, livellando il rapporto asimmetrico normalmente esistente tra medico e paziente
- Diffondere la cultura dell'umanizzazione dei processi ad ulteriori settori assistenziali
- Aumentare le attività di informazione e formazione sulla donazione organi e tessuti
- Rivalutare i percorsi di diagnosi e cura ricollocando il paziente al centro del processo, affiancando e sostenendo la Evidence Based Medicine (EBM), specie in caso di disabilità e cronicità
- Migliorare i risultati terapeutici con maggiore aderenza ai protocolli, anche attraverso feedback facilitati sull'efficacia delle cure

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 – Direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo



Linea Progettuale 3: Cure Palliative e Terapia del Dolore

La rilevanza del tema rende evidente la necessità di proseguire gli interventi già avviati ed ampliarli su tematiche affini e collaterali, considerato anche l'aumento di prevalenza di tale tipologia di utenza e la necessità sempre maggiore di garantire l'assenza del dolore in tutte le fasi della vita.

L'empowerment del cittadino e dell'utente infatti rendono ragione inoltre di una domanda sempre più consapevole e ferma della necessità di evitare il dolore ove e quando possibile: un'assistenza "no pain".

In tale prospettiva, oltre alla necessaria diffusione delle competenze in materia di studio e di approccio ad un'assistenza senza dolore, già curata dalla progettualità prevista nell'annualità 2013, appare necessario sostenere questa espressa volontà nazionale con l'istituzione di una rete efficace di Cure Palliative, secondo il modello delle reti cliniche integrate e secondo un'organizzazione Hub/Spoke, nella quale si realizzino anche setting assistenziali e gestionali di diversa complessità.

Il documento approvato in Conferenza Stato-Regioni del 25/07/2012 definisce già i requisiti necessari per l'identificazione dei centri ospedalieri (Hub) e territoriali/ambulatoriali (Spoke).

La Regione Campania intende pertanto promuovere un riassetto organizzativo dell'esistente per il raggiungimento di una "vera" continuità assistenziale.

Il DCA n.22 del 10/03/2015 "Applicazione Legge 38/2010. Costituzione della Rete Regionale di Terapia del Dolore – Approvazione documento Rete di Terapia del Dolore in Regione Campania: individuazione dei nodi della rete, requisiti, compiti, funzioni", declina il modello organizzativo disegnato sulla scorta di valutazioni di fabbisogni e sulla reale disponibilità di strutture esistenti e funzionanti, rispondenti ai citati requisiti.

Area Progettuale 1 - Sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica

Il numero sempre maggiore di pazienti assistibili nella rete delle cure palliative e la molteplicità delle patologie di fondo degli stessi pazienti rende necessaria una assistenza multidisciplinare e multi-specialistica.

Ciò risulta tanto più vero nella dimensione domiciliare dell'assistenza che è di fatto la dimensione da implementare e sostenere con forza e risorse, atteso che la numerosità dei posti disponibili di tipo residenziale non potrà soddisfare la domanda assistenziale né è legittimo pensare che tutta l'assistenza in tale ambito di cura possa essere resa in regime di ricovero. In tale ottica, l'integrazione del processo nell'ambito del nuovo potenziamento delle Cure Primarie, restituisce alla dimensione territoriale l'appartenenza originaria di un percorso assistenziale non più o esclusivo dell'ospedale ma esteso ai vari setting assistenziali territoriali, siano essi residenziali o domiciliari.

Socialmente la Regione Campania infatti vive ancora di una dimensione assistenziale domiciliare in cui la famiglia è il reale care giver del paziente, sotto l'aspetto della globalità delle cure, ed è questa la "cellula assistenziale" per definizione, che merita una attenzione particolare anche nella dimensione della programmazione. In tale contesto appare chiara la modalità polispecialistica/integrata dell'assistenza quale caratteristica preliminare per una assistenza rispondente ai potenziali molteplici bisogni del paziente.

In tal senso le ASL individueranno le specialità necessarie alla soddisfazione dei bisogni rilevati ed avvieranno procedure per l'implementazione di percorsi assistenziali dedicati in ambito distrettuale. Si intende assegnare al Distretto Sanitario in questa linea progettuale un ruolo fondamentale, perché trattasi di assistenza di prossimità che richiede relazioni e percorsi brevi, procedure amministrative di facile accessibilità e di evidente tempestività, risposte coordinate e continuative, anche, ove possibile in un'ottica di personale dedicato, attesa la sensibilità del contesto di cure, la tipologia del paziente, la prevedibile non breve durata dell'intervento assistenziale.

Le ASL declineranno le proprie azioni in merito per garantire personale dedicato alla presente azione progettuale, in sinergia con la quota assistenziale di tipo sociale che resta affidata all'Ambito Socio-sanitario di appartenenza.

Questa Linea Progettuale si dovrà sviluppare in un unicum assistenziale dall'ospedale, al territorio, al domicilio e viceversa, e attiene a due macroattività:

- la rete delle Cure Palliative e l'assistenza specialistica nelle Cure Palliative;
- la rete di Terapia del Dolore.

L'obiettivo fondamentale è sostenere ed implementare una rete territoriale per la presa in carico palliativa domiciliare di base e specialistica e garantire l'erogazione di Terapia del Dolore ai pazienti oncologici e non.

Tale obiettivo viene declinato sia nel setting assistenziale ospedaliero che in quello ambulatoriale e domiciliare. Le attività dovranno essere rivolte sia all'età adulta che a quella pediatrica.

Vi sono già documenti programmatici che esprimono la volontà di realizzare la rete assistenziale: la Regione Campania ha infatti recepito con DCA n.128/2012 l'Intesa Stato - Regioni del 25 luglio 2012 e, in attuazione dell'Intesa stessa, ha realizzato una rilevazione e una mappatura del sistema di offerta sia ospedaliera che territoriale per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore, in considerazione dei requisiti definiti dall'Intesa. Il documento di programmazione regionale è il Decreto che istituisce la rete di Terapia del Dolore n.22/2015.

Il suddetto Decreto ha individuato i centri Hub e Spoke di Terapia del Dolore in età adulta ed il centro di riferimento regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative per l'età pediatrica; in via transitoria è stata impartita l'indicazione ai centri Hub e Spoke individuati, di erogare prestazioni anche per i pazienti in età pediatrica, nelle more della definitiva attivazione del centro individuato e della attivazione della rete unica di dolore e Cure Palliative dedicata ai pazienti in età pediatrica.

Per tale tipologia di utenti sono stati attivati il Centro residenziale di Cure Palliative pediatriche/Hospice (due posti letto nella struttura del Santobono-Pausilipon), e le équipes dedicate in ogni Azienda Sanitaria.

Obiettivi attesi

- Per poter ritenere completa la rete per l'età pediatrica è necessario ultimare l'individuazione in ciascuna Azienda Ospedaliera/AOUP di una struttura dedicata con una propria dotazione di personale e di strumentazione.

- Attuare il piano di formazione e coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e dei servizi territoriali sanitari per l'infanzia e l'età pediatrica.
- Definire compiutamente nella componente operativa il modello assistenziale ed individuare puntualmente i nodi della rete in relazione all'area territoriale/aziendale che essi devono servire, rivedendo e ripensando la rete assistenziale ospedale-territorio come un unicum e promuovendo le forme di aggregazione funzionale, attraverso la produzione di specifici PDTA per percorsi di cura in integrazione ospedale-territorio
- Definire con chiarezza le relazioni funzionali tra le Unità di Cure Palliative e le Unità di Cure domiciliari
- Fornire la mappa regionale definitiva dei punti di erogazione delle Cure Palliative e Cure Domiciliari in assistenza ospedaliera e territoriale, al fine di garantire sia la copertura dei servizi sia la continuità della presa in carico. La mappatura costituirà la base dati per poter realizzare una analisi comparativa in relazione al target definito dalla Regione Campania anche in relazione al D.M. 43/2007.
- Coinvolgere sistematicamente nel processo le figure del MMG, PLS e Specialista Ambulatoriale
- Garantire la copertura dei flussi informativi
- Per le Cure Palliative domiciliari di base e specialistiche erogate all'assistito in caso di permanenza presso strutture residenziali extra - ospedaliere (RSA, Strutture tutelari per non autosufficienti), si deve prevedere che esse seguano le consuete procedure di erogazione e di accesso alle prestazioni e siano pertanto garantite in raccordo tra l'équipe della struttura e l'équipe domiciliare distrettuale/aziendale.
- Per la piena e completa attivazione della rete di assistenza palliativa e del dolore in età pediatrica, occorre provvedere alla individuazione dei nodi della rete dedicati, al potenziamento/costituzione dell'équipe dedicate all'età pediatrica, al rafforzamento del ruolo di coordinamento della rete affidato al centro di riferimento Santobono - Pausilipon.
- Definire procedure univoche e misurabili per la presa in carico continuativa dei pazienti adulti e minori in Cure Palliative e Terapia del Dolore, favorendo contestualmente l'incremento del numero di posti letto in strutture residenziali Hospice per adulti e minori con particolare riguardo alle strutture pubbliche, utilizzando la riconversione dei presidi, come da piano ospedaliero.

Obiettivi Generali

- analisi dei bisogni assistenziali distrettuali ed aziendali
- presa in carico domiciliare almeno dell'60% dei pazienti che ne avanzano richiesta
- riduzione dei ricoveri impropri in presidi ospedalieri
- Monitoraggio dei percorsi formativi aziendali delle singole équipe

- Rafforzamento delle equipe di Cure Palliative e di Terapia del Dolore
- Implementazione dei Sistemi Informativi, flusso Hospice e SIAD prevedendo, contestualmente la correlazione fra i sistemi informativi già esistenti e quelli in via di definizione
- Coinvolgimento attivo dei MMg e PLS nella gestione del paziente

Azioni

- Potenziare la rete territoriale per la presa in carico globale del paziente adulto e minore, attraverso l'attivazione dell'équipe multidisciplinare, a livello distrettuale (1 équipe per adulti in ogni distretto, 1 équipe almeno per ogni azienda per i pazienti pediatrici)
- Incrementare il numero di pazienti terminali in carico al sistema delle cure domiciliari
- Implementare le Cure Palliative domiciliari ai malati terminali non oncologici
- Rafforzare e consolidare la rete di Terapia del Dolore anche qualificando il personale
- Realizzare l'effettiva costituzione di équipe domiciliari di cure specialistiche per adulti e minori
- Completare la rete delle Cure Palliative per adulti e minori
- Implementare il modello organizzativo integrato nel territorio, secondo la logica dell'approccio Hub e Spoke e della continuità assistenziale
- Svolgere azioni di formazione sull'utilizzo dei farmaci per la Terapia del Dolore per il setting domiciliare

Risultati Attesi

- Incremento del numero di posti letto in strutture residenziali Hospice per adulti e minori con particolare riguardo alle strutture pubbliche, utilizzando la riconversione dei presidi -come da piano ospedaliero DCA 33/2016
- Adozione di strumenti univoci di valutazione dei casi
- Adozione ed utilizzo di strumenti di monitoraggio delle prestazioni: report, schede, anche in coerenza con le indicazioni della Legge n. 38/2010
- Applicazione sistematica di protocolli di dimissioni ospedaliere tempestive
- Garanzia di continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta"
- Implementazione dei Sistemi Informativi, flusso Hospice e SIAD prevedendo la correlazione fra i sistemi informativi già esistenti e quelli in via di definizione
- Realizzazione di percorsi formativi e/o di aggiornamento per il personale
- Efficientamento della rete di assistenza domiciliare per pazienti adulti e in età pediatrica
- Incremento delle Cure Palliative specialistiche
- Aumentare la comunicazione e l'informazione degli utenti sulle attività di Cure Palliative e Terapia del Dolore
- Garantire formazione e sostegno al caregiver nelle Cure domiciliari
- Incrementare sotto il profilo quali-quantitativo le Cure Palliative domiciliari: incremento delle prestazioni di figure professionali carenti e incremento del 15% dei pazienti terminali in carico (FLS 21)

- Garantire l'appropriatezza della collocazione in hospice
- Garantire l'appropriatezza prescrittiva del farmaco oppiaceo
- Realizzare un miglioramento su base aziendale degli indicatori di cui al DM n. 43/2007
- Realizzare un miglioramento su base aziendale degli indicatori di risultato per la Terapia del Dolore (impianti, device, prescrizioni di oppiacei e terapie)
- Contribuire alla costruzione del patrimonio informativo regionale in Cure Palliative e Terapia del Dolore
- Redigere la Carta dei Servizi regionale delle Cure Palliative sull'offerta già attiva

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 – Direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo
- U.O.D. 04 – Assistenza Territoriale
- U.O.D. 05 – Interventi socio-sanitari
- U.O.D. 08 – Politica del farmaco e dispositivi
- U.O.D. 06 – Assistenza Ospedaliera

Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità

L'evoluzione socio demografica degli ultimi 50 anni in area occidentale, il miglioramento diagnostico-terapeutico associato all'introduzione di nuovi farmaci che rallentano l'evoluzione delle patologie acute, le abitudini alimentari globalizzate e gli stili di vita scorretti (consumo di tabacco, dieta non sana, inattività fisica e consumo dannoso di alcool) hanno ridisegnato la distribuzione di prevalenza delle malattie anche nella nostra Regione.

“Si stima che 36 dei 57 milioni di decessi verificatisi nel mondo nel 2008, ovvero il 63%, sono stati causati da malattie non trasmissibili, inclusi in primo luogo le malattie cardiovascolari (48% delle malattie non trasmissibili), i tumori (21%), le patologie respiratorie croniche (12%) e il diabete (3,5%)” (OMS)

L'OMS difatti nel documento “Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020” rileva che un miglioramento di gestione delle malattie croniche non trasmissibili, tra cui malattie cardiovascolari, diabete, patologie respiratorie (oltre a tumori ed altre) migliora l'insieme dello stato di salute di una popolazione, determinandone addirittura il benessere e lo sviluppo socio-economico. L'impegno al miglioramento della governance di patologie croniche ad alto impatto socio-sanitario non è tuttavia da poter mettere in campo nel momento della cronicizzazione, ma va spalmato sull'intera esistenza del cittadino per aiutarlo ad interpretare quell'empowerment individuale e collettivo che, basato su evidenze scientifiche, permetta una migliore autogestione del bene individuale “salute”. Sebbene infatti la morbidità e la mortalità dovute alle malattie non trasmissibili si verifichino principalmente in età adulta, l'esposizione ai fattori di rischio comincia fin dall'infanzia.

La diffusione delle informazioni e delle conoscenze finalizzate alla buona gestione del “patrimonio-salute” risponderebbe anche a principi di garanzia di diritti, equità, cooperazione e solidarietà, richiamati dall'OMS, tesi ad una copertura sanitaria universale.

La nota evidenza della relazione positiva tra la riduzione dei fattori di rischio modificabili, il miglioramento dei determinanti sociali, il potenziamento della prevenzione e del controllo delle malattie croniche e il livello di salute delle popolazioni ormai è innegabile e non può non impegnare le istituzioni e le agenzie sanitarie e sociali verso ogni azione possibile che ne promuova la concretizzazione

Non ultima e rilevante è anche la valutazione effettiva dell'impatto economico sfavorevole sulla spesa sanitaria dovuta a mancata governance dei percorsi assistenziali e a mancata attivazione rispetto ad azioni di documentata efficacia. Oggi circa il 70% delle spese sanitarie sono da mettere in relazione alle patologie croniche.

Lasciare invariata la situazione attuale determinerebbe una perdita progressiva di produttività nella popolazione e un'escalation dei costi dell'assistenza sanitaria: come sempre, la prevenzione risulta un investimento!

La cronicità di per sé è uno stato prolungato e irreversibile, che finisce con l'identificare la malattia e la persona: "è un cronico... è uno scompensato..." si sente dire, così cadendo in un meccanismo di transfert che annulla quasi una identità individuale, trasferendone il senso verso un percorso esclusivamente sanitario, avvolto in un sentimento comune di inevitabile rassegnazione e nella considerazione abituale di una cronica stabilità.

Un paziente cronico è un paziente per sempre, ma è anche un paziente che spesso fa da solo, protagonista della sua malattia, specie se di cultura elevata, capace di autogestire i livelli medio-bassi di intensità della patologia, in una dimensione di autocura e di consapevolezza. È un paziente che accresce la prevalenza di una malattia, aumenta i costi sanitari del distretto, grava sulla spesa per ricoveri ripetuti e spesso non appropriati, è un paziente probabilmente con pluripatologie, che ha una frequentazione assidua con le forniture farmaceutiche, con la diagnostica, con la riabilitazione, è un paziente che chiede! E spesso impropriamente.

Ed è proprio dall'analisi della domanda che deve promanare un buon percorso assistenziale, analisi che non può essere condotta in solitario dal MMG rispetto alle pressioni, spesso inadeguate del malato e della sua famiglia. È per questo che la gestione della cronicità necessita di strumenti di governo multidisciplinari e multidimensionali che devono innestarsi sull'intero sistema sanitario, dal territorio all'ospedale e viceversa. Figura cardine attorno a cui imbastire un modello di governance è perciò, senza dubbio, oltre il paziente, il MMG e l'insieme delle Cure Primarie di cui egli è detentore, attraverso strumenti di ammissione alle cure con valutazione collegiale

È proprio nel contesto delle Cure Primarie che si potrà realizzare un serio governo delle cure, così come prospettato dalle leggi vigenti e dagli accordi contrattuali nazionali e regionali. La Linea progettuale n. 1 di questo Piano avvia con decisione questo modello di centralità delle Cure Primarie e prevede un sistema integrato che, dopo una fase di sperimentazione annuale, condurrà la Regione Campania ed i suoi distretti verso un sistema a regime in grado di accogliere il paziente in un contesto extraospedaliero con assicuranti e specifiche prestazioni. La produzione di PDTA regionali e aziendali sarà lo strumento di lavoro e di supporto alle decisioni a cui le UCCP affideranno i percorsi assistenziali in un clima di equità.

Ma qui ci viene richiesto di più, ci viene prospettata l'idea di modelli avanzati, ci viene chiesto un coraggio di programmazione nuovo, più intenso, più responsabile ancora, che veda le cure per la cronicità non più come un atto accessorio ma come processo sostanziale, anche per la sostenibilità dell'intero sistema.

Area Progettuale 1 – Governance della cronicità nelle cure primarie

Si declina in 3 sotto-progetti:

1) Attivazione ambulatori infermieristici distrettuali (non in UCCP)

La natura stessa della cronicità richiama in automatico la necessità di un meccanismo di controllo continuativo, in grado di generare precocemente sistemi di alert che anticipino sufficientemente il tempo della

riacutizzazione del processo patologico ed evitino l'insorgenza di complicanze gravi. Spesso la portata del controllo è talmente lieve che essa viene del tutto sottovalutata, affidando alla autogestione del paziente il ruolo principale.

Nulla di più sbagliato, nulla di più semplice.

La valutazione oggettiva di una persistente iperglicemia o poliuria in un diabetico, di un progressivo aumento di peso o di consistenti variazioni pressorie in un cardiopatico, di un peggioramento lieve della funzionalità respiratoria può essere evidenziata non necessariamente da una figura medica, ma anche dall'infermiere di comunità, che segue i pazienti periodicamente. La istituzione di un ambulatorio infermieristico nei distretti sanitari sede di poliambulatori, oltre che nelle UCCP, offre uno strumento nuovo, di medicina proattiva, nel panorama dell'offerta sanitaria e permette la gestione non medicalizzata di un segmento di cure intermedie, quasi quotidiane: esse, alleviando il carico degli ambulatori di Medicina Generale ed essendo un'offerta di prossimità, possono con successo far parte del modello generale delle cure primarie.

Obiettivi attesi

- realizzazione di almeno un ambulatorio distrettuale (non in UCCP) per la presa in carico di pazienti cronici, sulla base di un protocollo di intesa con i MMG.
- L'ambulatorio sarà in rete con i MMG del distretto
- Elaborazione di un software in rete con MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali capace anche di generare sistemi di alert o di programmare un follow-up preordinato affidato all'infermiere di comunità.

Azioni

- Allestimento di ambulatorio infermieristico con specifici arredi e piccole tecnologie diagnostiche
- Governance di pazienti con patologie croniche e follow-up a stretta periodicità
- Esecuzione di prelievi ematochimici
- Somministrazione di farmaci anche per via endovenosa su prescrizione medica
- Medicazioni, educazione sanitaria, educazione alimentare

Risultati attesi

- Riduzione dei ricoveri impropri
- Riduzione dei codici bianchi in P.S.
- Miglioramento della gestione delle cronicità
- Prevenzione degli episodi di riacutizzazione delle patologie
- Compliance terapeutica

2) Attivazione degli Ospedali di Comunità (OdC) e/o potenziamento di quelli avviati

In Regione Campania la realizzazione degli Ospedali di Comunità stenta a decollare. La loro definizione quantitativa, ai sensi del Decreto 49/2010 veniva affidata alla pianificazione delle singole ASL, nell'ambito del Piano Attuativo Aziendale da produrre in applicazione del citato decreto 49/10.

Il ruolo dell'Ospedale di Comunità è sicuramente circoscritto ad una dimensione territoriale particolare, di contesti geomorfologici e sociali in cui la dispersione demografica, le difficoltà di comunicazione, una popolazione prevalentemente anziana limitano la fruizione dei luoghi di cura ordinari e permettono allo stesso tempo una gestione di tipo intermedio nel livello di cure.

Azione rilevante per la gestione della cronicità in un regime di ricovero a bassa intensità assistenziale sarà il completamento della realizzazione degli Ospedali di Comunità che, oltre a costituire un presidio di filtro per i ricoveri in ospedale può essere tranquillamente utilizzato per le dimissioni protette, riducendo le degenze in area per acuti e permettendo al soggetto portatore di una cronicità di recuperare un equilibrio clinico in assoluta protezione, senza inappropriata collocazione. La persistente insufficienza d'organo che si rileva nel 10-20% di pazienti dopo un episodio acuto richiede ancora cure mediche complesse per un periodo prolungato, non gestibili al domicilio.

In questa dimensione di cura si realizza una bella e forte integrazione territorio-ospedale, considerata qui la prevalente attività dei MMG e degli Specialisti Ambulatoriali.

Considerando anche la tematica relativa ai costi di un OdC vi è da rilevare che il costo di degenza in OdC è di 100 euro/die, quello di un medico di 22,46 euro/ora, da cui si evince un risparmio considerevole rispetto al costo di degenza in Ospedale per acuti.

Obiettivi attesi

- far fronte ad alcune forme di patologie che prevedono una assistenza infermieristica costante
- favorire il consenso, il senso di sicurezza e di appartenenza di una popolazione che viene tutelata attraverso tipologie di intervento integrate tra sanitario e sociale
- gestire attraverso un percorso sanitario patologie difficilmente trattabili a domicilio
- ricercare una modalità erogativa attraverso un rapporto costo - beneficio equilibrato
- sostenere le famiglie con un ricovero " di sollievo" per alleviare lo sforzo di assistenza da parte dei familiari in alcune patologie croniche
- riconvertire ospedali dismessi e mantenere un presidio sanitario attivo
- portare al funzionamento i rimanenti Ospedali di Comunità e potenziare quelli già attivi, con elaborazione di Linee Guida generali per il funzionamento di tali presidi (criteri di inclusione, modalità di integrazione con le Cure Primarie, azioni socio-sanitarie per il rientro al domicilio,ecc)

Azioni

- Creare relazioni funzionali tra Ospedale di Comunità e Centri specializzati esistenti sul territorio (es. Centri Antidiabetici, Centri Antipertensione, ecc.) per la presa in carico di pazienti in fase di scompenso.
- fornitura di tecnologie diagnostiche a bassa complessità (esempio: Minilab - Ecografi color doppler)
- realizzazione o miglioramento di condizioni di confort (Letti ergonomici, tv in camera di degenza, aree di sosta diurna di tipo comunitario, ecc.),
- garantire supporto specialistico per branche specifiche.

3) Elaborazione ed implementazione PDTA per patologie croniche ad elevato impatto assistenziale e nuovi metodi strutturati per la loro Governance

Il presente capitolo di interventi intende sviluppare, in coerenza con le linee relative alla assistenza primaria (UCCP e ospedale di comunità), azioni a favore di soggetti adulti e in età pediatrica finalizzati alla presa in carico dei soggetti affetti da malattie croniche ad elevato impatto assistenziale. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità ed al miglioramento della qualità di vita. Pertanto il PDTA costituisce lo strumento per la corretta gestione del malato e per la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

La governance delle malattie croniche necessita inoltre di moderni metodi strutturati, capaci di realizzare strumenti innovativi che, a partire dall'analisi della domanda e della programmazione dei servizi, permettano di realizzare valutazioni di efficacia degli interventi, nell'ottica di una globale appropriatezza. Si rendono necessari strumenti a supporto della qualità della prescrizione, per un utilizzo più razionale del farmaco e per un miglioramento generale del percorso di cura.

Esso si articola in sotto-progetti:

- analisi strutturata degli scenari regionali e aziendali relativamente all'andamento delle patologie croniche a più elevato impatto di spesa e a maggior rischio di inappropriatezza
- sviluppo e messa a regime del PDTA per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età pediatrica
- gestione delle malattie croniche in età evolutiva: nuovi percorsi diagnostici terapeutici in Campania

Area Progettuale 2 – Sviluppo e messa a regime di PDTA e Reti Assistenziali per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età pediatrica in continuità Ospedale-Territorio

I pazienti cronici hanno un rischio maggiore di outcome negativi, quali aumento della morbidità, della frequenza e della durata di ospedalizzazione. In coerenza con le attuali indicazioni in tema di appropriatezza di setting di cure e di EBM, è necessario generare un nuovo equilibrio e una più forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute.

I Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) consentono l'interazione senza sovrapposizioni e duplicazioni degli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera, e, in una prospettiva più ampia, anche delle risorse della comunità.

È necessario pertanto definire modalità organizzative del lavoro in rete che superino l'impropria contrapposizione tra Ospedale e Territorio, individuando metodologie e strumenti per favorire al massimo le loro potenzialità.

La rete che si deve creare deve tener conto delle realtà locali con l'integrazione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali, nonché degli altri specialisti fondamentali nel percorso quali infermieri, fisioterapisti, psicologi, etc. Tale integrazione agevola il processo di condivisione di scelte terapeutiche basate sulla evidence based medicine (EBM) tra i diversi professionisti coinvolti nonché un maggiore coinvolgimento del paziente e quindi una miglior adesione alla terapia.

La rete sarà costruita senza dimenticare il contributo delle associazioni di volontariato e delle famiglie/care giver che possono collaborare in modo significativo nella corretta informazione e al supporto ai pazienti.

L'applicazione di un PDTA passa, quindi, anche attraverso l'ottimizzazione della distribuzione territoriale dei centri prescrittori e come già ribadito la loro messa in rete.

Quindi il PDTA rappresenta un ottimo strumento per ridurre la variabilità assistenziale ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, migliorando l'efficacia clinica; inoltre, definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento, garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori, aiuta a migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate e, nel contempo, aiuta a prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti.

Obiettivi attesi

- Implementare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) finalizzato all'ottimizzazione del trattamento e delle risorse e con la partecipazione delle associazioni di volontariato per:
 - Diabete
 - Scompenso cardiocircolatorio
 - Ipertensione arteriosa
 - Insufficienza renale cronica
 - Malattie rare
 - Obesità
 - BPCO
 - SLA
 - Salute mentale
 - Neuropsichiatria Infantile
- Gestire l'ingresso di ogni paziente con patologia cronica nel PDTA e nella rete ad esso collegato al quale partecipano tutti gli attori coinvolti, valorizzandone le specifiche competenze

- Garantire la continuità delle cure mediante una gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri nonché sociali e tramite il coordinamento dell'attività dei MMG, degli specialisti finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri alle strutture ospedaliere (codici bianchi di Pronto Soccorso)
- Gestire secondo un percorso manageriale condiviso e predefinito la patologia cronica per una equità di accesso alle cure sull'intero territorio regionale
- Garantire per i farmaci sottoposti al Centro Prescrittore
- Promuovere un percorso formativo manageriale rivolto agli specialisti tutti, ai responsabili dei centri prescrittori, ai medici di medicina generale, ai Pediatri di libera scelta, agli altri specialisti territoriali, nonché ai direttori di Distretto per un loro coinvolgimento attivo
- Migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti facilitando l'accesso alle cure
- Formare ed affiancare un Nucleo di esperti nominati da ciascun ASL responsabile della attuazione del PDTA sulla rete ospedale-territorio
- Verificare l'impatto sui costi di una sperimentazione di un network di teleassistenza/telemedicina che attraverso un video call center dedicato consenta di erogare prestazioni specialistiche ai pazienti
- Definire i criteri per la rete di Hub e Spoke per la gestione dei pazienti
- Ottimizzare la spesa sanitaria regionale mediante il potenziamento dell'appropriatezza organizzativa
- Ridurre gli errori sanitari e facilitare la presa in carico del paziente

MALATTIE RARE

Fondamentale è l'implementazione del piano regionale campano per le malattie rare: esso è stato concepito trasferendo e adattando alla realtà regionale la bozza del piano nazionale, tuttora oggetto di valutazione da parte della conferenza Stato-Regioni. L'Obiettivo principale del Piano è lo sviluppo di una strategia integrata, globale e di medio periodo per la Campania sulle Malattie Rare, centrata sui bisogni assistenziali della persona e della sua famiglia, definita con il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse, tenuto conto delle esperienze già maturate e nel quadro delle indicazioni nazionali ed europee

Con la consulenza del gruppo tecnico di lavoro Esperti malattie Rare la Regione Campania si propone di delineare le linee strategiche da attuare nei settori della diagnosi e dell'assistenza, ricerca, tutela e promozione sociale, formazione, informazione e sistema informativo e indicare le priorità di impiego delle risorse dedicate alle MR.

- Creazione della Rete prevista dal piano
- Individuazione di reti assistenziali per garantire la presa in carico dei soggetti con malattia rara, 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) (progetto I). Sarà necessario procedere a:
- Revisione presidi accreditati
- Individuazione di referenti per le M.R. per i presidi di riferimento, le ASL ed i distretti
- Raccolta di documentazione e dati

- Informatizzazione di ASL, uffici distrettuali e farmacie

Azioni

- Accordi interregionali per realizzare “alleanze/coalizioni” per le malattie più rare e complesse dal punto di vista diagnostico e terapeutico
- Accordi di cooperazione tra le Regioni per realizzare aree interregionali di intervento assistenziale progressivamente omogenee e integrate
 - Valutazione periodica dei presidi/strutture sulla base di indicatori di attività e di risultato
 - Utilizzo di soluzioni tecnologiche per supportare la condivisione dell'informazione clinica (es. telemedicina, teleconsulto) e per ridurre la mobilità dei pazienti
 - Adozione di nuovi strumenti amministrativi per riconoscere e garantire l'adeguata remunerazione delle prestazioni di consulenza a distanza dei centri di riferimento
 - Sviluppo di programmi assistenziali in grado di garantire la transizione dall'età pediatrica all'età adulta

REGISTRO REGIONALE MALATTIE RARE E FLUSSO INFORMATIVO

È necessario allo stato implementare e proseguire le attività del registro regionale campano. A tal fine si deve provvedere al completamento del collegamento di tutti i Presidi accreditati e al collegamento delle AASSLL al sistema informatizzato (quindi ai Presidi della rete ed al consorzio inter-regionale).

Azioni

- Raccolta nel RRMR anche di dati ulteriori rispetto al dataset minimo di riferimento concordato con RNMR
- Estensione della raccolta dei dati contenuti nel RRMR anche ad altre malattie non comprese nell'Allegato A del DM 279/2001
- Recepimento nel RRMR delle indicazioni del documento “ Core Recommendations on rare disease patient registration and data collection” elaborato e adottato da EUCERD
- Informazione e formazione, coinvolgimento delle Associazioni
- Saranno sviluppati e condivisi modelli di informazione e formazione per la divulgazione e la diffusione delle informazioni, anche attraverso il coinvolgimento delle Associazioni di pazienti.

SALUTE MENTALE

Nell'area della Salute Mentale è necessario sistematizzare i percorsi di presa in carico e di cura dei pazienti. Si rileva necessario procedere alla elaborazione di PDTA in ambito:

- Psicosi
- Depressione

- Disturbi bipolari
- Disturbi di personalità

Azioni

- I Dipartimenti di Salute Mentale della Regione condivideranno l'elaborazione dei PDTA e la loro implementazione sul territorio
- Obiettivo generale è la condivisione dei processi, l'equità dell'erogazione delle cure, l'omogeneità dell'offerta regionale.

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Si richiama quanto indicato nel DCA 99/2016 “Piano di riordino dell’assistenza territoriale” per l’implementazione del nuovo modello organizzativo di cura in ambito Neuropsichiatria infantile.

Azioni

- Le ASL dovranno costituire i NNPIA come indicato con le relative equipe. Dovrà essere garantito il raccordo con la Salute Mentale in età adulta per la fase di transizione 16/18 anni.

Azioni generali e specifiche

- Implementare le attività di consulenza dei centri regionali ove esistenti
- Aumentare i punti territoriali di assistenza per i pazienti affetti da tali patologie
- Incrementare gli interventi di tipo ambulatoriale e domiciliare territoriali
- Attivare ed implementare funzioni di coordinamento, in modo da favorire le cure domiciliari-ambulatoriali e ridurre gli accessi inappropriati in ospedale e in SPDC
- Formare il più alto numero di operatori sanitari capaci di individuare precocemente i segni ed i sintomi e di avviare il giusto percorso diagnostico e terapeutico

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 – Direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale
- U.O.D. 91 – STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo
- U.O.D. 05 – Interventi socio-sanitari
- U.O.D. 06 – Assistenza Ospedaliera
- U.O.D. 04 – Assistenza Territoriale

Area Progettuale 3 – Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche in età evolutiva: nuovi percorsi diagnostici terapeutici in Campania

Il passaggio dalle patologie acute a quelle croniche è stata una delle principali cause di ospedalizzazione in età pediatrica nella nostra Regione.

I principali problemi rilevati nella gestione delle malattie croniche in età evolutiva sono:

- la distanza dal centro di riferimento;
- le lunghe liste d'attesa;
- la difficoltà di contatto con i centri specialistici;
- la mancanza di assistenza periferica e/o domiciliare;
- una scarsa integrazione sociale e scolastica.

L'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale Pediatrico (SSRp) necessita di una valida integrazione tra: PLS, strutture territoriali, Aziende Ospedaliere e strutture regionali di riferimento già identificate per molte patologie, potenziali Hub di reti che coprano tutta la regione.

Nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale pediatrico (SSRp) sono operative due reti assistenziali su scala regionale-provinciale e aziendale-territoriale (3 Livelli Assistenziali) già avviate negli anni precedenti, per il diabete (Legge Regionale n. 9/2009) e l'obesità infantile e per i disturbi endocrinologici, neurologici e di gastroenterologia pediatrica.

Le reti sono coordinate dai Centri di riferimento regionali per patologia cronica, dove il piccolo paziente riceve la diagnosi e la terapia, e costruite su un nuovo sistema di assistenza territoriale specialistica garantito dalle Aziende Sanitarie Locali attraverso il sistema delle cure primarie e ambulatori dedicati. Sono inoltre coinvolti nel sistema Rete regionale per le malattie croniche in età evolutiva le famiglie, la scuola e le istituzioni in un percorso di informazione, educazione ed empowerment gestito dalle AASSLL e dai Centri di riferimento.

E' stato già avviato un programma con le AA.SS.LL limitatamente ad alcune patologie croniche pilota:

- diabete e obesità infantile;
- patologie croniche di tipo neurologico, in particolare disabilità neurologiche invalidanti con gravi disturbi nutrizionali;
- patologie croniche di tipo endocrinologico, ed in particolare malattie tiroidee e surrenaliche;
- patologie croniche di tipo gastroenterologico:
 - malattia celiaca;
 - malattie infiammatorie croniche intestinali.

L'obiettivo principale delle reti pediatriche è stato quello di inserire il piccolo paziente in un sistema integrato su più livelli in grado di soddisfare tutti i suoi bisogni di salute con rapidità, efficienza e competenza, rispettando il suo inserimento sociale, riducendo al minimo disagi e spostamenti, evitando migrazioni fuori Regione e riducendo al minimo la ospedalizzazione ma anche i drop-out.

La telemedicina è stata indispensabile supporto alle attività della rete regionale e pertanto le reti sono supportate da un Portale Orientato di Diabetologia Pediatrica e Obesità Infantile (denominato PODIO) e da una piattaforma regionale denominata Pediaweb entrambe raggiungibili attraverso il sito aziendale dell'AOU Federico II. Tali strutture prevedono per ogni paziente una scheda essenziale specifica per ciascuna patologia articolata in Ingresso-registrazione e Follow-up.

Una rinnovata progettualità dovrà avere come obiettivo l'ampliamento delle UU.OO. coinvolte, una nuova complessità di livello assistenziale da immettere nella rete, nuovi modelli organizzativi per raggiungere il maggior numero di pazienti, la relazione con l'Università per l'introduzione di modelli sperimentali di diagnosi e cura.

Obiettivi attesi

- Ampliare l'estensione e l'efficacia della rete già esistente per i pazienti cronici della Regione includendo le malattie reumatologiche, immunologiche e quelle respiratorie (come indicato dal Piano Nazionale delle cronicità)
- Ampliare le attività assistenziali
- Ampliare l'offerta formativa
- Aumentare l'integrazione con il sistema di cure primarie e con quello dell'assistenza ospedaliera
- Implementare un portale dedicato ed una piattaforma web
- Allestire e implementare adeguati indicatori per monitorare l'efficienza e l'efficacia della rete
- Promuovere l'empowerment del paziente cronico

Per tutte le sotto-linee progettuali, nell'ottica della costruzione di una rete informatica regionale volta a:

- Individuare nuovi pazienti ed inserirli in un circuito assistenziale, facilitando il riferimento da parte dei PLS a strutture ospedaliere di secondo e terzo livello
- Rendere facilmente disponibili i propri dati clinici ai singoli pazienti ed ai propri medici curanti
- Informatizzare il sistema di visite di follow up
- Interagire con i pazienti attraverso un canale protetto per lo scambio di informazioni sensibili
- Incrementare l'offerta di servizi specialistici ambulatoriali territoriali
- Incrementare l'offerta delle cure domiciliari
- Ridurre le liste d'attesa
- Ridurre le prestazioni sanitarie improprie e gli accessi impropri in ospedale
- Migliorare la qualità delle cure con aumento della capacità di risposta a reali esigenze
- Valorizzare le professionalità
- Ridurre il costo totale dell'assistenza

La rete costituisce una forma di collaborazione attraverso la quale l'AOU e le Aziende Sanitarie Regionali, con le loro strutture ospedaliere e territoriali, rispondono ai bisogni della popolazione, condividendo i percorsi clinici-d'assistenza, i percorsi diagnostico-terapeutici, gli standard di appropriatezza delle

prestazioni, le "best practice" ed i modelli organizzativi, nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale e attuativa aziendale.

Una Rete regionale su 3 livelli di assistenza consente di applicare le linee di indirizzo del Piano Sanitario regionale nella parte riguardante integrazione ospedale territorio e definisce un sistema operativo su livelli che semplifica l'accesso orientato alle cure da parte del paziente.

L'impatto previsto sul Sistema Sanitario è il seguente:

- attuazione dei LEA;
- appropriata distribuzione delle prestazioni sanitarie;
- complessiva riduzione dei costi;
- ottimizzazione delle risorse.

Azioni

- Implementare le attività di consulenza ai centri regionali (triage pediatrici, strategie evidence based, supporti nutrizionali, psicologici e di educazione terapeutica)
- Aumentare i punti territoriali di assistenza alla cronicità e implementare le attività di quelli già in essere (attività delle AASSLL)
- Realizzare procedure di dimissione ed invio programmato ai servizi territoriali ed ospedalieri
- Aumentare l'integrazione tra gli utenti della rete e facilitare lo scambio di informazioni attraverso il collegamento telematico tra gli operatori dei tre livelli (PODIO e Pediaweb)
- Formare il più alto numero di operatori sanitari capaci di individuare precocemente i segni e sintomi di malattie croniche in età evolutiva e di avviare il giusto percorso diagnostico e terapeutico

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 – Direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo
- U.O.D. 04 – Assistenza Territoriale
- U.O.D. 05 – Interventi socio-sanitari
- U.O.D. 16 – Attività consultoriale e materno infantile

Area Progettuale 4 – Gestione e presa in carico dei soggetti fragili e non autosufficienti

Il Patto per la Salute approvato nel luglio 2014 rinvia alle Regioni la disciplina di "principi e strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie sociosanitarie e sociali" per l'area della Non Autosufficienza, disabilità oltre che per l'area della salute mentale, assistenza ai minori e dipendenze.

I documenti di programmazione regionale di recente approvazione, relativi alla riorganizzazione della rete territoriale e ospedaliera, richiamano e definiscono gli obiettivi di implementazione e potenziamento della rete

dei servizi per la presa in carico dei soggetti fragili, non autosufficienti e disabili. Gli interventi e i risultati che si intendono realizzare, utilizzando tali fondi, sono coerenti con i Programmi Operativi collegati al Piano di rientro dal disavanzo sanitario e sono a titolarità regionale ed aziendale.

La rete dei servizi si fonda sull'integrazione tra i diversi servizi territoriali e l'assistenza ospedaliera con l'obiettivo di assicurare appropriatezza e continuità delle cure.

Occorre realizzare un'assistenza fondata sull'integrazione, comunicazione e partecipazione dei professionisti, pur appartenenti ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali del SSN, al raggiungimento di obiettivi comuni.

A tal fine è fondamentale attivare l'offerta ed attuare percorsi clinico assistenziali condivisi tra ospedale e territorio, a diverso grado di protezione ed intensità di cura elaborati sulla base di linee guida scientifiche, validate e condivise e realizzare percorsi integrati sociosanitari per la presa in carico dei soggetti complessi.

L'aggiornamento dei LEA, in coerenza con quanto indicato nel Patto per la Salute, prevede l'accesso unitario alla rete integrata dei servizi sociosanitari e la presa in carico della persona sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

E' necessario garantire uniformità sul territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza, e assicurare l'utilizzo del progetto di assistenza individualizzato/progetto riabilitativo.

Per quanto attiene al processo di presa in carico, ovvero accesso e valutazione multidimensionale, si rinvia agli atti di settore: la DGRC n. 790/2012 recepita dal DCA n. 84/2013 per la funzione di accesso, la DGRC n. 41/2011 e a specifici atti quali il DCA n.51/2015 e n. 21/2015, nonché ai decreti dedicati alle Cure Palliative n.4/2011 e n. 128/2012.

Per gli strumenti di valutazione multidimensionale si richiamano in uso la Delibera n. 323/2012 e n. 324/2012 che approvano le schede S.VA.M.A. e S.Va.M.Di. e che saranno affiancate da ulteriori atti di approvazione di strumenti dedicati all'area dell'infanzia.

Per la valutazione del bisogno riabilitativo le Linee Guida Regionali approvate con DGR n. 482 del 25/03/2004 individuano l'U.V.B.R., da attivare presso le AASSLL, le AAOO, le AAOOUUPP e gli IRCCS, quale équipe multidisciplinare responsabile dell'identificazione e della quantificazione dei bisogni riabilitativi per la definizione del setting e degli interventi più appropriati.

Nelle diverse fasi della presa in carico il processo di valutazione del bisogno, anche multidimensionale, sia garantito ad ogni passaggio. Ciascun utente che si rivolga al sistema sanitario territoriale e necessiti di una presa in carico determinata da bisogni complessi, sia beneficiario di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e/o di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Il progetto personalizzato o Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) è lo strumento che consente di porre al centro del sistema sociosanitario integrato l'individuo portatore di bisogni complessi, intorno al quale costruire la rete dei servizi e offrire la risposta appropriata.

Un progetto personalizzato deve tener conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), elaborato con i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), è uno strumento che garantisce la continuità della presa in carico del soggetto con bisogno terapeutico riabilitativo; pertanto deve essere sempre utilizzato per l'individuazione degli obiettivi e degli interventi riabilitativi nei diversi setting di cura, ospedalieri e territoriali e laddove richiesto deve completare ed accompagnare il PAI, di cui specifica l'aspetto riabilitativo.

Al fine di garantire un'efficiente ed appropriata presa in carico deve essere realizzata una procedura che preveda il collegamento tra le funzioni dell'accesso-P.U.A. e le funzioni valutative della U.V.I. e dell'Unità di valutazione per il bisogno riabilitativo ospedale-territorio.

Ciascuna azienda Sanitaria, al termine del programma triennale di riqualificazione avviato con i P.O. e con l'emanazione del Piano territoriale, disporrà di unità di cure residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per adulti e minori per la gestione di pazienti adulti con bisogni complessi e pertanto deve necessariamente prevedere la strutturazione di équipe specifiche da impiegare nei servizi dedicati, oltre che attuare i percorsi strutturati di accoglienza e di valutazione multidimensionale e rafforzare il suo ruolo di programmazione e di governance territoriale.

La rete dei servizi per la gestione della complessità è rivolta a tutti i soggetti in condizione di disabilità, fragilità, non autosufficienza con bisogno complesso:

- adulti/anziani minori fragili e non autosufficienti,
- soggetti disabili adulti e minori;
- soggetti affetti da demenze e disturbi cognitivi;
- gravi cerebrolesioni acquisite e danni midollari, compresi i soggetti in stato vegetativo e minima coscienza;
- i soggetti affetti da malattie cronico degenerative, neurodegenerative, neuromuscolari (Sla, Parkinson, sclerosi);
- soggetti affetti da disturbi mentali in età adulta ed evolutiva.

Obiettivi generali

Il programma regionale che qui si propone è finalizzato alla ri-organizzazione dei servizi, integrazione sociosanitaria, implementazione e rafforzamento dell'offerta e persegue i seguenti obiettivi:

- Migliorare l'organizzazione del sistema sanitario regionale per assicurare servizi assistenziali di alta qualità in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza a pazienti affetti da patologie complesse che richiedono un approccio continuativo e multidisciplinare, coordinato, ininterrotto e integrato con le funzioni ospedaliere e territoriali
- Promuovere modelli organizzativi e di intervento per interventi specialistici tematici (p.es. gravi psicosi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'apprendimento)

Obiettivi specifici

- 4% anziani ultra65enni in ADI (FLS 21 riquadro H 2015), articolato in obiettivi aziendali individuati per ogni azienda sanitaria: le AASSLL al di sopra dell'obiettivo programmato del 4% devono mantenere lo standard raggiunto, tutte le altre devono incrementare in maniera proporzionale
- Altri casi in ADI (FLS 21 riquadro H 2015) fino all'1% della popolazione su base aziendale (compresi stati vegetativi)
- Incrementare l'offerta di posti letto pubblici di offerta residenziale e semiresidenziale extra-ospedalieri del 10% rispetto a quanto realizzato laddove carente per tipologia e per intensità
- Consolidare i servizi pubblici ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali per la salute mentale, per la prevenzione della cronicizzazione dei disturbi e per la gestione delle cronicità
- Potenziare e differenziare l'offerta pubblica di servizi e interventi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per la diagnosi precoce e il trattamento dei disturbi psichici e di quelli del comportamento e dell'apprendimento
- Implementare i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di Piani di Assistenza Individuale (PAI) per rafforzare la collaborazione tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i percorsi di transizione
- Definire almeno 3 Percorsi integrati/PDTA a maggior impatto assistenziale e riabilitativo (per es. Parkinson, demenze, paralisi cerebrale infantile)
- Potenziare l'offerta di prestazioni psicoterapeutiche entro i servizi pubblici di salute mentale (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per il trattamento e il contrasto alla cronicizzazione e favorire il pieno recupero funzionale della persona
- Implementare Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di Piani di Assistenza Individuale (PAI) per rafforzare la collaborazione tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i percorsi di transizione

Obiettivi attesi

- Sviluppare modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza
- Incrementare i team multidisciplinari ospedale-territorio
- Incrementare le valutazioni del bisogno del paziente complesso in sede di U.V.B.R. ospedale-territorio
- Ridurre il numero medio di giornate di degenza ospedaliera

- Tempestività di attivazione dei servizi territoriali in fase di dimissione programmata
- Attivazione e funzionamento di una porta unica –per ogni tipologia di utente – di accesso (PUA) ai servizi sanitari sociosanitari e sociali per ciascun distretto sanitario
- Attivare servizi pubblici ambulatoriali, in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero, per garantire continuità della presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare della persona con bisogno complesso nell'ambito del percorso terapeutico riabilitativo
- Attivare servizi specialistici pubblici per la riabilitazione ambulatoriale di tipo cognitivo per i soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze
- Rafforzare la rete pubblica dei centri disturbi cognitivi e demenze-CDCD
- Attivazione e funzionamento di una unità di valutazione multidimensionale –U-V.I. in raccordo con le Unità di valutazione del bisogno riabilitativo
- Potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata
- Utilizzare il progetto di assistenza individualizzato - PAI ed il progetto riabilitativo quali strumenti di attuazione del percorso integrato di presa in carico
- Incrementare i posti letto pubblici residenziali e semiresidenziali extraospedalieri - area non autosufficienza e disabilità come da Programmi Operativi

Azioni

- Creare reti multi-specialistiche e multi-professionali ospedaliero-territoriali
- Promuovere l'integrazione dei servizi assicurando la continuità assistenziale
- Utilizzare la valutazione multidimensionale e/o multidisciplinare per ogni tipologia di assistenza e per l'accesso a tutti i setting assistenziali, anche mediante procedure univoche e strumenti di valutazione multidimensionali adatti a misurare oltre che il potenziale residuo e le capacità di recupero anche tempestivamente la variazione del bisogno assistenziale
- Definire un sistema di valutazione e verifica dei piani di assistenza in relazione alla rispondenza tra bisogni e risposta assistenziale
- Attuare procedure di dimissione programmata e presa in carico territoriale anticipata per i soggetti disabili, cronici e non autosufficienti
- Realizzare e monitorare i percorsi integrati di cura nei diversi setting assistenziali e riabilitativi (es. percorso SLA, Ictus, stato vegetativo, autismo, DCA, scompenso cardiaco, BPCO, frattura del femore, sclerosi)
- Aumentare l'offerta del sistema pubblico nei vari livelli e tipologie assistenziali (assistenza ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semiresidenziale) per la continuità assistenziale della persona fragile e/o non autosufficiente
- Implementare, realizzare, attivare servizi specialistici pubblici ambulatoriali
- Rafforzare le équipe dedicate all'assistenza domiciliare differenziata per tipologia di utenti, per intensità di cura (cure domiciliari prestazionali, cure domiciliari integrate di I, II, III livello, cure domiciliari riabilitative)

- Riorganizzare e potenziare i servizi pubblici ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali per la salute mentale, per la prevenzione della cronicizzazione dei disturbi e per la gestione delle cronicità
- Definire i Percorsi Diagnostici-Terapeutici Assistenziali (PDTA) ed i Piani di Assistenza Individuale (PAI) integrati per rafforzare la collaborazione tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i percorsi di transizione
- Formare il personale interno delle Aziende per la diagnosi e il trattamento dei disturbi mentali in età evolutiva e adulta, in particolare per la fase di transizione verso l'età adulta
- Promuovere modelli organizzativi e di intervento per interventi specialistici tematici (p.es. gravi psicosi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'apprendimento)
- Rafforzare la capacità di intervento dei servizi territoriali nelle emergenze e nelle fasi acute dei disturbi neuropsichici nell'età evolutiva
- Potenziare l'offerta di prestazioni psicoterapeutiche entro i servizi pubblici di salute mentale (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per il trattamento e il contrasto alla cronicizzazione e favorire il pieno recupero funzionale della persona

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 – Direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo
- U.O.D. 04 – Assistenza Territoriale
- U.O.D. 05 – Interventi socio-sanitari
- U.O.D. 16 – Attività consultoriale e materno infantile

Linea Progettuale 5: Reti Oncologiche

A) LA COSTRUZIONE DELLA RETE

L'Intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014 concernente il "Documento di indirizzo per ridurre il burden del cancro" ha prorogato al 31 dicembre 2016 la validità dell'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 – riguardante l'approvazione del Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013 – ed ha confermato il processo di pianificazione nazionale per l'oncologia e il rafforzamento dell'azione delle Regioni e del Ministero della Salute nella lotta contro il cancro.

Nel documento d'Intesa della conferenza Stato-Regioni n.144 del 30/10/2014 si è pervenuti a prediligere il modello di Rete di tipo Comprehensive Cancer Care Network (CCCN), al fine di garantire una adeguata gestione multidisciplinare integrata aderente alle linee guida e best practice, attraverso la presa in carico ad opera dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) settorializzati per patologia.

La Regione Campania, con l'emanazione del DCA DCA n.98/2016 "Istituzione della Rete Oncologica Campana" ha fornito il substrato di programmazione regionale.

La Rete Oncologica dovrà operare secondo un modello di governance basato su quattro pilastri fondamentali:

- epidemiologia;
- gestione della domanda;
- gestione dell'offerta;
- modello di controllo.

La Rete Oncologica Campana si sviluppa attraverso l'individuazione di tutti i centri deputati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei tumori maligni. Gli organi costitutivi della Rete sono i seguenti:

- Centri II livello o Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) hanno funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche e di follow-up oncologico;
- Centri di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico (CORPUS);
- Centri di I livello;
- Hospice e reparti/ambulatori di Terapia del Dolore.

L'infrastruttura della Rete Oncologica Campana inizia definendo i CORP, i quali dovranno garantire la piena attuazione di un percorso assistenziale organizzato ed efficiente, avversando le prestazioni casuali, riducendo la dispersione e migrazione, rispondendo al bisogno di salute anche non espresso, garantendo una adeguata gestione multidisciplinare integrata aderente alle linee guida e best practice, attraverso la presa in carico ad opera di Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), settorializzati per patologia.

I GOM sono gruppi di lavoro partecipati da tutti gli specialisti previsti per il corretto svolgimento del percorso assistenziale patologia-specifico, nei quali avverranno le prese in carico dei pazienti definendo il percorso assistenziale più adeguato. Importante è ricordare che gli oncologi che afferiscono a Centri che non sono

CORP potranno partecipare ad altri GOM sul territorio della Regione Campania attraverso convenzioni interaziendali.

Alcuni CORP saranno altresì definiti come Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici Universitari o a carattere Scientifico (CORPUS). Si tratta delle AAOOUU ed IRCCS afferenti alla Rete Oncologica Campana e di seguito elencati:

- IRCCS Pascale;
- AOU Federico II di Napoli;
- AOU Seconda Università degli Studi di Napoli;
- AOU San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona.

Ai CORPUS, oltre alle funzioni già attribuite ai CORP, sono attribuite anche alcune funzioni peculiari :

- impegno nella ricerca preclinica e/o clinica in vari settori correlati all'oncologia;
- vocazione alla didattica ed ad attività di alta formazione;
- servizi e diagnostica di biotecnologia su materiale patologico e bioumorale.

Essi dovranno anche svolgere un ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altri centri della Rete in ambito regionale e nazionale.

I Centri di I livello assistenziale, anche di tipo territoriale, hanno generalmente funzioni di screening e diagnostico-stadiative. Alcuni di essi si candidano a partecipare all'attuazione di procedure assistenziali (es. chirurgia oncologica, radioterapia, Terapia del Dolore), stabilite dai GOM dei centri di II livello, qualora rispettino i requisiti fondamentali allo svolgimento delle stesse.

Sono centri di I livello:

- ambulatori delle AASSLL;
- presidi ospedalieri (PO) delle AASSLL;
- centri diagnostici convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN);
- case di cura ed ospedali privati o altre Aziende private convenzionate con il SSN.

Infine, nell'ambito della Rete, al di fuori dei centri di I e II livello, nel rispetto degli specifici ambiti di competenza, rientrano anche:

- Hospice e Reparti/Ambulatori di Terapia del Dolore, per la cui definizione ed organizzazione si rimanda alla Rete di Terapia del Dolore della Regione Campania istituita con Decreto del Commissario ad acta n.22 del 10/03/2015, con riferimento alla Legge 38/2010;
- Centri di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico.

L'obiettivo principale è la costituzione di una rete oncologica regionale conforme alle disposizioni del documento "Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali" approvato in esecuzione dell'Intesa della conferenza Stato-Regioni n.144 del 10 ottobre 2014, con il quale si è inteso assumere un'ottica allargata, rispettosa dell'autonomia organizzativa della Regione, al fine di identificare gli elementi costitutivi di una rete costo-efficace comuni a qualsivoglia modello organizzativo ritenuto dalla Regione più idoneo al proprio contesto.

Sotto-progetto A) Epidemiologia

La creazione e la successiva gestione della rete non può prescindere dalla presenza di consolidati strumenti a supporto delle analisi epidemiologiche in ambito oncologico a livello regionale.

Tali strumenti e procedure dovranno garantire:

- il monitoraggio della rispondenza tra l'offerta e la domanda di cure, a livello complessivo e territoriale;
- l'integrazione di dati provenienti da fonti informative differenti e la fruibilità degli stessi da parte di tutti gli attori coinvolti.

Sotto-progetto B) Gestione della domanda

Un'adeguata razionalizzazione e successiva gestione della domanda deve obbligatoriamente passare attraverso l'implementazione di programmi di prevenzione che migliorino gli attuali tassi di copertura regionali, definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi e validati a livello regionale per ciascuna delle patologie gestite dalla Rete oncologica regionale e la definizione di linee guida condivise e validate a livello regionale per ciascuna delle patologie gestite dalla Rete oncologica regionale.

Sotto-progetto C) Gestione dell'offerta

Per far fronte in maniera efficace ed efficiente alla domanda, la Rete oncologica dovrà fondarsi su di una precisa organizzazione dell'offerta che:

- limiti le eventuali inefficienze;
- garantisca l'accesso e la qualità delle cure su tutto il territorio regionale;
- abiliti il consolidamento/ampliamento di strutture e professionalità di eccellenza.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede tuttavia che la Rete venga strutturata ed operi sulla base di:

- selezione ed assegnazione delle diverse strutture alle tipologie previste dalla Rete;
- definizione di dettaglio delle modalità operative e di gestione delle correlate esigenze economiche/formative;
- corretta distribuzione territoriale dell'offerta;
- processo condiviso di coordinamento tra le diverse tipologie di strutture e tra queste e la Regione.

Sotto-progetto D) Modello di controllo

La valutazione dell'andamento della Rete, l'individuazione di possibili interventi migliorativi ed il controllo dell'operatività richiedono la presenza di un modello di controllo delle performance cliniche, economiche ed organizzative e l'individuazione dei soggetti deputati al controllo stesso.

In particolare dovranno essere definiti:

- ruoli e responsabilità di controllo a livello regionale e per struttura;
- indicatori chiave di performance (KPI) per costi, appropriatezza clinica, appropriatezza organizzativa e di outcome;

- strumenti di raccolta dati.

Obiettivi attesi

- Definire ed organizzare il livello di condivisione di tutti gli strumenti utilizzati dalle diverse figure professionali coinvolte nell'assistenza oncologica: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri per patologia, etc
- Assicurare la Multidisciplinarietà dell'atto di Presa in Carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale, garantendo percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) capaci di continuità assistenziale e interventi adeguati e tempestivi, riducendo le liste d'attesa e secondo le corrette sequenzialità
- Favorire l'inserimento dei pazienti in studi clinici e promuovere in modo sinergico ricerca e innovazione in campo oncologico
- Garantire il superamento delle disomogeneità territoriali e la riduzione dei disagi logistici e di orientamento dei pazienti, riducendo la dispersione e la migrazione sanitaria
- Facilitare lo scambio di informazioni fra tutti i soggetti che si occupano di patologie oncologiche
- Supportare le Aziende Sanitarie nell'organizzazione, gestione ed efficientamento dei servizi in oncologia
- Individuare e diffondere best practice ed innovazioni gestionali lungo i processi chiave del ciclo diagnostico/terapeutico in oncologia
- Razionalizzare l'uso di tecnologia ad alta complessità/costo mediante l'applicazione di protocolli specifici di ricerca e programmi di training specifico
- Creare un registro regionale degli outcomes degli interventi chirurgici oncologici
- Integrare i servizi sanitari e sociali per l'assistenza a malati oncologici coordinando tutte le professionalità e le Istituzioni coinvolte nella prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione oncologica, migliorando costantemente la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle cure secondo il mutare delle linee guida e le best practice
- Ricognizione ed adeguamento tecnologico delle procedure di documentata efficacia

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 – Direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo

B) TECHNOLOGY ASSESSMENT ED INFORMATIZZAZIONE DI PROGETTO

La costruzione di una rete assistenziale, l'avvio di un processo assistenziale, la garanzia di percorsi di qualità non possono prescindere da una valutazione delle tecnologie esistenti e di quelle implementabili.

Obiettivi Generali

- ricognizione delle tecnologie esistenti, valutazione di stato, richieste di adeguamento tecnologico nell'ambito di procedure di comprovata e documentata efficacia scientifica
- razionalizzazione dell'uso di tecnologia ad alta complessità/costo mediante l'applicazione di protocolli specifici di ricerca e programmi di training specifico

Azioni

- analisi in dettaglio ed implementazione dell'Electronic Patient Record a supporto delle comunicazioni della Rete
- identificazione di eventuali gap tecnologici e le relative modalità di risoluzione / impatti economici;
- adeguamento tecnologico ed informatico
- integrazione con il Gruppo di lavoro dei PDTA per l'aspetto tecnologico ed informatico

Il progetto dovrà prevedere la partecipazione di professionalità di ingegneria clinica ed informatica, da igienisti di organizzazione, da direttori medici di presidio, medici radioterapisti, medici radiologi, chirurghi oncologi, oncologi clinici, direttori amministrativi e direttori di provveditorato, esperti di sicurezza sul lavoro.

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 - Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo
- U.O.D. 12 - Edilizia sanitaria, gestione POR e accordi di programma valorizzazione e alienazione del patrimonio immobiliare del S.S.R.

C) INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

L'avvio della rete oncologica, l'attivazione dei nodi e le relazioni funzionali, i modelli organizzativi, i PDTA elaborati necessitano di un adeguato percorso di informazione e comunicazione.

Obiettivi Generali

- Azioni di informazione e comunicazione:
 - all'Utenza

- alle Associazioni
- agli Stakeholders

In generale tali processi saranno processi di comunicazione affidati ad esperti in comunicazione sanitaria.

Azioni

Le ASL provvederanno a:

- azione informativa capillare all'utenza
- coinvolgimento dei MMG nel processo
- formazione e motivazione al personale interessato
- attivazione della rete comprensiva dell'aspetto territoriale di prevenzione e riabilitazione
- implementazione dei portali aziendali per l'accesso all'utente ad informazioni e per la gestione diretta dei servizi correlati (es. prenotazioni, disdette) nonché per accesso interno dell'operatore (in intranet) per pubblicazione e consultazione del materiale dedicato (PDTA, ecc.)
- spazio forum aziendale e regionale per discussioni e confronto su buone pratiche

UOD di riferimento

- U.O.D. 00 - Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo

D) IL GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA IN ONCOLOGIA: Formazione ad una corretta gestione dei registri AIFA web based per il governo della spesa in oncologia

Diversi sono i farmaci oncologici ad alto costo che negli ultimi anni sono stati introdotti sul mercato grazie a specifici accordi negoziali presi tra AIFA e Aziende farmaceutiche. Questi accordi hanno costituito, e tuttora costituiscono, una valida opportunità per le Autorità regolatorie sempre più impegnate nella sfida di favorire l'accesso a farmaci innovativi o ad alto costo cercando al tempo stesso di governare la spesa farmaceutica. La complessa gestione di questi accordi, denominati Managed Entry Agreement (MEA), è interamente basata sui Registri AIFA gestiti via web. Dal 2012, i Registri AIFA ai sensi dell'art.15, comma 10, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, sono anche entrati ufficialmente a far parte del Sistema Informativo del Servizio Sanitario Nazionale.

La gestione di questi registri prevede il coinvolgimento di diverse figure professionali dai dirigenti regionali ai direttori Sanitari, impegnati nella filiera delle autorizzazioni, ai medici prescrittori e farmacisti ospedalieri, impegnati nella compilazione dei registri e moduli di richiesta di rimborso.

Tuttavia, non sempre tutti questi attori sono a conoscenza delle importanti ripercussioni, anche economiche, connesse ad una non corretta compilazione dei registri.

I dati relativi ai ricavi dei MEA, pubblicati per la prima volta nel settembre del 2013, rilevano che su un totale di pay-back teorico di €46,3 milioni, circa un terzo non era stato possibile riscuoterlo a causa di contestazioni con le aziende farmaceutiche (22%) o richieste tardive da parte degli ospedali (11%), con un conseguente danno per l'SSN di circa 15 milioni di euro. Al fine di evitare situazioni analoghe, l'AIFA attualmente suggerisce di verificare attentamente i dati inseriti nei Registri prima di procedere alle richieste di rimborso.

Sulla base di tali premesse, è evidente quanto sia importante nell'ambito del progetto più ampio di costituzione delle reti oncologiche in Campania, prevedere contestualmente un programma di formazione che veda coinvolti tutti gli operatori sanitari impegnati nel processo di gestione dei Registri AIFA web based.

Dal Rapporto Osmed emerge che nel 2014 i farmaci antineoplastici e immunomodulatori sono per la prima volta al primo posto per spesa a carico del SSN (3.899 milioni di euro, +9,6% rispetto al 2013), di questa circa il 93% è riconducibile alle strutture sanitarie pubbliche (3.647 milioni di euro, +8,4% rispetto al 2013). I farmaci oncologici registrano un aumento in termini di consumo pari al 2,0% rispetto al 2013, raggiungendo le 9,7 DDD/1000 ab die. In Campania la spesa per farmaci acquistati da strutture sanitarie pubbliche è risultata pari a 836 milioni di euro, segnando una delle percentuali di crescita rispetto al 2013 più alte in Italia (+9,1%). In particolare, il consumo per farmaci oncologici in Campania aumenta del 2,7%, raggiungendo le 9,6 DDD/1000 ab die.

Obiettivi principali:

- migliorare tra gli attori del processo il grado di conoscenza dei registri AIFA
- promuovere il corretto utilizzo dei registri AIFA

Obiettivi secondari:

- valutare le conseguenze economiche di un processo imperfetto
- conoscere le responsabilità amministrative connesse ad una compilazione non corretta
- revisione ragionata dei Centri Prescrittori in funzione dell'adesione al progetto

Azioni

Corso di Formazione destinato al personale che interviene nella filiera amministrativa e sanitaria della prescrizione nel quale vengano curate competenze su :

- AIFA: ruolo, funzioni, adempimenti, connessioni con le reti aziendali
- I registri AIFA attivi
- appropriatezza prescrittiva in ambito oncologico
- normativa vigente nel settore
- farmaco-economia di base, principalmente legata ai farmaci in oncologia
- valutazione e miglioramento della qualità nel percorso registri AIFA



UOD di riferimento

- U.O.D. 00 - Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
- U.O.D. 08 – Politica del farmaco e dispositivi
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo

Linea Progettuale 6: Piano della Prevenzione

In data 22 settembre 2014, l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato il Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 (di seguito PNP).

In particolare il piano intende rispondere ad una serie di obiettivi:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze;
- avviare un processo di promozione e tutela della salute che pone la popolazione e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile.

In data 31/12/2014, la Regione Campania ha emanato il Decreto Commissariale n.156, con il quale ha recepito l'Intesa Stato-Regioni relativamente al PNP ed ha elaborato due documenti:

- schema di programmazione in cui sono stati individuati dei programmi regionali il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni nel rispetto della visione della struttura del PNP;
- relazione sullo stato di salute della popolazione.

Il Piano Regionale della Prevenzione (di seguito PRP) si articola in macro-programmi a elevata valenza strategica definiti, in base agli interventi previsti nel PNP, come di seguito esposto:

- A. Manutenzione e sviluppo dei sistemi di sorveglianza e dei sistemi informativi per la salute;
- B. Promozione del benessere della salute e nella comunità;
- C. La salute del bambino da 0 a 3 anni;
- D. Scuole che promuovono la salute;
- E. Ambiente di lavoro e tutela della salute;
- F. Ambiente e salute;
- G. Infezioni e salute;
- H. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

La Regione Campania ha provveduto inoltre a confrontare i macro-programmi regionali sopra elencati con le aree di intervento presenti nei Livelli Essenziali Assistenza (LEA) definiti con il Decreto del presidente del consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 (Settore - Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica) per individuarne le possibili correlazioni in termini di prestazioni ed obiettivi da raggiungere. Dall'analisi realizzata si evince effettivamente che i macro-programmi definiti dal PRP possono essere considerati attività LEA.

Ai fini della programmazione e definizione degli obiettivi attesi si fa pienamente riferimento a quanto stabilito dal Piano Regionale Prevenzione adottato con Delibera di Giunta Regionale n. 860 del 29.12.2015 pubblicato sul BURC n. 2 dell'11.1.2016.



UOD di riferimento

- U.O.D. 00 – Direzione Generale per la tutela della salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
- U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo

ALLEGATO B

LINEE GUIDA PROGETTI VINCOLATI

1. FASE - INVIO / ACQUISIZIONE PROGETTI VINCOLATI

Entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente Decreto, le singole Aziende Sanitarie trasmetteranno via PEC, all'indirizzo **dg.04@pec.regione.campania.it** le proposte progettuali corredate dalle Schede da n.1 a n.4 allegate al presente decreto. In particolare:

- Scheda n.1 – Frontespizio di progetto;
- Scheda n.2 – Analisi sintetica di progetto;
- Scheda n.3 – Analisi dei costi previsti;
- Scheda n.4 – Cronoprogramma.

La valutazione di ammissibilità dei progetti verrà curata da una Commissione nominata con apposito decreto presidenziale così come indicato dal corpo del decreto.

La suddetta Commissione nei successivi trenta giorni effettuerà la valutazione dei progetti ricevuti utilizzando le **Schede A (Criteri di valutazione)** e **B (Criteri di esclusione)**, allegate al presente documento.

Al termine dei trenta giorni la Commissione proporrà al Direttore Generale l'elenco dei progetti ammessi e di quelli esclusi, ai fini dell'istruttoria propedeutica al Decreto di approvazione.

A cura del Direttore Generale i progetti approvati saranno assegnati alle U.O.D. Competenti, per il proseguo dell'attività di indirizzo e di monitoraggio.

2. FASE - ATTIVITA' DI INDIRIZZO E MONITORAGGIO DEI PROGETTI

Ciascuna U.O.D., individuata quale riferimento di progetto, utilizzando la **Scheda C (Indicatori di processo e risultato)**, seguirà nel tempo l'andamento del progetto.

Ai macroindicatori già identificati, la scheda C verrà arricchita di indicatori specifici di progetto (di processo e di risultato) a rilevazione annuale.

Infine, a cura della UOD di riferimento, attraverso la **Scheda D (stato di avanzamento)** sarà monitorata la coerenza tra le attività programmate e quella realizzate.

3. FASE - CONCLUSIONE DI PROGETTO

Al termine del periodo previsto per la conclusione del progetto, il Referente Aziendale responsabile produrrà alla U.O.D. di riferimento apposita dettagliata relazione corredata **dalle Schede E (economica gestionale)** ed **F (risultato finale di progetto)**.

Il responsabile della U.O.D. di riferimento infine provvederà a validare risultati e obiettivi sanitari raggiunti dal progetto, relazionando al Direttore Generale.

SCHEDA N.1 - FRONTESPIZIO DI PROGETTO

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

REGIONE CAMPANIA		ANNO FSN	PROGETTO DI LAVORO TITOLO DEL PROGETTO
XXXX			

AZIENDA SSR	I° RESPONSABILE	QUALIFICA RICOPERTA
	II° RESPONSABILE	QUALIFICA RICOPERTA

CODICE DI PROGETTO AZIENDALE	OBIETTIVO DI PIANO - LINEA PROGETTUALE

n. 73 del 7 Novembre 2016

SCHEDA N.2 - ANALISI SINTETICA DI PROGETTO

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

REGIONE CAMPANIA		ANNO FSN	PROGETTO DI LAVORO TITOLO DEL PROGETTO	DESCRIZIONI
XXXX				

ANALISI DEI BISOGNI	Descrivere la metodologia di analisi dei dati e le informazioni raccolte che motivano il progetto
	Destinatari del progetto
CONTENUTI DEL PROGETTO	Contenuti

n. 73 del 7 Novembre 2016

SCHEDA N.3 - ANALISI DEI COSTI PREVISTI

ANALISI DEI COSTI PREVISTI		€
Anno FSN:		
Importo richiesto		0
Beni sanitari		0
Beni non sanitari		0
Servizi sanitari		0
Servizi non sanitari		0
<i>Di cui: Servizi informatici</i>		0
Personale		0
Altro		0
Totale Costi previsti		0

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 73 del 7 Novembre 2016

PARTE I

[illegible]

n. 73 del 7 Novembre 2016

PARTE I

SCHEDA A - CRITERI DI VALUTAZIONE

VALUTAZIONE PROGETTO PROPOSTO		DESCRIZIONE
UOD	REFERENTE REGIONALE	
TITOLO DEL PROGETTO		
PUNTEGGIO (DA 1 A 5)		
ORGANIZZAZIONE	Mensolatore del Progetto	
	Nota	
	Validazione della tempistica	
	Nota	
	Adempimento a sviluppo del progetto	
EFFICACIA	Adempimento a sviluppo del progetto	
	Nota	
	Congruità economica del progetto	
	Nota	
	Nota	
TOTALE AREA		0
COMPETENZE	Qualità scientifica e rilevanza del progetto	
	Nota	
	Integrità Organizzativa/Territoriale	
	Nota	
	Impatto Intersettoriale	
RELAZIONI E NETWORKING	Conferenza tra gli obiettivi di progetto e la programmazione regionale	
	Nota	
	Nota	
	Nota	
	Nota	
TOTALE AREA		0
PUNTEGGIO TOTALE	Chiarezza degli obiettivi del progetto	
	Nota	
	Evidenza scientifica e rilevanza del progetto	
	Nota	
	Profondità scientifica coinvolta nel progetto	
VALUTAZIONE PROGETTO	Originalità della proposta progettuale	
	Nota	
	Nota	
	Nota	
	Nota	
TOTALE AREA		0
NON APPROVATO	Innovazione e Trasparenza	
	Nota	
	Capacità di innovazione e coinvolgimento delle strutture SM	
	Nota	
	Integrità in rete del progetto	
PUNTEGGIO TOTALE	Formazione	
	Nota	
	Nota	
	Nota	
	Nota	
TOTALE AREA		0
PUNTEGGIO TOTALE		0
VALUTAZIONE PROGETTO		NON APPROVATO

SCHEDA B - CRITERI DI ESCLUSIONE

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

PROGETTO DI LAVORO				
AZIENDA	PROGETTO	OBIETTIVO DI PIANO - LINEA PROGETTUALE	I° RESP	II° RESPONSABILE
CRITERI DI ESCLUSIONE				
RITARDO NELLA PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA DI ATTIVITA' OLTRE I TERMINI STABILITI			X....	
IL PROGRAMMA DI ATTIVITA' PRESENTATO AFFERISCA AD UNA TEMATICA NON COMPRESA NELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE			X....	
IL PROGRAMMA DI ATTIVITA' PRESENTATO ABBAIA UNA DURATA PREVISTA OLTRE I 36 MESI				
IL PROGRAMMA DI ATTIVITA' PRESENTATO NECESSITI DI UN FINANZIAMENTO SUPERIORE A QUANTO STABILITO DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE				

n. 73 del 7 Novembre 2016

SCHEDA C - INDICATORI DI PROCESSO E DI RISULTATO

REGIONE CAMPANIA		ANNO FSN	TITOLO DEL PROGETTO	PROGETTO DI LAVORO	DESCRIZIONE
XXXX					
MACRO INDICATORI DI PROCESSO E DI RISULTATO (VALUTAZIONE ANNUALE)					
TEMPISTICA		Rispetto del cronoprogramma stabilito in fase di programmazione			
ANDAMENTO DELLA SPESA		Utilizzo delle risorse assegnate			
ESITI OBIETTIVI SANITARI		Raggiungimento degli obiettivi stabiliti in fase di programmazione			
INDICATORI DI PROCESSO E DI RISULTATO SUL SINGOLO PROGETTO DI LAVORO					
A cura del Dirigente Regionale di riferimento					

SCHEDA D - STATO DI AVANZAMENTO DEL PROGETTO

PROGETTO VINCOLATO			
AZIENDA	PROGETTO	OBIETTIVO DI PIANO - LINEA PROGETTUALE	I°

ONSABILE	II° RESPONSABILE

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

ATTIVITA' I SEMESTRE		PROGRAMMATE	REALIZZATE
	X....		X....
	X....		X....
	X....		X....
	X....		X....

ATTIVITA' II SEMESTRE		PROGRAMMATE	REALIZZATE
	X....		X....
	X....		X....
	X....		X....
	X....		X....

n. 73 del 7 Novembre 2016

SCHEDA E - ECONOMICA GESTIONALE

ANALISI DEI COSTI SOSTENUTI		€
Anno FSN:		
Importo Assegnato		0
Beni sanitari		0
Beni non sanitari		0
Servizi sanitari		0
Servizi non sanitari		0
<i>Di cui: Servizi informatici</i>		0
Personale		0
Totale Costi Sostenuti		0

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 73 del 7 Novembre 2016

PARTE I

SCHEDA F - RISULTATO FINALE PROGETTO DI LAVORO

REGIONE CAMPANIA		ANNO FSN	TITOLO DEL PROGETTO	DESCRIZIONE
XXXX				
Obiettivi perseguiti				
Outcome di salute raggiunti				
Strutture aziendali coinvolte				
Professionalità coinvolte				
IMPATTO ECONOMICO / GESTIONALE				
IMPATTO ORGANIZZATIVO				
NUMERO E TIPOLOGIE DI ATTIVITA' PROGETTUALI IN VIA DI ISTITUZIONALIZZAZIONE				