



## *Regione Molise*

QUADRO STRATEGICO DEI PROGRAMMI OPERATIVI PER LA PROSECUZIONE DEL PIANO DI  
RIQUALIFICAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

# PIANO SANITARIO REGIONALE 2013 – 2015

marzo 2013

(Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 20 marzo 2013)

*U. Pin*

*Stefano*

## **A. INTRODUZIONE**

### **1. PREMESSA**

La Regione Molise è caratterizzata da una serie di peculiarità che conferiscono maggiore complessità al governo del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Esse attengono in particolare alla sfera demografica e a quella socio-economica, oltre che alla caratteristica di essere la regione meno popolosa d'Italia dopo la Valle d'Aosta.

Sul versante demografico, rilevano i correlati fenomeni del progressivo invecchiamento e della contrazione numerica della popolazione.

Il Molise ha una quota di over 65 (e soprattutto di over 75) superiore alla media nazionale e persino maggiore della media di numerose Regioni settentrionali.

Un ulteriore fattore rilevante per il sistema molisano è il significativo divario del reddito pro capite rispetto alla media nazionale.

I fattori demografici e socio economici della regione sono determinanti dello stato di salute della popolazione molisana e devono orientare, insieme al quadro epidemiologico, la congruenza dell'organizzazione e dell'offerta di servizi e prestazioni secondo gli obblighi prescritti dai livelli essenziali di assistenza e secondo il vincolo delle risorse disponibili. Fronteggiare i bisogni di una popolazione caratterizzata da rapido invecchiamento e allo stesso tempo alti livelli di deprivazione, implica che la priorità assoluta debba essere quella di dare coerente risposta alla cronicità.

Ciò indirizza il cambiamento del servizio sanitario regionale verso il rafforzamento dell'assistenza primaria, affiancata dai servizi specialistici di primo livello, collegata ad un capillare sistema di emergenza urgenza, integrata dalla funzione ospedaliera in un contesto che garantisce la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale.

Il Molise, malgrado evidenti miglioramenti realizzatisi nello specifico negli ultimi anni, continua ad avere un eccesso di posti letto ospedalieri e, insieme, una grave carenza di offerta di residenzialità per anziani e disabili nonché di assistenza domiciliare. Ne derivano elevati livelli di inappropriatezza nell'uso dell'ospedale con il permanere di alto tasso di ospedalizzazione (per il 2011, Molise 199 per mille abitanti; Italia 180 per mille. – fonte dati: Molise dati- flusso SDO al 25 giugno 2012).

In buona sostanza, la programmazione del futuro SSR, in ossequio agli impegni dettati dal piano di rientro e ai conseguenti piani operativi, deve essere in grado di spostare il baricentro assistenziale regionale, liberando risorse, in larga misura dal settore ospedaliero e specialistico verso lo sviluppo dell'assistenza primaria, ivi compresa l'esigenza di far fronte agli emergenti e crescenti bisogni della non autosufficienza.

L'adozione del piano sanitario 2013 – 2015 della regione Molise avviene in un momento particolare della storia del Paese, caratterizzata dalla crisi economica e finanziaria e dai conseguenti interventi straordinari di razionalizzazione della spesa pubblica, per creare le condizioni favorevoli all'abbattimento dell'insostenibile debito pubblico e, quindi, del carico fiscale, che grava pesantemente sui cittadini, sulle famiglie e sulle imprese. Ciò ha un peso maggiore per le regioni in Piano di rientro sanitario che devono applicare maggiorazioni fiscali rispetto a quelle ordinarie.

La razionalizzazione della spesa pubblica deve avvenire senza ridurre le prestazioni ai cittadini, ma recuperando i livelli di efficienza operativa che consentano comunque di garantire i livelli essenziali di assistenza da adeguarsi dinamicamente all'evoluzione dei bisogni di salute.

Il Piano sanitario è lo strumento fondamentale per portare a compimento gli obiettivi già fissati dal piano di rientro 2007 – 2009 e implementati nei piani operativi annuali.

## **2. IL QUADRO NORMATIVO**

Gli interventi già previsti di riqualificazione funzionale e di riequilibrio economico del SSR, vanno oggi riconsiderati ed aggiornati alla luce della normativa introdotta dal titolo III del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge 7 agosto 2012, n. 135, recante disposizioni urgenti per la razionalizzazione e la riduzione della spesa sanitaria. In particolare, sono poste norme di programmazione relative al governo della spesa farmaceutica, all'acquisto di beni e servizi, alla ridefinizione dei contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture private accreditate, alla dotazione di posti letto della rete ospedaliera e all'organizzazione interna degli ospedali.

La nuova normativa, in particolare, prevede una dotazione di posti letto per pazienti acuti non superiore a 3 per mille abitanti e di 0,7 per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie. Conseguentemente è rideterminato il tasso di ospedalizzazione di riferimento, pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25% (40 per mille abitanti) relativo a ricoveri diurni.

Ne deriva l'obbligo di rimodulare le reti assistenziali di emergenza urgenza, territoriale ed ospedaliera, ponendo particolare attenzione alla dimensione demografica del Molise per ridisegnare il rapporto tra strutture di offerta e bacini di utenza.

## **3. IL CONTESTO E LE TENDENZE DEMOGRAFICHE SOCIO ECONOMICHE ED EPIDEMIOLOGICHE DELLA REGIONE MOLISE**

Le caratteristiche demografiche, socio-economiche ed epidemiologiche della regione Molise sono descritte nell'**allegato 1**.

Il contesto e le tendenze non registrano rilevanti modificazioni rispetto a quella di riferimento del PSR 2008-2010 e al successivo Piano di rientro.

## **4. I PRINCIPI FONDANTI DEL PIANO SANITARIO REGIONALE**

Il PSR si ispira ai seguenti principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, che sostanziano i diritti di cittadinanza in materia sanitaria e la centralità della persona secondo il dettato costituzionale:

a) **Universalità dell'accesso ai servizi e libera scelta** del luogo di cura, alle condizioni previste dall'ordinamento giuridico; la libera scelta implica il principio della portabilità del diritto, ossia della garanzia che essa possa realizzarsi tra tutte le strutture accreditate con sede nella regione Molise e in tutto il territorio nazionale, ove possibile nell'ambito di accordi della regione medesima con le altre regioni, principalmente quelle di confine.

b) **Sostenibilità** col finanziamento del fondo sanitario nazionale attraverso la fiscalità generale, che fa da corollario all'universalità di accesso, integrato dalle compartecipazioni alla spesa stabilite dalle leggi nazionali e regionali, dai fondi di assistenza sociale per i programmi di assistenza socio sanitaria, il patrimonio di dotazione dell'azienda sanitaria unica regionale (ASReM).

c) **Rispetto della dignità della persona** e della sua centralità nelle procedure di accesso ai servizi, di cura e di assistenza.

d) **Equità nell'accesso ai servizi** per tutte le persone presenti nel territorio regionale, che si realizza:

➤ nell'allocazione equilibrata delle risorse alle aree di prevenzione, di cura e di riabilitazione, garantita dall'applicazione di sistemi di programmazione e controllo dell'offerta di servizi sulla base di accurate analisi della domanda sanitaria, espressione dei bisogni emergenti nel territorio regionale, di cui il Servizio Sanitario Regionale – SSR si fa carico;

➤ nella razionale distribuzione territoriale dei presidi colmando la disparità di offerta territoriale in modo da garantire pienamente la presa in carico e la continuità assistenziale delle persone.

e) **Integrazione socio-sanitaria**, relativamente alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, alle prestazioni sociali a elevata integrazione sanitaria, e alle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, fermo restando la diversa competenza al finanziamento rispettivamente in capo al fondo sanitario regionale e al fondo di assistenza sociale di competenza dei Comuni.

f) **Integrazione tra ricerca, didattica e assistenza**, che si realizza alle condizioni stabilite dai protocolli d'intesa stipulati tra Regione Molise e Università degli studi del Molise.

g) **Qualità**, come la costante e dinamica ricerca, basata sul principio che la qualità non è elemento accessorio della prestazione ma l'elemento centrale per l'apprezzamento del servizio, di condizioni di gestione che permettano una perfetta aderenza tra le esigenze dell'utente (interno o esterno) e il servizio fornito, che deve rispondere ad obiettivi chiari e misurabili attraverso indicatori riferiti a:

- *sicurezza*: cure che non comportino rischio per il paziente – *primum non nocere*;
- *accettabilità*: consenso della persona al trattamento;
- *appropriatezza*: cura e modalità di cura indicate per quel particolare paziente;
- *efficacia*: capacità delle cure di migliorare lo stato di salute, in base ai risultati dimostrati dalla ricerca scientifica;
- *accessibilità*: in senso giuridico e di semplicità delle procedure burocratiche, fisico, organizzativo, culturale e di tempo intercorso tra domanda ed erogazione della prestazione.

Costituisce elemento centrale del sistema di qualità l'adeguamento delle strutture pubbliche alle norme sull'*accreditamento* perché una struttura ben organizzata favorisce un processo operativo appropriato; un processo appropriato è la condizione basilare per ottenere buoni risultati. Tale principio deve orientare le scelte prioritarie di investimento edilizio e tecnologico e di reclutamento delle risorse umane.

h) **Comunicazione**, come strumento fondamentale:

- *di educazione alla salute, che permetta alle persone di scegliere e praticare stili di vita utili a prevenire la malattia;*
- *di informazione ai cittadini sull'offerta di prestazioni e sulle condizioni della loro fruibilità;*
- *di accesso responsabile all'uso delle risorse del SSR.*

i) **Partecipazione** delle comunità locali, attraverso le loro rappresentanze istituzionali, dei lavoratori e degli operatori economici, attraverso le rappresentanze di categoria, delle associazioni di tutela degli utenti, riconosciute dall'ordinamento, ai processi di programmazione e di valutazione dei risultati del SSR e dell'ASReM.

j) **Economicità**: corrispondente ad una allocazione ed utilizzazione ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto del vincolo di bilancio.

k) **Etica e trasparenza dei comportamenti** degli amministratori, dei dirigenti e degli altri operatori, che trova realizzazione nella responsabilità di gestire risorse pubbliche destinate a realizzare fondamentali principi di solidarietà e sussidiarietà per mantenere la coesione sociale della comunità regionale. La trasparenza è, quindi, la condizione dei comportamenti degli operatori che favorisce tutte le forme di partecipazione a tutti i livelli di governo dell'azienda e di gestione dei servizi.

## 5. LINEE DI INDIRIZZO

L'evidenza dei dati statistici ed epidemiologici comporta una complessiva riorganizzazione dei servizi territoriali e ospedalieri, operando il difficile ma necessario superamento della duplicazione di servizi, sviluppando una più precisa caratterizzazione dei presidi in "rete clinica integrata", e rafforzando il collegamento ospedale-territorio.

Gli indirizzi indicati comportano l'esigenza di uno sviluppo progressivo di risposte che privilegino altri modelli organizzativi alternativi al ricovero ordinario, quali i ricoveri diurni, la chirurgia ambulatoriale, l'implementazione di strutture residenziali e semiresidenziali, di modelli sperimentali di Case della Salute ed, infine, presso il domicilio del paziente con l'attivazione delle cure domiciliari di complessità appropriata al bisogno espresso.

Alla rete di servizi ospedalieri e territoriali pubblici, nella quale trovano spazio la ricerca biomedica e la didattica del Dipartimento di Medicina dell'Università degli Studi del Molise, necessarie a creare le conoscenze, le competenze e le abilità che costituiscono le condizioni basilari della qualità del sistema sanitario regionale, si aggiunge l'offerta di servizi degli operatori privati accreditati con i quali la regione, tramite l'ASReM, stipulerà i contratti necessari a dimensionare offerta pubblica e privata in ragione del fabbisogno di prestazioni che garantiscano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e la libera scelta del cittadino.

Di grande importanza è lo sviluppo delle attività di prevenzione e promozione della salute, che per quella primaria non può prescindere dal fattivo coinvolgimento di settori non sanitari, come la famiglia, la scuola, l'imprenditoria, le associazioni religiose e del volontariato, gli enti locali.

La funzione degli enti locali dovrà inoltre esplicitarsi nei programmi di integrazione socio sanitaria, senza i quali la medicina e l'assistenza territoriale, che deve svilupparsi in sincronia con i processi di deospedalizzazione, non possono essere realizzati in modo organico ed esteso.

La Regione si pone come obiettivo generale il governo:

- dell'informazione e della comunicazione in materia sanitaria;
- della partecipazione al miglioramento del servizio sanitario;
- di un sistema di valutazione e controllo strategico della rete dei servizi.

## 6. IL VOLONTARIATO

Il presente Piano sanitario anche al fine di favorire una rete territoriale più forte e idonea ad assolvere compiutamente le proprie funzioni, evitando ricorsi inutili all'assistenza ospedaliera, non può prescindere dall'esigenza di prevedere un forte riconoscimento e coinvolgimento dell'associazionismo in genere e del volontariato in particolare.

Il ruolo del volontariato non è quello di riempire i vuoti e le inadempienze delle istituzioni pubbliche o di diminuire i costi dei servizi pubblici, che le stesse hanno il dovere di garantire ai cittadini. Si è, al contrario, volontari per affermare i valori dell'uomo che oggi si usa chiamare "umanizzazione dei servizi", per portare nei servizi alla persona un supplemento d'anima e per rispondere prontamente a bisogni emergenti che non sono ancora presenti nella coscienza pubblica, nella normativa o nella destinazione delle risorse.

La definizione che in questa sede si vuole dare del volontariato è di don Giovanni Nervo, fondatore della Caritas Nazionale: *un servizio dato gratuitamente alla persona o alla comunità*. Assistere un anziano non autosufficiente in ospedale, che non riuscirebbe a mangiare da solo, è un servizio dovuto. Lo può fare l'infermiere, che è pagato per farlo; lo può fare gratuitamente il volontario che presta come dono il servizio dovuto. Il valore di questo servizio sta nel farlo e nel farlo bene. Il farlo bene, con rispetto della persona e con umanità, rientra nel dovere professionale dell'infermiere. Il farlo gratuitamente e con amore è il valore aggiunto del dono, cioè del volontariato. La gratuità del dono, però, non può supplire o sostituire la validità del servizio.

Accanto ad altri ruoli che possono essere definiti "tradizionali" (anticipazione delle risposte ai bisogni emergenti, integrazione ai servizi esistenti, promozione della cultura di solidarietà), il volontariato oggi è

chiamato a svolgere anche il ruolo di promozione e tutela dei diritti perché è nella sua natura stessa che pone come principio fondamentale la centralità della persona. Nel campo della sanità e degli altri servizi del welfare è noto che esiste una forte differenza di potere fra consumatore e produttore, il quale normalmente prevale in quanto informato e posto in posizione di netta superiorità oggettiva.

La persona malata, soprattutto se cronica ma anche il disabile, il deprivato sociale, la persona soggetta a reclusione, il tossicodipendente (che rappresentano categorie deboli almeno sotto determinati profili) sono spesso costretti a subire le scelte che per loro vengono fatte da chi è addetto al loro servizio. Le associazioni di volontariato possono e devono farsi portavoce di queste minoranze. Molte persone appartenenti alle categorie deboli non sono in grado di conoscere né di accedere agli uffici pubblici e privati, costituiti in difesa dei cittadini e per rispondere alle loro necessità. Ma per assumere la funzione di *promozione e di tutela* ci sono certamente difficoltà. Oltre all'insufficiente consapevolezza del ruolo e all'insufficiente maturazione sociale e politica, sembra prevalere la difficoltà di diventare controparte delle istituzioni e contrapporsi a esse per tutelare i diritti dei soggetti deboli e poi trovarsi a dover collaborare nel servizio.

Finché il volontario assolve la funzione di "tappabuchi", viene generalmente ben accettato da tutti, ma l'assunzione del ruolo di tutela dei diritti può guastare i rapporti con la direzione del servizio o con gli operatori.

È evidente che la funzione di *promozione e di tutela* dei diritti non può limitarsi solo a denunce, ma deve consistere anche nella proposta di buone prassi perché il volontariato deve promuovere la fiducia nelle istituzioni, anche quando le stimola a funzionare meglio.

Tutto ciò rimanda in ultima istanza al rapporto fra volontariato e istituzioni pubbliche che trova una previsione nell'art. 1 della legge 266/91: <<La Repubblica italiana ... omissis ... favorisce l'apporto originale (del volontariato) per il conseguimento delle finalità di carattere sociale, civile e culturale individuate dallo Stato, dalle regioni ... omissis ... e dagli enti locali>>.

Dunque lo Stato e gli altri enti individuano le finalità e il volontariato associato dà un apporto originale al loro conseguimento. Fatte queste precisazioni sul rapporto fra il servizio pubblico e le associazioni di volontariato, è utile richiamare alcune cose rilevanti per facilitare e rendere proficuo il rapporto fra ente pubblico e volontariato.

Anzitutto, l'ente pubblico deve essere rispettoso, come vuole la legge, dell'autonomia del volontariato, e il volontariato deve essere attento alla sua autonomia: la libertà è l'ossigeno per il volontariato, senza libertà muore. Autonomia non significa chiusura del volontariato in se stesso, nel suo protagonismo: significa tutela della propria identità e integrità per poter dare un apporto originale, come esprime la legge. Libertà e autonomia significano che l'ente pubblico e l'associazione di volontariato, quando sottoscrivono una convenzione, operano come due soggetti alla pari, con compiti e responsabilità diverse, però ambedue a servizio del bene comune. Significano che gli operatori pubblici devono considerare i volontari come colleghi, alla pari, anche se i volontari assumono ruoli subalterni e integrativi. Significano che il volontariato deve mantenersi libero anche di fronte ai contributi economici.

La formazione ha un'importanza fondamentale per la qualità e la continuità del servizio di volontariato:

- formazione al volontariato, cioè alle motivazioni;
- formazione alla capacità di lavorare;
- formazione al ruolo politico.

Nelle convenzioni da stipulare le associazioni di volontariato possono richiedere agli enti una quota per la formazione poiché è il punto cruciale della loro efficacia e del loro futuro.

Infine, l'ente pubblico e il volontariato devono avere consapevolezza che il volontariato è un fenomeno in continua e rapida evoluzione e trasformazione. Le associazioni di volontariato sono sempre più impegnate in servizi innovativi, ma il volontariato ha un grande valore, non soltanto e non tanto per i servizi che riuscirà a rendere, anche se pur essi sono preziosi, ma soprattutto per il recupero di motivazioni, di idealità, di disponibilità al servizio che può portare nel normale lavoro professionale e per lo sviluppo della solidarietà di base che può promuovere nel tessuto sociale. Il volontariato non potrà risolvere il problema dei servizi: può però far crescere una società più solidale. A questo deve portare il rapporto fra servizio pubblico e associazioni di volontariato.

Il volontariato in sanità deve operare nel suo ruolo di verifica rispetto ai cinque elementi che caratterizzano la qualità delle strutture ospedaliere, vale a dire: umanizzazione, personalizzazione, diritto all'informazione, requisiti alberghieri e educazione sanitaria (prevenzione).

Considerato che è alquanto problematico il confine tra attività sociali e sanitarie, esistendo vaste aree di sovrapposizioni e di integrazione, è comunque possibile affermare che il settore dell'assistenza socio-sanitaria, della tutela e promozione della salute, riguarda sicuramente l'attività di cura e di sostegno agli ammalati, di pronto soccorso, di donazione di sangue e organi, di tutela della salute dei cittadini, di prevenzione e di educazione sanitaria, di servizi consultoriali, di difesa e rappresentanza dei diritti degli utenti delle strutture sanitarie, eccezion fatta per le realtà di auto-aiuto.

Tanto più ci si sposta dalle strutture ospedaliere al territorio, la distinzione tra volontariato sociale e sanitario sfuma. L'attenzione alle diverse fasi della vita del volontariato non è mai prettamente sociale o esclusivamente sanitaria, perché il destinatario dell'intervento è la persona nella sua unità. Sul territorio, ancor più che in ospedale, il volontariato può trovare spazi in cui la presenza è efficace e spesso necessaria, soprattutto quando, in un'applicazione del criterio dell'appropriatezza sono dimessi dall'ospedale pazienti che continuano ad avere bisogno di assistenza, non hanno il supporto della famiglia e non esistono ancora sul territorio servizi domiciliari adeguati. In questi casi, il volontariato deve saper agire contemporaneamente su tre fronti: dare una risposta immediata ai bisogni immediati; mobilitare, indirizzare, sostenere le risorse della comunità circostante a partire dalla rete parentale e amicale; stimolare l'Ente locale a organizzare servizi sociosanitari adeguati.

Sul piano operativo la valorizzazione del volontariato in sanità deve andare oltre le previsioni di una sua presenza nel Comitato Consultivo Misto e nel Comitato Etico, in virtù di disposizioni legislative consolidate: occorre una pluralità di sedi e momenti in cui il volontariato possa esprimere la promozione e la tutela dei diritti quali collegamenti con reti formali e informali, consulte e tavoli di consultazioni.

Per avere certezza che il volontariato sia di alto valore culturale e professionale è necessario che possa essere censito attraverso l'iscrizione ad apposito albo presso le strutture sanitarie per rilevarne le specificità, la consistenza e quindi l'operatività: tutte queste caratteristiche sono alla base di apposite convenzioni.



## **B. OBIETTIVI DI SALUTE**

Il Piano pone particolare attenzione alle principali patologie che colpiscono la popolazione molisana, rispetto alle quali il sistema dei servizi deve consolidare le proprie capacità di intervento, in termini di prevenzione, di diagnosi e di cura.

### **7. MALATTIE CARDIOVASCOLARI E CEREBROVASCOLARI**

Le malattie cardiovascolari costituiscono anche in Molise la principale causa di disabilità e di morte. La loro crescente incidenza si ripercuote sulla salute pubblica e sulle risorse sanitarie ed economiche. L'invecchiamento della popolazione e l'aumentata sopravvivenza dopo eventi cardiaci acuti ne giustificano l'aumento di prevalenza negli ultimi anni e l'ulteriore incremento previsto nei prossimi decenni. Gli obiettivi da perseguire nel triennio di vigenza del PSR sono:

- promuovere la prevenzione delle malattie cardiovascolari, attraverso la sensibilizzazione della popolazione sui fattori di rischio;
- migliorare la qualità dell'assistenza assicurata dalle emergenze cardiologiche, in particolare garantendo il trattamento precoce delle patologie acute, allo scopo di ridurre la mortalità evitabile e di favorire il recupero e il reinserimento delle persone colpite da sindromi coronariche acute;
- favorire la stabilità clinica dei pazienti attraverso l'ottimizzazione dell'intervento terapeutico e riabilitativo, soprattutto in fase precoce, ottimizzando i percorsi assistenziali tra strutture di diverso livello;
- garantire la continuità assistenziale, ridurre le ospedalizzazioni e migliorare la qualità della vita del paziente con scompenso cronico, anche attraverso l'implementazione dell'assistenza territoriale ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

È ormai universalmente riconosciuto come l'80% circa delle malattie cardiovascolari possano essere prevenute intervenendo sugli stili di vita e sui fattori di rischio.

A livello di prevenzione occorre:

- diffondere l'utilizzo della carta del rischio;
- prevenire l'obesità, con particolare attenzione all'età pediatrica;
- prevenire le complicanze del diabete mellito, con l'implementazione della gestione integrata;
- attivare interventi di prevenzione degli ulteriori eventi acuti, per ridurre le recidive e i ricoveri;
- prevenire le recidive nei soggetti con precedenti eventi cardiovascolari;
- favorire nel post acuto la realizzazione di interventi di riabilitazione cardiologica appropriati;
- coinvolgere i medici di famiglia nei percorsi diagnostico-terapeutici, favorendone il processo di formazione specifica;
- promuovere la formazione del personale infermieristico, figura centrale nella gestione del malato cardiologico cronico;
- promuovere azioni di informazione e comunicazione sull'importanza dell'adozione di stili di vita sani rivolti alla popolazione generale, ma soprattutto nel mondo della scuola e nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare;
- procedere all'individuazione precoce dei soggetti affetti da cardiopatia per evitare l'aggravarsi e gli eventi acuti;
- ricercare e prevenire i fattori responsabili della progressione della malattia;
- identificare i pazienti a maggiore rischio e sviluppare modelli di intervento che possano garantire la continuità assistenziale;
- promuovere iniziative per implementare l'attività fisica controllata.

Per quanto attiene all'infarto miocardico acuto (Ima) si rileva come i miglioramenti terapeutici degli ultimi anni, sebbene abbiano ridotto la mortalità intra-ospedaliera, non hanno molto modificato la prognosi dei malati nella fase pre-ospedaliera, dove si concentra la mortalità maggiore, (50% di quella globale) né quella ad un anno dall'evento (mortalità raddoppiata a 60 giorni). E' necessaria quindi, nella fase preospedaliera, un'ideale gestione dell'Ima con l'intervento precoce e una appropriata terapia. Il "sistema emergenza-urgenza" deve garantire un intervento rapido ed appropriato, per la diagnosi preospedaliera, per l'eventuale trattamento trombolitico, per l'accompagnamento del paziente con rischi più elevati alla struttura ospedaliera più idonea, potenziando la rete tra centro hub, dotato di emodinamica, e i centri spoke. Per la fase successiva all'evento e al ricovero ospedaliero, i protocolli di continuità assistenziale devono assicurare un percorso mirato al follow-up e alla prevenzione secondaria.

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una patologia ad elevata prevalenza, che colpisce l' 1,5-2% della popolazione del mondo occidentale ed aumenta in modo esponenziale con l'età.

Nonostante i progressi terapeutici, lo SC continua ad essere gravemente invalidante ed è associato ad un'elevata morbilità e mortalità. Questi dati spiegano l'elevato grado di assorbimento di risorse sanitarie.

Gli obiettivi da perseguire nel triennio sono:

- sviluppare le conoscenze e il monitoraggio epidemiologico;
- garantire un'adeguata gestione del paziente, assicurando la continuità assistenziale all'interno e all'esterno della struttura ospedaliera, attraverso una forte integrazione territorio-ospedale e un percorso strutturato di assistenza volto a ottenere il miglioramento dello stato funzionale, della qualità di vita e della sopravvivenza degli stessi;
- migliorare l'aggiornamento dei professionisti sulle pratiche di cura e di follow up della patologia in riferimento a linee guida condivise;
- promuovere iniziative volte alla crescita culturale e al miglioramento della comunicazione fra tutti i professionisti coinvolti e alla capacità di autogestione del paziente anche tramite l'attivazione, in collaborazione con il personale infermieristico, di programmi educazionali e di prevenzione delle instabilizzazioni e della progressione della malattia;
- implementare l'utilizzo di strumenti di telemedicina quale mezzo per favorire un migliore livello di interazione fra territorio e strutture di riferimento, riducendo la necessità di spostamento di pazienti fragili e spesso anziani.

## 8. MALATTIE ONCOLOGICHE

Le malattie oncologiche sono una priorità in ambito sanitario in ragione dei dati di incidenza (oltre 250.000 nuovi casi/anno in Italia) ma anche di prevalenza. La lotta ai tumori si pone come obiettivo la prevenzione, la riduzione della mortalità, la riduzione delle disuguaglianze in termini di incidenza, sopravvivenza e mortalità fra le classi sociali, il miglioramento dell'accesso e della qualità delle cure per i pazienti; la promozione della diagnosi precoce; il miglioramento della tutela assistenziale e il follow-up con l'implementazione della gestione integrata per favorire la continuità assistenziale, il miglioramento della qualità della vita del paziente oncologico.

Nel confermare le scelte operative operate nel Piano oncologico nazionale si intendono sottolineare alcuni aspetti peculiari.

L'obiettivo di ridurre l'incidenza dei tumori, tra i principali obiettivi del SSN in questo settore, si raggiunge con interventi di prevenzione primaria in tutte le politiche (sanitarie, ambientali e sociali), che siano efficaci contro i determinanti che possono essere caratteristici della popolazione e/o, di suoi sottogruppi e/o degli individui.

Pertanto, una pianificazione idonea deve avere strategie e obiettivi sia a livello di popolazione che di individui. Poiché i determinanti dell'incidenza nella popolazione e della suscettibilità individuale sono correlati, gli interventi vanno articolati su più livelli e ben coordinati.

Gli obiettivi di salute con evidenze di efficacia e/o sui quali siano state definite delle politiche internazionali, sono combattere il fumo, l'uso di alcol, gli agenti infettivi oncogeni, l'esposizione ad oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro; promuovere azioni di contrasto ai fattori di rischio, in particolare promuovendo un'alimentazione sana e l'attività fisica.

Gli obiettivi di prevenzione secondaria possono essere ottenuti con interventi di sanità e riguardano i tumori della mammella, cervice uterina e colon-retto.

La prevenzione terziaria previene i decessi curando adeguatamente i tumori, con riduzione della mortalità; a tale performance si riconduce la differenza tra incidenza e mortalità degli ultimi anni per vari tumori. In tal senso è necessario:

- promuovere la diffusione di percorsi diagnostico terapeutici di gestione integrata come standard di *best-practice* per la presa in carico del malato, mediante il suo coinvolgimento attivo per la prevenzione delle complicanze e delle recidive;

- promuovere l'adeguamento tecnologico per l'equo accesso a terapie e metodologie diagnostiche costo-efficaci;
- promuovere la fruibilità di supporto psico-oncologico;
- promuovere la gestione globale del paziente in fase avanzata di malattia rendendo sinergiche tutte le componenti sanitarie, socio sanitarie, e sociali che costituiscono l'indispensabile rete attorno al paziente oncologico, e garantendo la continuità assistenziale attraverso un approccio multidisciplinare e multidimensionale;
- promuovere la partecipazione delle Associazioni di volontari, parenti e familiari nel percorso assistenziale, in particolare per i malati terminali;
- promuovere il miglioramento professionale continuo degli specialisti sui protocolli di follow-up e gestione integrata dei malati oncologici e la rivisitazione/stesura di protocolli di follow-up, basati sulla definizione di categoria di rischio.

## **9. MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE**

Le malattie respiratorie croniche rappresentano una vasta gamma di gravi condizioni patologiche con caratteristiche epidemiologiche e quadri di morbilità diversi nella popolazione adulta/anziana e tra i bambini. In Italia queste malattie rappresentano la terza causa di morte.

L'approccio gestionale alle malattie respiratorie croniche è rappresentato dalla prevenzione primaria e dalla diagnosi il più possibile precoce, con strumenti standardizzati cui seguono terapie tempestive e appropriate, in grado di prevenire o ritardare l'invalidità, trattando i malati cronici il più possibile sul territorio.

È quindi prioritaria la promozione di interventi di informazione e di educazione sulla lotta ai principali agenti causali tra i quali il tabacco. Ed è importante la diagnosi precoce che nella maggior parte dei casi può essere eseguita con tecniche semplici, quale la spirometria nei soggetti fumatori per individuare la patologia cronica in fase iniziale ed impedire la progressione della patologia respiratoria verso livelli di patologia più severi.

Occorre promuovere la qualificazione dei servizi di diagnosi e cura migliorandone la qualità e l'accessibilità, valorizzando l'utilizzo di linee guida nazionali ed internazionali e di protocolli condivisi, favorendo la concentrazione dell'offerta in strutture qualificate dotate di moderne tecnologie e reparti di alta specialità. In considerazione della elevata mortalità ospedaliera associata alla BPCO riacutizzata occorre promuovere modelli organizzativi delle strutture di ricovero che favoriscano un corretto approccio in unità di terapia intensiva respiratoria con possibilità di attuare terapia intensiva respiratoria non-invasiva. Le diverse strutture devono essere inserite in un sistema di rete comprendente ospedale e territorio che faciliti l'individuazione e l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi adeguati.

A livello territoriale sarà promossa l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata, in particolare per i pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave, con l'opportuna disponibilità di strumenti di monitoraggio della funzione respiratoria anche in modalità telematica e formazione di pazienti e familiari al fine di prevenire e correttamente gestire eventuali riacutizzazioni.

In quest'ottica si ritiene opportuno valorizzare l'offerta diagnostica ed assistenziale sul territorio, valorizzare ed estendere l'utilizzo di Pdt per il bambino con asma, attivare strumenti per intercettare già nell'età precedente i 18 anni i casi che possono preludere alla BPCO e facilitare l'uso dei presidi realmente preventivi quali l'immunoterapia allergene-specifica.

## 10. MALATTIE SOCIALI

### Obesità

Nel suo "Rapporto sulla salute in Europa" (2002), l'Ufficio regionale europeo dell'Oms definisce l'obesità come una "epidemia estesa a tutta la Regione europea". Secondo l'ISTAT(2007) aumenta la quota di coloro che sono in sovrappeso (dal 33,9% nel 2001 al 35,6% nel 2007) oppure obesi (dal 8,5% nel 2001 al 9,9% nel 2007) con una differente distribuzione geografica. In particolare il fenomeno dell'obesità in età pediatrica è un dato allarmante, tenendo conto che essa in età pre-adolescenziale e adolescenziale ha una forte capacità predittiva dello stato di obesità da adulti.

Per la prevenzione della condizione, si pongono come obiettivi da raggiungere nel triennio:

- il controllo e la diminuzione della prevalenza e dell'incidenza dell'obesità; l'aumento delle conoscenze nella popolazione sui benefici legati ad una alimentazione sana e ad una regolare attività fisica;
- il coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina generale (Mmg) e dei Pediatri di libera scelta (Pls) per favorire interventi di prevenzione, attraverso un approccio motivazionale per la modifica degli stili di vita;
- la diminuzione della prevalenza di alcuni fattori di rischio "ambientali" di sovrappeso e obesità.

Pertanto,, le strategie devono riguardare la realizzazione di una serie di misure per promuovere:

- l'educazione alla salute, sia rivolta alla collettività, sia al singolo soggetto; l'informazione alle gestanti e alle puerpere per la promozione dell'allattamento al seno;
- gli interventi educativi in raccordo con la scuola e con le altre istituzioni;
- l'attività motoria, comportamenti e stili di vita corretti.

Per il trattamento degli obesi, gli obiettivi da perseguire nel triennio sono:

- il controllo e la diminuzione del sovrappeso e l'obesità nei giovani tramite interventi che coinvolgano la famiglia, la scuola, la città e infine i mass media e gli organismi di controllo;
- l'individuazione dei soggetti con eccesso ponderale, attivando interventi di eliminazione/contenimento del fattore di rischio e implementando sistemi di monitoraggio degli stili di vita già esistenti e sistemi di sorveglianza sul sovrappeso e obesità;
- il coinvolgimento dei Mmg e Pls nella sensibilizzazione della popolazione degli assistiti;
- lo svolgimento e il mantenimento di un'adeguata attività motoria nella popolazione degli assistiti;
- lo sviluppo di percorsi assistenziali che prevedano l'integrazione operativa tra la medicina generale, la pediatria e le strutture territoriali con lo sviluppo di progetti di formazione, sorveglianza, prevenzione e trattamento;
- la promozione da parte dei Pls di programmi per il sostegno dell'allattamento al seno, lo svezzamento salutare, la promozione di una sana alimentazione, la gestione del bambino sovrappeso;
- il miglioramento delle conoscenze di base e cliniche sull'obesità al fine di trovare soluzioni idonee preventive, di diagnosi precoce, di terapia e di riabilitazione delle patologie abitualmente associate;
- la promozione di campagne informative che contempli la disamina delle patologie associate o complicanti l'obesità quali: diabete, asma, tumori, infarto, ictus, ecc.

Per il trattamento dei grandi obesi o obesi gravi, gli obiettivi da perseguire nel triennio sono:

- la promozione di iniziative deputate alla individuazione dei soggetti affetti da obesità gravi;
- la definizione di appropriati percorsi diagnostico-terapeutici per le grandi obesità, favorendo lo sviluppo di modelli integrati tra specialisti ed attività assistenziali territoriali;
- la promozione della pianificazione e realizzazione di nuovi studi idonei alla valutazione esauriente del profilo di sicurezza e dell'efficacia degli interventi chirurgici e sulla loro standardizzazione.

- l'implementazione di una formazione specifica per gli interventi di diagnosi e trattamento di obesità gravi da parte dei professionisti.

### Diabete

Il diabete e' una malattia cronica evolutiva ad elevato impatto sociale caratterizzata da costi sempre piu' elevati tenuto conto che la sua presenza e' destinata ad aumentare negli anni a venire sia per gli stili di vita errati dovuti alla sedentarieta' ed all'obesita' sia per il progressivo invecchiamento della popolazione.

In Molise il 7,2% dei residenti (dato riferibile al Congr. Naz. sul Diabete maggio 2011) e' affetta da diabete con una stima che va dalle 20.000 alla 32.000 persone tenuto conto della latenza della malattia.

Per le caratteristiche epidemiologiche, cliniche e gestionali, nonché per l'impatto in termini di costi, il diabete mellito, esempio paradigmatico di malattia cronica, richiede la messa a punto di prototipi di "governo clinico", che tengano in considerazione la condivisione delle informazioni, il ruolo di ogni attore coinvolto, la capacità di gestione da parte dell'organizzazione complessiva, e impone la ricerca di percorsi organizzativi che diminuiscano il più possibile l'incidenza di eventi acuti o complicanze invalidanti. È oggi riconosciuto che un sistema di approccio multidisciplinare e multiprofessionale, che agisca da collettore tra la medicina primaria ed i livelli specialistici secondari, con il coinvolgimento (empowerment) del paziente, possa essere in grado di ottenere i migliori risultati.

Il Piano, considerando che la sfida di una moderna cura della malattia è la gestione del Percorso Assistenziale, si pone i seguenti obiettivi per il triennio:

- omogeneizzare ed implementare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione dell'assistenza;
- migliorare la conoscenza circa la prevenzione, la cura e il trattamento del diabete attraverso l'informazione, la formazione, l'educazione, lo sviluppo della ricerca sia di base che clinica;
- prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia diabetica ed identificare precocemente le persone a rischio o con diabete;
- ridurre le complicanze e la morte prematura nelle persone con diabete di tipo 1 e di tipo 2;
- rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione a quelle in condizioni di fragilità e vulnerabilità socio sanitaria;
- assicurare la diagnosi e l'assistenza per le donne con diabete gestazionale e raggiungere outcome materni e del bambino nel diabete pregravidico equivalenti a quelli delle gravide non diabetiche;
- migliorare la qualità di vita e della cura per le persone con diabete in età evolutiva;
- migliorare la capacità del Sistema Sanitario nell'erogare e monitorare i servizi, attraverso l'individuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- sviluppare l'empowerment dei pazienti e delle comunità.

### Iipertensione Arteriosa

Sono previsti pacchetti diagnostici ambulatoriali per il monitoraggio dei pazienti affetti da tale patologia data l'alta incidenza della stessa (circa 7% della popolazione)

## **1.1. LE FRAGILITÀ**

Nell'ambito delle patologie, tutte ugualmente meritevoli di tutela, ce ne sono alcune che rappresentano un problema di grande rilevanza medica e sociale in quanto:

- generano situazioni di disabilità gravissima e non emendabile ad andamento cronico di cui spesso non sono noti i meccanismi patogenetici che le scatenano né si dispone di mezzi terapeutici capaci di debellarle o, almeno, di arrestarne il processo degenerativo;

- hanno un devastante impatto psicologico ed operativo sulle famiglie chiamate a farsi carico di oneri anche economici inversamente proporzionali all'offerta assistenziale del servizio pubblico;
- sono responsabili di elevati costi complessivi di assistenza contenibili solo attraverso una risposta del sistema sanitario coordinata ed efficiente.

Le patologie in questione riguardano in particolare:

- pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza;
- pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative ed invalidanti;
- pazienti affetti da demenza.

Si tratta evidentemente di patologie affatto diverse nella diagnosi e nella terapia, tutte però riconducibili alle caratteristiche sopra indicate e che per ciò stesso suggeriscono un approccio organizzativo e culturale analogo.

L'efficiente coordinamento delle tante figure professionali coinvolte nel contrasto a queste drammatiche patologie è possibile solo realizzando una rete integrata di servizi sanitari e sociali che disegni percorsi assistenziali specifici mirati al singolo paziente ed alla sua famiglia. Preziosi in questo assetto sono la figura del Mmg (o del Pls) e l'apporto del volontariato.

E' imprescindibile in questa logica prevedere un sistema capace di compiere una programmazione globale, basata su reti integrate di servizi, presidi ospedalieri di qualunque livello ed unità operative.

Va in ogni caso auspicato che, nell'implementazione di questi processi e delle strutture idonee a gestirli, si ottimizzino gli ambiti territoriali su cui distribuire le necessarie risorse infrastrutturali ed umane, anche con la stipula di accordi interregionali per cogliere tutte le possibili sinergie e recuperare ulteriori margini di efficienza.

Appare, altresì, raccomandabile, a supporto dell'attività terapeutica ed assistenziale, l'utilizzo di strumenti informatici che garantiscano una totale condivisione dei dati tra i vari operatori del sistema. Tra l'altro, questi dati potranno confluire in appositi registri che, oltre a fornire elementi utili per la programmazione nazionale e regionale, potrebbero offrire agli enti interessati (ricercatori, università, industria farmaceutica, istituti di statistica etc.), con le precauzioni imposte dal rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, un quadro aggiornato qualitativo e quantitativo della domanda assistenziale sul territorio, della appropriatezza, della tipologia e del costo delle prestazioni erogate.

## **12. IL PERCORSO NASCITA**

Con Deliberazione di G.R. n. 506 del 18.07.2011, la Regione Molise ha recepito l'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'art. 4 del D.Legs. n. 281/1997, recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Con Decreto commissariale n. 93 del 4 novembre 2011 si è dato avvio all'attuazione di quanto nel provvedimento giuntale previsto, mediante l'approvazione di proposta operativa dell'AS.Re.M, che prevede, in coerenza con la programmazione regionale in materia di ristrutturazione della rete ospedaliera, una rete per il percorso nascita strutturata in 3 punti nascita, nei presidi di Campobasso, Termoli ed Isernia, unitamente ad una riorganizzazione dei consultori nel numero di 3, ognuno in stretta integrazione con il punto nascita di riferimento e ognuno con proiezione funzionale da localizzare nei nuovi Distretti sanitari. La Regione ha anche definito un cronoprogramma attuativo e dettagliato, con l'indicazione delle scadenze e dei tempi di attuazione delle linee di azione.

Tale riorganizzazione, già realizzata, è confermata con il presente Piano nella rimodulazione della rete ospedaliera regionale:

A) Presidio ospedaliero "Cardarelli" di Campobasso:

-U.O.C di Ostetricia e Ginecologia;

-U.O.C. di Pediatria-Neonatologia-Terapia Intensiva Neonatale.

B) Presidio ospedaliero " S.Timoteo" di Termoli:

-U.O.C di Ostetricia e Ginecologia;

-U.O.S. di Pediatria.

C) Presidio ospedaliero "Veneziale" di Isernia:

-U.O.C di Ostetricia e Ginecologia;

-U.O.S. di Pediatria.

Si evidenzia che è attualmente in corso il monitoraggio degli adempimenti di cui al predetto decreto commissariale n. 93/2011 e che la Regione, nel corso dell'annualità 2013, assicurerà la compiuta regolamentazione ed attivazione del trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN).

La programmazione del percorso nascita nella Regione Molise e della rete dei punti nascita, così come la sua piena realizzazione, si pone, dunque, in coerenza con la programmazione dell'intero sistema sanitario regionale ed, in particolare, della rete ospedaliera e territoriale.



## C . LE AZIONI STRATEGICHE

### **13. LA DISABILITÀ**

L'obiettivo generale è quello di garantire alle persone con disabilità il diritto ad una vita indipendente e quindi rendere accessibili a tutti gli spazi sociali come l'alloggio, il trasporto, i servizi sociali e sanitari, il mondo del lavoro e tutte le sfere della vita quotidiana. Un obiettivo che va perseguito con interventi intersettoriali ed, in particolare, con accordi tra l'ambito sanitario e quello sociale.

Per quanto riguarda i principi di riferimento, occorre:

- assicurare la presa in carico del soggetto in funzione dell'unitarietà dell'intervento;
- individuare percorsi assistenziali appropriati in ordine alle diverse tipologie di disabilità croniche con ridefinizione dei servizi di assistenza, anche residenziale e diurna; assicurare l'assistenza domiciliare e promuovere, per quanto possibile, la vita indipendente del cittadino disabile in forma sinergica con gli interventi sociali previsti nel Piano sociale regionale e nella L.R. 19.11.2010, n. 18 (Interventi regionali per la vita indipendente);
- sviluppare le procedure e gli strumenti d'intervento del progetto abilitativo-riabilitativo globale previsti dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) e dal progetto obiettivo nazionale "handicap" 1999-2001.
- Approvare le linee guida concernenti l'applicazione della L.R. n. 18/2010.

Gli obiettivi specifici vanno individuati in raccordo con quanto previsto sull'assistenza residenziale e riabilitativa. In quest'ambito va valorizzato l'importante apporto del volontariato e della cooperazione sociale.

Inoltre, nell'ambito della Porta unica di accesso (PUA) per i soggetti fragili da organizzare in ambito distrettuale, va dato uno specifico rilievo al bisogno delle persone con disabilità. In collegamento con la PUA, si possono promuovere iniziative del terzo settore di informazione e comunicazione alle persone e alle famiglie sugli interventi sanitari e sociali, sui benefici e sulla normativa in materia di sostegno ai nuclei familiari, sull'associazionismo ed altro.

Le linee guida regionali da emanare al riguardo dovranno individuare azioni mirate e finalizzate a:

- attuare strategie educative per il mantenimento dell'autonomia e dell'autosufficienza residua unitamente all'eventuale recupero degli esiti invalidanti;
- aggiornare i criteri di valutazione dei bisogni, dalla fase di accertamento a quella progettuale, ricavando dall'International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF e dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persona , attraverso un percorso sperimentale in tutto il territorio regionale con il coinvolgimento dei servizi assistenziali e riabilitativi, criteri di approccio multidimensionale e modalità di progettazione integrata che permettano anche di riflettere sui modelli organizzativi territoriali;
- monitorare le procedure di valutazione da parte dei nuclei distrettuali, dello stato funzionale delle persone con problemi di disabilità all'interno dei percorsi di presa in carico integrata (sociale e sanitaria);
- rivedere i requisiti organizzativi e dimensionali delle strutture residenziali e semiresidenziali in ordine alle loro finalità riabilitative e socio assistenziali;
- individuare percorsi riabilitativi, sulla base dei criteri di efficienza, efficacia e garantire la riabilitazione del disabile in forme appropriate per mantenere e potenziare le sue capacità residue, limitando le inevitabili complicanze;
- orientare il governo dei percorsi socio riabilitativo assistenziali per persone pluridisabili e pluriminorati con particolare gravità;
- dare disposizioni in ordine all'attuazione dei processi autorizzativi e d'accreditamento per le strutture

- e i servizi assistenziali pubblici e privati per disabili;
- creare un *call center* dedicato, gestito da cooperative per disabili, che sia in grado di offrire informazioni quali:
    - politiche sociali, assistenza sociale e sanitaria, educazione, affido, adozione, ecc., garantendo un'informazione puntuale ed attenta;
    - reperibilità e disponibilità delle farmacie presenti nel territorio;
    - natura ed accessibilità alle prestazioni erogate dalle strutture del S.S.N.;
    - disponibilità dei servizi di emergenza e continuità assistenziale;
    - uffici e servizi pubblici, orari di apertura, indirizzi, numeri telefonici, competenze, ecc.;
    - servizi per l'infanzia, asili nido pubblici e privati, assistenza domiciliare;
    - legislazione e benefici, normativa di riferimento in materia di sostegno ai nuclei familiari, disagio sociale ed *handicap*, minori ed anziani a carico, ecc.;
    - associazionismo e volontariato.

#### **14. LE MALATTIE RARE**

Le Malattie Rare costituiscono un insieme di patologie numericamente cospicuo (oltre 5.000 secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) ed estremamente eterogeneo sia nell'eziopatogenesi che nelle manifestazioni sintomatologiche.

Le Malattie Rare costituiscono un gruppo mal definito che assume tuttavia un proprio rilievo e una propria specificità scientifica per la presenza unificante di caratteristiche ricorrenti quali le difficoltà diagnostiche, la scarsità di opzioni terapeutiche, la scarsità di percorsi assistenziali strutturati, l'andamento spesso cronico ed invalidante e, soprattutto, l'impatto emotivo dovuto alla solitudine di fronte alla malattia avvertita dal paziente e dalla propria famiglia.

L'Italia ha intrapreso la strada di un intervento normativo globale nei confronti delle malattie Rare (MR) nel 2001, con l'entrata in vigore del DM n. 279/2001, che ha disposto specifiche tutele per i malati, ha disegnato un modello di rete delle strutture sanitarie competenti ed ha istituito lo strumento di rilevazione nazionale del Registro Nazionale delle Malattie Rare presso l'Istituto Superiore di Sanità.

A partire dal 2001 le Regioni hanno iniziato a individuare i Presidi per l'assistenza ai pazienti affetti da malattie rare e attualmente le reti regionali sono indicate su quasi tutto il territorio nazionale.

Dal Luglio 2002 è stato istituito nell'ambito della conferenza Stato-Regioni un gruppo tecnico interregionale permanente, al quale partecipano il Ministero della Salute e l'ISS, il cui obiettivo è rappresentato dall'ottimizzazione del funzionamento delle reti regionali e dalla salvaguardia del principio di equità dell'assistenza per tutti i cittadini.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con D.P.R. 7 aprile 2006 annovera, fra le priorità dell'azione del Servizio Sanitario Nazionale, il potenziamento dei sistemi integrati di reti a livello nazionale e sovragionale con specifico riferimento alle Malattie Rare (MR).

La **Regione Molise**, in attuazione delle disposizioni dell'art. 2 D.M. 279/2001 con le Deliberazioni di Giunta Regionale 14.10.2002, n. 1565 e 04.03.2002, n. 353 ha provveduto ad individuare i Presidi accreditati da inserire nella rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare di cui al D.M. 18.05.2001, n. 279

Con successiva D.G.R. 03.08.2005, n. 1099 la Regione ha provveduto a costituire il **Comitato Regionale di Coordinamento dei Presidi della Rete presenti in Regione** con le seguenti funzioni: coordinare i presidi della rete anche mediante l'adozione di specifici protocolli clinici condivisi; promuovere l'informazione ai cittadini e la formazione degli operatori; collaborare con l'Istituto Superiore di Sanità; collaborare con le Associazioni di Volontariato operanti nel campo delle Malattie Rare.

In recepimento dell'Accordo Stato-Regioni e Province autonome del 10 mag. 2007 – Rep. Atti 103/CSR, la Regione Molise ha istituito, con D.G.R. 29 luglio 2008, n. 822, il proprio **Registro Regionale «Malattie Rare»** che costituisce articolazione territoriale del Registro Nazionale istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Il Registro regionale si propone molteplici obiettivi, tra i quali la definizione del numero di casi di malattia rara nell'ambito della Regione Molise; la definizione del ritardo diagnostico; la rilevazione della migrazione sanitaria; la promozione del confronto tra gli operatori sanitari; il monitoraggio del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale dei pazienti; il contributo allo sviluppo delle politiche sanitarie regionali per le malattie rare.

Il Registro MR molisano alimenta il Registro nazionale, conformemente al citato Accordo Stato-Regioni 10 mag. 2007 –, con il seguente set minimo di dati, riferiti al paziente al momento del riconoscimento dell'esenzione per malattia rara: *a) identificativo univoco dell'utente, corredato dalle restanti informazioni dell'anagrafica standard dei flussi informativi sanitari; b) condizione: vivo-morto (specificare data decesso); c) diagnosi della patologia (definita in base al codice di esenzione del DM n. 279/2001); d) Regione, ente, struttura (codici nazionali standard) che ha effettuato la diagnosi; e) data di esordio della malattia; f) data della diagnosi; g) farmaco orfano erogato.*

Inoltre il Registro regionale garantisce il flusso dei dati epidemiologicamente rilevanti secondo le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità ed in conformità agli impegni assunti con la Convenzione «Programma Malattie Rare», stipulata in data 04.02.2008 tra la Regione Molise – Direzione Generale V e l'Istituto Superiore di Sanità.

In ogni caso, i dati del Registro regionale possono essere rilevati esclusivamente dai Presidi formalmente identificati dalla Regione Molise con proprio atto deliberativo giuntale.

L'istituzione del Registro regionale MR rientra nell'ambito delle iniziative assunte dalla Regione con la DGR 5 maggio 2008, n. 428 con la quale è stato approvato il **Progetto regionale operativo attuativo del Piano sanitario nazionale** ai sensi della l. 27.12.2006 n. 296, art. 1, comma 806, lett. c), che ripropone, in Molise, i tre progetti interregionali approvati dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, in esito alla seduta del 15.11.2007, ossia:

- Progetto 1: Reti assistenziali per la presa in carico di soggetti con malattia rara che ha per obiettivo generale la individuazione di modelli assistenziali per garantire la presa in carico dei soggetti con malattie rare per almeno 50 malattie e/o gruppi di malattie;
- Progetto 2: Sviluppo e utilizzo dei percorsi diagnostico terapeutici per malattie rare;
- Progetto 3: Attivazione Registri Regionali per le malattie rare.

I suddetti progetti sono frutto di una cooperazione sinergica tra le Regioni con il preminente proposito di superare le disuguaglianze ancora presenti nel settore «Malattie rare», in termini di accessibilità dei servizi e di diffusione della conoscenza dei percorsi clinico diagnostici accreditati.

Del resto la presentazione di un progetto unico sulle malattie rare a livello nazionale si presenta come modalità eccezionale, rispetto ad una consuetudine che vede ciascuna Regione concorrere autonomamente per l'accesso a cofinanziamenti integrativi di quelli autonomamente definiti dalle Regioni.

La Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha ribadito che il settore delle malattie rare presenta caratteristiche che giustificano la presentazione di un progetto condiviso da tutte le Regioni, in quanto è un settore complesso, spesso "marginale" almeno per alcune patologie molto rare, caratterizzato da un alto grado di specializzazione. Settore dove la necessità più urgente, come sottolineato anche dal «Programma di azione comunitario in materia di Salute 2007-2013», è proprio lo scambio e la diffusione delle conoscenze e delle migliori pratiche e la raccolta di informazioni, senza trascurare che il settore delle MR è caratterizzato da una forte migrazione sanitaria che, in assenza di percorsi accreditati diffusi, porta sovente i pazienti a sostenere onerosi viaggi della speranza alla ricerca di una diagnosi e/o di cure all'avanguardia.

La costruzione di una rete assistenziale integrata tra le regioni con l'attivo coinvolgimento del Molise e la condivisione di strategie comuni agevola il superamento di disuguaglianze presenti in termini di accesso ai servizi e ai percorsi assistenziali diagnostici accreditati.

Le funzioni già assegnate con D.G.R. 21 marzo 2011, n. 155 all'U.O.C. Medicina Trasfusionale del P.O. San Timoteo di Termoli, quale Centro regionale di riferimento per la diagnosi e la cura delle emofilie e delle malattie emorragiche congenite, sono attribuite all'U.O.C. Medicina Trasfusionale del P.O. Cardarelli di Campobasso. Di conseguenza quest'ultimo è individuato quale Presidio regionale da inserire nella rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare del sangue di cui al D.M. 18.05.2001, n. 279.

La Regione Molise, in caso di necessità di ricorrere a strutture sanitarie pubbliche extraregionali, in Italia e all'estero, riconosce il diritto al rimborso delle spese a carico dell'ASREM, in favore dei cittadini affetti da patologie che necessitano di trapianto d'organo o di tessuti o affetti da patologie rare riconosciute dal Ministero della Salute (ai sensi della L.R. 20.06.2007, n. 17, "Interventi a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi o affetti da patologie rare").

Obiettivo nel triennio è l'implementazione delle azioni previste dal Piano operativo regionale per le Malattie rare; estensione degli interventi alle emofilie e alle malattie emorragiche congenite e riduzione della migrazione sanitaria per patologie a bassa prevalenza trattabili in Regione.

### **15. RETE REGIONALE PER LA RACCOLTA DI SANGUE CORDONALE PER USO ETEROLOGO**

La conservazione del sangue da cordone ombelicale donato per uso allogenico a fini solidaristici rappresenta un interesse primario per il Servizio Sanitario Nazionale ed è consentita presso le strutture pubbliche ad esso dedicate.

La Regione Molise – Direzione Generale per la Salute, e l'Università Cattolica del Sacro Cuore – Policlinico Universitario "A. Gemelli", hanno siglato, nel giugno del 2011, una convenzione che impegna i Punti nascita presso i Presidi Ospedalieri di Campobasso, Isernia e Termoli alla raccolta di sangue da cordone ombelicale attraverso un'attività di sensibilizzazione delle coppie in attesa di un figlio alla donazione allogenica per fini solidaristici.

Il sangue contenuto nel cordone ombelicale (SCO) e raccolto al momento del parto costituisce una eccellente fonte di cellule staminali emopoietiche (CSE), preziose per la cura di pazienti affetti da molte malattie ematologiche (leucemie e linfomi) e da malattie genetiche come, ad esempio, il morbo di Cooley (anemia mediterranea), cui viene offerta una concreta possibilità di guarigione definitiva.

L'arruolamento, il follow-up, la raccolta, lo stoccaggio e il trasporto delle unità SCO cui provvedono i centri nascita della Regione seguono rigorosi protocolli scientifici ed sono attivi da ottobre 2011.

Il sangue cordonale donato dalle partorienti che aderiscono al programma di donazione allogenica viene bancato e conservato presso la «Banca del Cordone Ombelicale – Cord Blood Bank UNICATT» del Servizio di Emotrasfusione del Policlinico Gemelli di Roma; vengono bancate ed immesse nel Registro Internazionale di Donatori di CSE esclusivamente le unità cordonali che rispondono ai requisiti di qualità e sicurezza definiti dalle vigenti leggi, con l'obiettivo di offrire unità sicure ed efficaci.

Gli esami per la validazione delle unità di sangue cordonale, inclusi i test microbiologici sul sangue materno (al parto e al follow up) sono, per convenzione, effettuati dalla Banca del cordone UNICATT.

Le coppie che donano, oltre a compiere un meritorio atto di solidarietà, hanno altresì la possibilità di accedere al c.d. «uso dedicato» ossia hanno il diritto di fruire della unità di sangue cordonale donata e non ancora utilizzata, nel caso in cui dovesse averne bisogno il proprio bambino o altri familiari fino al quarto grado HLA compatibile; inoltre, nel caso di avvenuta utilizzazione del sangue donato per la cura di altri pazienti, è sempre possibile attivare il circuito dei Registri Internazionali nei quali è inserito il Policlinico Gemelli di Roma, dove sono disponibili 450.000 unità di sangue cordonale ed oltre 14 milioni di donatori tipizzati.

In caso di adesione al programma regionale di donazione allogenica a fini solidaristici di sangue cordonale nessun costo, in nessuna delle fasi, è a carico della donatrice o dei familiari.

## **16. PRELIEVO E CONSERVAZIONE DEL SANGUE CORDONALE PER USO AUTOLOGO**

La vigente normativa non consente che la conservazione del sangue cordonale per finalità personale (autologa) possa effettuarsi in Italia; tuttavia consente il trasporto all'estero delle unità SCO riservate ad uso non solidaristico.

L'Ordinanza del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 26 febbraio 2009 recante "Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale", all'articolo 3, comma 1 stabiliva che con apposito Accordo Stato-Regioni fossero definite le modalità per il rilascio, di volta in volta da parte della Regione o della Provincia autonoma di competenza, dell'autorizzazione alla esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo.

L'Accordo Stato-Regioni sull'esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo del 29 aprile 2010 – Rep. Atti n. 62/CSR – sancito ai sensi dell'articolo 3, comma 1 della precitata Ordinanza ministeriale, stabilisce espressamente al punto 2 quanto segue:

*"a) l'esportazione di campioni di sangue cordonale ad uso personale (autologo) per la conservazione presso banche operanti all'estero deve essere autorizzata dalla Regione o Provincia Autonoma;*

*b) la Regione o Provincia Autonoma provvede, secondo le proprie esigenze organizzative e operative, ad individuare la struttura deputata al rilascio della autorizzazione medesima, sulla base di modalità operative omogenee."*

La Regione Molise, con DGR 20 maggio 2011, n. 338, ha provveduto al formale recepimento dell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 62/CSR del 29 aprile 2010 sull'esportazione all'estero di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo.

Con il suddetto atto di Giunta regionale si è provveduto:

- a. ad individuare nella Direzione medica di presidio del P.O. in cui avviene il parto la struttura deputata al rilascio della autorizzazione alla esportazione di campioni di sangue cordonale ad uso personale (autologo) per la conservazione presso banche operanti all'estero cui fa riferimento l'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010;
- b. ad individuare nel "Coordinatore regionale donazione e prelievi" presso la Direzione medica di presidio del P.O. "Cardarelli" di Campobasso, il soggetto deputato al monitoraggio dell'attività di esportazione del sangue cordonale e alla trasmissione al Ministero della salute dei dati aggregati riportati nell'Allegato 5 dell'Accordo.

Le Direzioni mediche di presidio dei punti nascita sono tenute a trasmettere al "Coordinatore regionale donazione e prelievi" presso la Direzione medica di presidio del P.O. "Cardarelli" di Campobasso i dati di cui all'Allegato 5 dell'Accordo entro e non oltre i 10 giorni successivi alla chiusura del semestre di rilevamento.

La citata DGR n. 338/2011 stabilisce, conformemente all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010, che, nei casi di prelievo di unità SCO per finalità autologa, i costi relativi alla richiesta e al rilascio dell'autorizzazione all'esportazione, alla raccolta, al trasporto e alla conservazione presso Banche operanti all'estero sono a totale carico dei soggetti richiedenti.

## **17. I TRAPIANTI**

La Regione Molise ha recepito la legge 1° aprile 1999 n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti" con la DGR n. 1827 del 28 dicembre 2000, riconoscendo come centro di riferimento e coordinamento in materia il Centro Regionale Trapianti dell'Abruzzo e del Molise con sede a L'Aquila. Con tale centro è stata stipulata apposita convenzione (D.G.R n. 604 del 9 giugno 2008).

Dall'avvio di tale collaborazione si è assistito nel tempo ad un buon sviluppo del programma di donazione e trapianto di organi e tessuti anche se in modo discontinuo e non omogeneo sul territorio regionale. Al fine di ottenere il miglioramento della qualità complessiva e potenziare la crescita delle attività di donazione, in linea con gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che inseriva nell'ambito delle priorità

individuare quella di "potenziare i sistemi integrati di reti sia nazionale o sovraregionale" e tra essi poneva in evidenza il ruolo particolare rivestito dalla rete per i trapianti, la Regione ha ritenuto utile lo sviluppo e la definizione organizzativa di una Rete Regionale dei Trapianti. Con la DGR n.387 del 15 aprile 2009 "Organizzazione della Rete Regionale delle Donazioni e dei Trapianti di Organi e Tessuti" si è definita quindi tale sistema regionale.

La Rete Regionale del Molise per le Donazioni e i Trapianti di Organi e Tessuti è così costituita dalle seguenti strutture e figure professionali:

**L'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari, Direzione Generale V Politiche Sanitarie della Regione Molise**, quale organismo di coordinamento con le seguenti funzioni:

- attuazione della legge n. 91/99;
- predisposizione di elementi conoscitivi e tecnici per l'attuazione di piani sanitari regionali;
- potenziamento dell'attività di donazione di organi e tessuti;
- collegamento tecnico con il Centro Regionale per i trapianti Regione Abruzzo – Regione Molise;
- analisi annuale sull'utilizzo delle risorse e dei contributi assegnati;
- promozione di attività di informazione, educazione sanitaria e crescita culturale in materia di donazione di organi e tessuti nella popolazione;
- predisposizione di proposte organizzative per tutti le unità di rianimazione presenti nella regione.

**Il Centro Regionale per i Trapianti Regione Abruzzo – Regione Molise**, che costituisce il punto di raccordo dell'intera rete di collegamento con il sistema interregionale (Organizzazione Centro–Sud Trapianti) e nazionale (Centro Nazionale Trapianti). Il Centro è operativo h 24 per 365 giorni/anno, e svolge le seguenti funzioni:

- coordina le attività di prelievo ed i rapporti tra i reparti di rianimazione presenti sul territorio abruzzese e molisano e le strutture per i trapianti;
- procede all'assegnazione degli organi, in applicazione dei criteri stabiliti dal Centro Nazionale;
- Coordina il trasporto dei campioni biologici, delle equipe sanitarie e degli organi e dei tessuti nel territorio di competenza;
- provvede alla verifica della volontà di donazione espressa dai cittadini e registrata nel Sistema Informativo per i Trapianti, con sede presso il Ministero della Salute, con il quale il Centro è collegato on-line;
- attiva e coordina il Sistema Informativo Trapianti (S.I.T.), destinato a collegare il Centro Regionale (CRT) con il Centro Interregionale di Riferimento (CIR) le Terapie Intensive ed i Centri di Trapianto intra–regionali;
- promuove e coordina il monitoraggio dei potenziali donatori nelle rianimazioni delle strutture sanitarie accreditate della Regione di competenza;
- implementa ed assicura il funzionamento di un "Registro Regionale dei decessi per lesioni cerebrali";
- cura la raccolta dei dati statistici relativi alle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, nonché dei risultati di tali attività;
- incentiva le attività di prelievo di organi e tessuti nelle strutture pubbliche e private della Regione di competenza;
- mantiene il collegamento tecnico e scientifico con il Centro Interregionale di Riferimento e con il Centro Nazionale per i Trapianti;
- applica le linee–guida nazionali nell'ambito delle attività di donazione, prelievo, allocazione e trapianto di organi e tessuti. Proprio per quanto riguarda i tessuti, il Centro mantiene la tracciabilità di tutti i trapianti di tessuti eseguiti (midollo osseo, cornee, segmenti ossei, segmenti vascolari etc.) che vengono utilizzati per innesti in tutti gli ospedali d'Abruzzo e Molise. In particolare per quanto riguarda i segmenti ossei il Centro deve anche autorizzare l'approvvigionamento da banche estere autorizzate, nel caso non ci sia disponibilità presso le banche autorizzate;
- promuove e coordina l'attività di informazione, educazione sanitaria e crescita culturale in materia di donazione d'organi nella popolazione;
- promuove iniziative di formazione permanente ed aggiornamento del personale coinvolto;

- coordina, secondo i dettami dell'art. 5, comma 1, della legge n. 91/99 (Disposizioni di attuazione delle norme sulla dichiarazione di volontà) le Aziende Sanitarie competenti nella realizzazione delle disposizioni indicate dal previsto decreto attuativo.

**Banca degli Occhi – Centro di riferimento per le Donazioni e i Trapianti di cornea per la Regione Abruzzo Regione Molise – L'Aquila.** La Banca degli Occhi di L'Aquila è il Centro di Riferimento per le Donazioni e i Trapianti di Cornea per la Regione Abruzzo e per la Regione Molise, e svolge le seguenti funzioni:

- Certificazione per l'idoneità delle cornee prelevate nella Regione Molise;
- Fornitura di cornee idonee al trapianto per la chirurgia oculare nei limiti della disponibilità per il Centro Trapianto Cornee della Regione Molise.

**Coordinatore Regionale delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti** con le seguenti funzioni:

- Collegamento tecnico e scientifico con il C.R.T. della Regione Abruzzo–Molise e collaborazione con lo stesso per l'efficienza del Sistema Informativo Trapianti;
- Collegamento tecnico e scientifico con il Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale de L'Aquila;
- Collegamento tecnico e scientifico con l'Osservatorio Regionale Qualità, Direzione Generale per la Salute;
- Raccolta dei dati statistici relativi alle attività di prelievo e trapianti di organi e tessuti nella Regione;
- Collaborazione con l'Osservatorio Regionale Qualità, Direzione Generale V Politiche Sanitarie e con il C.R.T. nelle attività di informazione, educazione sanitaria e crescita culturale in materia di donazione di organi e tessuti nella popolazione promosse dalla regione;
- Collaborazione con l'Osservatorio Regionale Qualità, Direzione Generale V Politiche Sanitarie per l'attuazione di tutte le attività di donazione di organi e tessuti;
- Collegamento con i coordinatori locali e i referenti alla donazione presenti in regione;
- Collegamento tecnico e scientifico con la Banca degli Occhi.

**Coordinatori Locali** che, come previsto dalle "Linee guida per le attività di coordinamento per il reperimento di organi e di tessuti in ambito nazionale ai fini di trapianto", hanno la funzione di:

- predisporre il programma annuale delle attività, da sottoporre alla valutazione della Direzione Generale dell'Azienda e del Coordinatore del Centro Regionale;
- assicurarsi che attraverso la Direzione Medica di presidio sia stato attivato il collegio di accertamento di morte nei casi previsti dalle normative vigenti in materia (L. 578/93 e DM 582/94), anche indipendentemente dalla donazione di organi e tessuti;
- svolgere o predisporre indirizzi per l'invio del materiale necessario alla tipizzazione del donatore di organi al laboratorio di immunologia competente;
- assicurare l'immediata comunicazione dei dati relativi al donatore al CRT competente;
- assicurare in modo diretto o per delega il coordinamento di tutte le operazioni di prelievo e trasferimento di organi e tessuti;
- coordinare e trasmettere gli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo previsti dalle norme;
- compilare, in collaborazione con la Direzione Medica di presidio, il Registro Locale dei Cerebrolesi, dei prelievi effettuati, e delle cause di mancata effettuazione dei prelievi;
- monitorizzare i decessi per individuare i potenziali donatori di cornee, valvole cardiache, innesti vascolari, segmenti osteo-articolari, cute, e collaborare con i rianimatori ai colloqui con i familiari del donatore;
- elaborare i programmi per il reperimento di organi e tessuti;
- svolgere attività di sensibilizzazione e consulenza nei confronti degli operatori sanitari sulle problematiche relative alla donazione ed al trapianto;
- curare i rapporti con le famiglie dei donatori, sia nel contesto della donazione sia nei momenti successivi;
- sviluppare relazioni organiche con i medici di Medicina Generale, allo scopo di sensibilizzare ed informare correttamente sulle possibilità terapeutiche del trapianto e sul valore sociale della

*Wm*

*EF*

donazione;

- sviluppare, su indicazioni della Direzione Generale e del Centro Regionale Trapianti, adeguate relazioni con gli organi di informazione locali sulle questioni relative alla donazione e al trapianto;
- presentare annualmente, alla Direzione sanitaria dell'Azienda e al Coordinatore del Centro Regionale, una motivata relazione in merito all'attività svolta;
- individuare, nell'ambito del programma, i percorsi per assicurare l'ottimizzazione della logistica ospedaliera delle attività di prelievo e trapianto;
- organizzare attività di informazione, di educazione sanitaria e di crescita culturale della comunità locale in tema di trapianti, curando in modo programmatico target particolari (scuole, comunità religiose, etc.) in collaborazione con le associazioni di volontariato, secondo gli indirizzi del CRT.

**Unità Operative Complesse di Rianimazione**, con funzioni di reclutamento degli organi e dei tessuti. Le unità di Rianimazioni coinvolte nella Regione Molise sono le seguenti:

- Unità di Rianimazione nel P.O. "A. Cardarelli"
- Unità di Rianimazione nel P.O. "San Timoteo"
- Unità di Rianimazione nel P.O. "A. Veneziale"
- Unità di Rianimazione nell'Istituto Neuromed
- Unità di rianimazione nella Fondazione Giovanni Paolo 2<sup>a</sup>.

**Centro trapianto di cornea nel P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso.**

Con decreto commissariale n.77 del 9 agosto 2011 la Regione Molise, in linea con quanto sancito nell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 57/CSR del 29 aprile 2010 "Definizione dei Poli di funzionamento del Registro Nazionale Italiano Donatori di Midollo Osseo, sportello unico per la ricerca ed il reperimento di cellule staminali emopoietiche da donatore non consanguineo", al fine di omogeneizzare sul territorio regionale funzioni e attività del registro regionale e interregionali nonché di individuare funzioni e attività dei Centri donatori e dei Poli di reclutamento regolandone i rapporti con il registro nazionale ha individuato il Centro regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale dell'Aquila come sede del Registro Interregionale e Centro Donatori di Midollo Osseo dell'Abruzzo e del Molise. Quali Poli di Reclutamento della Regione Molise che operano in collaborazione con il Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale dell'Aquila sono stati individuati i Centri Trasfusionali del P.O. "Cardarelli" di Campobasso e del P.O. "S. Timoteo" di Termoli.

Secondo l'attuale organizzazione il Coordinatore per le attività del Centro Regionale Trapianti per l'Abruzzo e il Molise e il Coordinatore Regionale delle donazioni e dei prelievi di organi e tessuti sono nominati con deliberazione della Giunta Regionale. Il Coordinatore Regionale dovrà essere individuato tra i medici della Azienda Sanitaria che abbiano maturato una particolare esperienza nel settore dei trapianti e delle donazioni.

La Direzione generale ASREM provvede alla nomina dei Coordinatori locali. Tali funzioni di coordinamento delle strutture per i prelievi dovranno essere svolte, come evidenziato dall'articolo 12 della legge n. 91/99, da un medico dell'Azienda Sanitaria, competente per territorio, che abbia maturato esperienza nel settore dei trapianti e designato dal Direttore Generale dell'Azienda per un periodo di cinque anni, rinnovabile alla scadenza.

La Direzione Generale dell'ASREM, con la collaborazione tecnica dell'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari, organismo di coordinamento regionale della materia, e del Coordinatore Regionale della "Rete Molisana dei Trapianti", provvederà ad elaborare ed approvare annualmente un "Progetto Obiettivo" finalizzato a sostenere economicamente il funzionamento della Rete e ad ottimizzare il processo di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti su tutto il territorio regionale.

Al Progetto Obiettivo parteciperanno tutte le figure professionali sanitarie e di coordinamento coinvolte nella Rete.

A completamento del progetto il Direttore Generale della ASREM approva la relazione finale del Coordinatore Regionale e informa l'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari sui risultati finali dell'attività.

Gli obiettivi da perseguire sono:

- Sviluppare le attività relative alla donazione ed al prelievo di organi e tessuti per favorire la disponibilità degli stessi.
- Migliorare l'organizzazione dell'attività di donazione e prelievo degli organi attraverso il funzionamento del "Sistema Regionale di Controllo della Qualità della Donazione degli Organi".
- Stimolare lo sviluppo di interventi di formazione del personale sanitario e di informazione della popolazione per favorire una scelta consapevole sulla donazione.
- Controllo di qualità sull'azione svolta.
- Adeguamento alle direttive nazionali.

### **18. POLITICHE ED ORIENTAMENTI PER LA MEDICINA DI GENERE**

La Regione Molise, intende promuovere politiche ed orientamenti per la Medicina di Genere, recente branca delle scienze biomediche, da applicare in modo trasversale in tutte le specialità, al fine di consentire l'approccio più adeguato alla cura del paziente e, dunque, una maggiore appropriatezza terapeutica, che rappresenta un vantaggio per tutti, anche in termini di costi per il Servizio Sanitario.

La Medicina di genere, affermatasi agli inizi degli anni '90 negli Stati Uniti, in particolar modo in ambito cardiologico, indaga sulle relazioni tra l'appartenenza al genere e l'efficacia delle terapie nel trattamento delle diverse patologie, partendo dalla semplice constatazione che tra uomini e donne vi sono grandi differenze, in termini biologici, funzionali e psicosociali, che non possono essere ignorate.

Il sesso ("sex") è un termine ampio che comprende gli aspetti inerenti al corredo genetico, dunque i caratteri biologici, fisici e anatomici che caratterizzano l'essere maschio o femmina.

Con il termine genere ("gender") si intende l'insieme di ruoli sociali, economici, di rappresentazioni, definizione e incentivazione di comportamenti inerenti allo status di uomo o donna.

Quando si parla di "differenze di genere", quindi non si intendono soltanto i caratteri sessuali degli individui, ma anche un insieme di specificità che scaturiscono sia dalla differente fisiologia e psicologia degli uomini e delle donne, sia dai diversi contesti socio-culturali di riferimento, anche se spesso sesso e genere vengono utilizzati come sinonimi.

Si è rilevato, ad esempio, che i disturbi di salute mutano con il cambiamento dei ruoli occupati nella società, con conseguente aumento, per es. delle sindromi coronariche, da sempre considerate come malattie maschili (per la più precoce età di insorgenza rispetto alle donne), che attualmente costituiscono, invece, dopo la menopausa, la prima causa di morte per le donne.

La Medicina di Genere, dunque, studia le differenze fra i due sessi non soltanto dal punto di vista anatomico, ma si pone come obiettivo di riconoscere ed analizzare le differenze derivanti dal genere di appartenenza sotto molteplici aspetti ed in particolare:

- a livello anatomico e fisiologico;
- dal punto di vista biologico, funzionale, psicologico, sociale e culturale;
- nell'ambito della risposta alle cure farmacologiche.

Per lungo tempo, la differenza tra uomini e donne, laddove non del tutto ignorata, è stata poco studiata nello sviluppo di nuove soluzioni farmacologiche e nell'individuazione di trattamenti e forme di prevenzione; tanto è vero che gli approcci terapeutici, i farmaci, le strategie di prevenzione sono stati studiati prevalentemente su pazienti maschi; il modello di riferimento, fino all'inizio dell'approccio di genere alla medicina, era il corpo maschile, corrispondente ad un maschio bianco di circa 35 anni e di

corporatura media. Le ragioni di tale scelta erano molteplici, ma ciò era dovuto soprattutto al fatto che l'organismo femminile è molto più complesso di quello maschile dal punto di vista fisiologico (p.es. l'influenza dei ritmi ormonali del ciclo mestruale, la menopausa, il rischio di gravidanze in corso di sperimentazione, gli effetti dei farmaci sul feto ecc.), per cui costituisce un modello di studio molto più problematico.

La ricerca ha, invece, dimostrato che le differenze di genere, nel caso di insorgenza e trattamento delle malattie, si riflettono in modo significativo sulla genesi, la terapia, la prognosi e la *compliance* degli individui.

Gli studi scientifici hanno evidenziato che vi sono patologie che colpiscono maggiormente il genere maschile, quali la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva ed il parkinson; altre, invece, quali l'alzheimer, la calcolosi della colecisti, la depressione, l'ansia, colpiscono maggiormente il genere femminile.

Altre patologie manifestano un diverso andamento a secondo del genere sessuale che ne è affetto; nel caso dell'aterosclerosi ad es., le placche aterosclerotiche negli uomini cominciano a manifestarsi già a partire dai trenta anni, nelle donne, generalmente, dopo la menopausa; nel caso dell'asma, mentre prima della pubertà sono maggiormente colpiti gli uomini, dopo lo sviluppo sessuale lo sono maggiormente le donne.

Le sindromi dolorose, invece, colpiscono differentemente uomini e donne a seconda del tipo di patologia; l'emigrania, la cefalea muscolo tensiva, l'artrite reumatoide sono più frequenti nella donna, la cefalea a grappolo è più diffusa fra gli uomini.

E', quindi, assolutamente importante che la Medicina di Genere approfondisca i diversi modi in cui uomini e donne affrontano la malattia e gli ormai evidenti diversi approcci diagnostici e terapeutici praticati; solo in tal modo, infatti, si potrà ottimizzare la diagnosi, la terapia e la consistenza d'uso, vale a dire il dato obiettivo di quanto il paziente aderisca al progetto terapeutico stabilito dal medico.

Nell'ambito della Medicina di genere un aspetto importante è rappresentato dall'analisi dell'uso dei farmaci in un'ottica di genere. Va evidenziato, infatti, che le donne assumono più farmaci degli uomini e sono più soggette, rispetto agli uomini, ad eventi avversi:

La ricerca di genere permette di evidenziare le differenze di farmacocinesi, biodisponibilità, dosaggi dell'organismo femminile rispetto a quello maschile; lo studio di tali differenze è necessario sia per i potenziali rischi che per i benefici correlati al genere.

Le differenze di genere influiscono infine, anche sulle reazioni ai vaccini; dagli studi scientifici relativi ad una serie di vaccini, quale quello antinfluenzale e quello per malattie quali varicella, morbillo, febbre gialla, è emerso, infatti, che i vaccini operano meglio sulle donne, in quanto garantiscono una migliore risposta immunitaria dopo la somministrazione.

Il Piano Sanitario Regionale, pertanto, si pone come obiettivo di promuovere e sostenere la medicina di genere, la cui finalità è quella di garantire a ciascuno, uomo o donna che sia, il miglior trattamento possibile sulla base delle evidenze scientifiche, con una serie di vantaggi che possono così riassumersi:

- promuovere l'appropriatezza terapeutica;
- migliorare e personalizzare le terapie;
- ridurre il livello di errore nella pratica medica;
- generare risparmi per il Servizio Sanitario.

## **19. LA TUTELA DELLA SALUTE DELLE PERSONE STRANIERE**

Secondo stime Istat, riferite al gennaio 2009, la popolazione straniera residente in Italia corrisponderebbe a circa 3,9 milioni, il 6,5% del totale dei residenti; di questi il 95% sarebbero persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM).

La realtà migratoria risulterebbe molto articolata ed in continua evoluzione: oggi più della metà degli immigrati PFPM proviene dal continente europeo (52%), gli africani sono meno di ¼ (24%) e provengono prevalentemente dal Nord-Africa, gli asiatici sono il 16% ed i centro-sudamericani sono meno del 10%. Un

immigrato PFP su 2 è una donna (50,3%). Gli stranieri residenti sono una popolazione giovane, circa 1 su 5 è infatti minorenni e circa il 50% degli stranieri si trova nella fascia di età compresa tra 0 e 31 anni (tale proporzione è del 33% per gli italiani)<sup>1</sup>. Complessivamente i minorenni stranieri sono 852.453 e la maggior parte di essi, circa 519 mila, è nata in Italia, mentre la restante parte è giunta nel nostro Paese al seguito dei genitori. Gli stranieri nati in Italia, che sono la seconda generazione, rappresentano il 13,3% del totale degli stranieri residenti<sup>2</sup>.

Secondo un'indagine Censis del 2005 i fattori che incidono maggiormente sullo stato di salute degli stranieri sono: precarietà abitativa (45%); condizioni rischiose di lavoro e precarie di reddito (43%); insufficienti abitudini igienico sanitarie (29%); mancanza di supporto familiare (23%); acquisizione di diverse abitudini alimentari (20%); condizioni climatiche differenti rispetto al paese di origine (12,8%). Dal Rapporto emerge uno stato di salute degli immigrati complessivamente buono: il 60,4% dei medici di medicina generale sostiene che lo stato di salute complessivo dei propri assistiti stranieri è uguale a quello degli italiani.

In Molise al 31.12.2005 gli stranieri sono 4.370 (1 % della popolazione), con un trend in costante aumento. Gli stranieri si concentrano maggiormente negli ambiti territoriali di Campobasso ed Isernia (2% della popolazione, con alcuni Comuni al 3%) e in zone di confine (ad esempio Sant'Angelo del Pesco e Rocchetta al Volturno, con oltre il 4%).

Le principali patologie riscontrate sono: malattie dell'apparato respiratorio e muscolo scheletrico, disturbi dell'apparato digerente e cardiovascolari, malattie infettive (tubercolosi).

Nelle donne assumono grande rilevanza le patologie ginecologiche e si riscontra un elevato numero di IVG anche ripetute, che comporta la necessità di attivare un percorso di prevenzione e tutela della madre e del bambino nel rispetto dell'identità culturale della donna.

Altre patologie derivano dalle difficoltà di vita e di lavoro e di integrazione culturale e sociale, con fenomeni di alcolismo, patologia infortunistica legata ai luoghi di lavoro che comporta numerosi accessi al Pronto Soccorso.

Più in generale si rilevano forme di disagio nell'integrazione scolastica dei bambini e nella fase dell'adolescenza, difficoltà relazionali che si esprimono anche nella difficoltà di decodificare chiaramente le informazioni fornite dall'azienda sanitaria. Particolare attenzione va posta alle difficoltà che soprattutto la popolazione femminile incontra nel riferire le proprie condizioni di salute.

L'obiettivo per il prossimo triennio è migliorare lo stato di salute degli stranieri immigrati, favorendo l'accesso ai servizi e migliorando il sistema dell'offerta territoriale e l'appropriatezza dei percorsi di cura. I principi ispiratori di tali politiche sono stati ben delineati dal documento stilato nel 2000 dal Gruppo di Lavoro "Salute e Immigrazione" attivato nell'ambito del CNEL<sup>3</sup>.

Le azioni prioritarie per "riorientare" i servizi sanitari, affinché sia favorito l'accesso ai cittadini immigrati presenti sul territorio e sia ridotto il ricorso inappropriato al Pronto Soccorso per ogni problema di salute sono:

- Sostegno delle iniziative già avviate, quale lo sportello itinerante "Salute Senza Frontiere" attivato, a valenza provinciale, presso il Distretto Sanitario di Isernia, (progetto sperimentale approvato con D.G.R. 9 maggio 2005, n. 517 e successivamente rinnovato con la D.G.R. 9 maggio 2006, n. 677 e con la D.G.R. 30 maggio 2007, n. 562).
- Iniziative di prevenzione e cura con il coinvolgimento dei Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta e, per rischi specifici, anche Consulitori, Dipartimenti di salute mentale e le U.O. di Malattie infettive (in particolare per disturbi mentali, patologie infettive e per una maternità consapevole).
- Promozione di attività e servizi per l'utenza straniera all'interno dei Distretti, ed in particolare nell'ambito della Porta unica di accesso, che assicurino un'efficace informazione all'utenza, in alcuni casi siano in grado di promuovere progetti ed azioni di offerta attiva, ed abbiano l'opportunità di inserire personale specificamente preparato e formato (il mediatore culturale o una mediazione di sistema ove ogni operatore di salute sia in grado di interagire con questi nuovi utenti).

<sup>1</sup> Fonte ISTAT: Popolazione residente e popolazione straniera residente, per età e sesso al 1 gennaio 2008.

<sup>2</sup> [http://www.agenas.it/agenas\\_pdf/Progetto\\_CCM\\_2009\\_IMMIGRATI.pdf](http://www.agenas.it/agenas_pdf/Progetto_CCM_2009_IMMIGRATI.pdf)

<sup>3</sup> CNEL, "accesso ai servizi sanitari" gruppo di lavoro Salute e Immigrazione - Cnel 2000

- L'inserimento nel sistema informativo regionale di flussi informativi sul fenomeno "salute e immigrazione" in grado di leggere la domanda di servizi e di prestazioni da parte degli immigrati, regolari e non.
- Formazione delle persone straniere che forniscono assistenza familiare a soggetti "fragili", per acquisire le abilità relazionali e di assistenza adeguate e fornire loro indicazioni per situazioni di difficoltà (tramite la Porta unica di accesso, MMG/PLS, continuità assistenziale, e anche il "case manager" quando viene organizzato un programma di assistenza domiciliare).

Questi interventi da promuovere all'interno dell'offerta socio-sanitaria, concorreranno a definire un sistema di tutela sociosanitaria che sia strumento di prevenzione per potenziali problematiche di natura sanitaria.

Tale sistema necessita anche di una ridefinizione della distribuzione delle risorse economiche, sulla base di quanto indicato dalla normativa in vigore (DPCM 14 febbraio 2001 sull'integrazione sociosanitaria e DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei LEA nell'allegato 1C - area sociosanitaria) al fine di poter promuovere appropriate azioni sociosanitarie e socio assistenziali, in accordo con gli enti locali, di minor costo rispetto a quelle sanitarie, con una conseguente contrazione della domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie ed un incremento dei livelli di garanzia di tutela della popolazione.

## 20. LA TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO

Con il DPCM 1 aprile 2008, concernente le modalità e i criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, si è completata una riforma di sistema che aveva avuto inizio con il Decreto Legislativo 230/1999 "Riordino della medicina penitenziaria", con il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni relative ai soli settori della prevenzione e delle tossicodipendenze.

A seguito del trasferimento, le Regioni e le Aziende sanitarie hanno assunto la responsabilità dell'assistenza sanitaria nelle carceri, negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e negli istituti e servizi della Giustizia minorile.

Considerando la complessità della materia, è attivo presso la Conferenza Unificata il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, col compito di monitorare l'attuazione del DPCM e di predisporre appositi Accordi a supporto dell'attività di programmazione degli interventi.

Per l'assistenza sanitaria nel suo complesso, il documento programmatico di riferimento, è costituito dalle "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"(Allegato A, parte integrante del DPCM citato).

### Gli interventi attuativi posti in essere dalla Regione Molise

Nella regione Molise sono presenti tre istituti penitenziari: Campobasso, Larino e Isernia.

#### Situazione al 30 giugno 2012

Regione	Provincia	Istituto	Tipo	Capienza regolamentare	Detenuti presenti	Di cui donne	Di cui stranieri
Molise	CB	CAMPORBASSO	CCR	112	128	0	21
Molise	CB	LARINO	CCR	219	294	0	39
Molise	IS	ISERNIA	CC	70	83	0	7
		TOTALE		401	505	0	67

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato di supporto dipartimentale - Sezione Statistica.

La Regione Molise ha recepito il DPCM 1 aprile 2008 con propria deliberazione del 23.06.2008 n. 544. Con tale atto è stato istituito il previsto Osservatorio regionale sulla sanità penitenziaria, quale organo consultivo e di monitoraggio, costituito da rappresentanti della Regione, del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per il Molise e l'Abruzzo (PRAP) e del Centro per la Giustizia Minorile per l'Abruzzo, Molise e Marche (CGM).

In data 14 settembre 2009, l'Osservatorio ha elaborato un Protocollo di Intesa finalizzato a definire le forme di collaborazione relative alle funzioni di sicurezza, i principi e i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, al fine di garantire la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti nonché le esigenze di sicurezza all'interno dei tre Istituti di Pena presenti nel territorio regionale: Campobasso, Isernia e Larino. Il protocollo è stato ratificato dalla Giunta Regionale con delibera 29 settembre 2009.

Sulla base di tale protocollo, sono stati avviati, da parte della Regione e dell'ASReM, i primi atti mirati a regolamentare il ruolo del Servizio Sanitario Regionale all'interno degli istituti penitenziari.

Il completamento e l'implementazione degli interventi devono essere oggetto di specifica programmazione nel triennio di vigenza del presente piano sanitario.

#### *Azioni per il triennio*

Tenendo a riferimento le indicazioni dell'Allegato A, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008 e le indicazioni degli Accordi stipulati in sede di Conferenza Unificata, si individuano le seguenti azioni prioritarie:

- completare la definizione delle modalità organizzative e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale all'interno degli istituti di pena, prevedendo una rete regionale integrata che garantisca continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità, avvalendosi di almeno due strutture distrettuali, una semplice dipartimentale nel distretto sanitario di Campobasso, che abbia referenza aziendale per la materia e che gestisca le attività negli istituti di Campobasso e Larino e l'altra semplice nel distretto sanitario di Isernia, che coordini l'attività nell'istituto di Isernia;
- adottare le misure necessarie a garantire l'assistenza di base e specialistica, la continuità assistenziale e la risposta alle urgenze, anche con l'ausilio di servizi di telemedicina;
- dare assetto definitivo ai rapporti di lavoro del personale sanitario a tempo determinato, instaurato ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740, in essere alla data del 15 marzo 2008, operante all'interno degli istituti penitenziari ubicati nell'ambito del territorio distrettuale di riferimento, in osservanza delle disposizioni del CCNL comparto sanità (infermieri) o che saranno emanate all'interno del prossimo ACN della Medicina Generale (medici);
- predisporre un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate che metta a disposizione conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti ed elementi informativi sulle condizioni e i fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche, in raccordo con il SISPE (Sistema Informativo Nazionale Sanità Penitenziaria);
- attivare sistemi di valutazione della qualità, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi (corretto uso di farmaci, approcci diagnostico terapeutici e riabilitativi basati su prove di efficacia);
- attivare e implementare i SERT all'interno degli Istituti penitenziari avvalendosi di diverse professionalità (medico, infermiere e psicologo) e utilizzando il personale già in essere al 15 marzo 2008;
- stabilire i criteri di riparto della quota del fondo sanitario regionale vincolato tra i tre distretti socio-sanitari sede di istituti penitenziari, in base ad una parte fissa ed una parte variabile in relazione al numero di detenuti presenti e agli ingressi dalla libertà,
- garantire le medesime prestazioni sanitarie riservate ai cittadini italiani agli immigrati detenuti extracomunitari non in regola con il permesso di soggiorno, attribuendo il codice STP e separando le

prestazioni soggette a rimborso del Ministero dell'Interno da quelle di competenza della Regione tramite fondi vincolati; la relativa contabilizzazione e i dati conoscitivi sono competenza della struttura distrettuale di Campobasso;

- garantire il ricovero ospedaliero ai detenuti che necessitano di cure o accertamenti non eseguibili dai servizi sanitari negli Istituti penitenziari. Sono presenti e codificati due camere di degenza (con 4 posti letto) presso l'Ospedale A. Cardarelli di Campobasso; la conoscenza dei relativi dati (presenza, DRG, ecc. ) è competenza della struttura distrettuale di Campobasso;
- utilizzare i fondi assegnati ai sensi della legge n. 662/1996, art. 1, comma 34, per la sanità penitenziaria per progetti che prevedano l'implementazione della cartella clinica informatica, per la fornitura di prestazioni extra LEA, se consentito, già assicurati a suo tempo dal Ministero della Giustizia e concordati in sede di protocollo interistituzionale (protesi odontoiatriche, farmaci di fascia C) e per la prevenzione di malattie infettive, patologie cronico-degenerative e dipendenze;
- attivare gli interventi per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario
- attivare programmi di formazione continua: oltre che orientati all'ECM, anche all'analisi del contesto ambientale e alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale, sia dei detenuti, che del personale della polizia penitenziaria e socioeducativo;
- adottare i necessari protocolli di intesa fra Regione, ASREM e Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, atti a garantire efficienza ed efficacia a tutti gli interventi di tutela della salute, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria (di competenza del SSN) e le Aree del Trattamento e della Sicurezza (di competenza delle Amministrazioni Penitenziarie).



## 21. LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

La rete dei servizi per la tutela della salute mentale è definita dalla Legge regionale 6.11.2002 n. 30, "Tutela della salute mentale" che, recependo sostanzialmente le indicazioni del Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000" (DPR 1 novembre 1999), istituisce i dipartimenti di salute mentale (DSM) e i servizi territoriali ed ospedalieri che li compongono (Centri di Salute Mentale, Centri Diurni, Strutture residenziali, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura).

Di fatto, in una prima fase, i servizi che hanno avuto uno sviluppo effettivo sono stati i tre Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (a Campobasso, Isernia e Termoli) e le 14 strutture residenziali (7 a Campobasso, 6 a Isernia, 1 a Termoli).

In una seconda fase, si è avuto lo sviluppo dei Centri di salute mentale a Campobasso e Termoli, i Centri diurni a Campobasso e Termoli, gli ambulatori di psichiatria a Isernia e periferici. E' in corso di attuazione il progetto per l'attivazione del Centro diurno e del Centro di salute mentale di Isernia.

Una criticità è costituita dalla funzione "storica" di lungo-assistenza, pur svolta con interventi qualitativamente efficaci, delle residenze psichiatriche, sorte nei primi anni '80, per dare una collocazione ai soggetti dimessi dagli ospedali psichiatrici.

Un tale assetto organizzativo e funzionale necessita, allo stato, di specifici interventi programmatici mirati a dare risposte ai bisogni di salute della popolazione, sulla base delle attuali evidenze epidemiologiche, con particolare riferimento ai disturbi di personalità, ai disturbi del comportamento alimentare, ai disturbi mentali in età evolutiva, ai disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento.

Sulla base di tali criticità e della necessità di attuare pienamente la normativa nazionale e regionale, si individuano i seguenti obiettivi prioritari e le azioni attuative.

### Obiettivi programmatici

- istituzione del Dipartimento di Salute Mentale regionale unico, articolato in 3 Centri di salute mentale nei Distretti di Campobasso, Isernia e Termoli, sedi di Presidio ospedaliero, con Unità operative complesse di Psichiatria da cui dipendono i collegati Servizi di diagnosi e cura, classificati come unità operative semplici. Nel Dipartimento sono, altresì, presenti l'Unità operativa complessa di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e l'unità operativa complessa di Psicologia clinica. Il Centro di Salute Mentale, fulcro dell'assistenza psichiatrica, coordina la presa in carico e la continuità terapeutica presso tutti i servizi psichiatrici previsti per il bacino di utenza.
- attuazione del Regolamento applicativo della legge regionale n.30/2002, relativamente a compiti e funzioni dei Centri di Salute Mentale (CSM);
- riordino della residenzialità psichiatrica, con particolare attenzione agli aspetti di intensità, qualità e appropriatezza;
- completamento e piena attuazione della rete dei servizi semiresidenziali;
- consolidamento delle buone pratiche in tema di inserimento socio-lavorativo, integrate con i distretti sanitari e con gli Enti Locali;
- iniziative finalizzate a contrastare lo stigma e il pregiudizio nei confronti dei disturbi mentali;
- sviluppo e integrazione dei servizi per il trattamento dei pazienti con doppia diagnosi e con disturbi di personalità;
- tutela della Salute Mentale nelle Case Circondariali della Regione Molise, e presa in carico dei soggetti sottoposti a misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o casa di cura e custodia;
- sviluppo del Sistema Informativo sulla salute mentale.

## Azioni prioritarie per il triennio

### 1. Dipartimento regionale di Salute Mentale

Le attività del DSM e di tutti i servizi che lo compongono sono ispirati ai principi del governo clinico (*governance* clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento di standard assistenziali elevati. A tal fine, tutti i servizi che compongono il DSM adottano linee guida professionali e protocolli assistenziali, basati su prove di efficacia.

### 2. Attuazione del Regolamento 26 gennaio 2004, applicativo della legge regionale n.30/2002, relativamente a compiti e funzioni dei Centri di Salute Mentale (CSM)

I Centri di Salute Mentale, uno a Campobasso, uno a Isernia e uno a Termoli, come previsto dalla normativa regionale (L.R n. 30/2002, art. 8, comma 1, e successivo Regolamento Attuativo Regionale n. 1 del 2004 per la Tutela della Salute Mentale) devono assumere pienamente le funzioni loro assegnate dal Progetto Obiettivo Nazionale, dalla, rappresentando la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti. I CSM attuano programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari e di "rete", nella strategia della continuità terapeutica.

Per quanto riguarda le funzioni e le competenze del CSM, previste dalle attuali normative nazionali e regionali, particolare importanza per il contesto regionale deve essere attribuita alle seguenti attività:

- attivazione di percorsi di cura diversificati per bisogni e tipologia di pazienti, attuando strategie di maggiore flessibilità organizzativa;
- assunzione della titolarità della presa in carico, anche per i pazienti ricoverati nelle strutture residenziali psichiatriche, concordando le fasi dell'inserimento e della dimissione;
- attivazione di protocolli di collaborazione con i Medici di Medicina Generale per la definizione di patti di salute al fine del trattamento del disturbo e del disagio mentale lieve e del riconoscimento dei segni e sintomi dei disturbi che richiedono un trattamento specialistico, nonché del trattamento delle patologie fisiche (cardiopatie, malattie metaboliche, dermatologiche, dell'apparato respiratorio ecc) concomitanti;
- identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA) nella fascia di età 15-21 anni;
- attivazione di azioni specifiche di sostegno alle famiglie con programmi psicoeducativi integrati.

### 3. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, uno a Campobasso, uno a Isernia e uno a Termoli rispondono al fabbisogno epidemiologico del bacino di utenza di riferimento del CSM e sono Unità Operative Semplici in diretto collegamento funzionale con il CSM di competenza.

### 4. Riordino delle strutture residenziali con riferimento alla tipologia assistenziale

L'obiettivo del Piano è di dare attuazione alle normative regionali che definiscono i requisiti di qualità per l'accreditamento delle strutture e delle relative tariffe (Linee guida di cui alla DGR 16.10.2006, n. 1722).

Si prevede, pertanto, nel triennio, una riconversione e diversificazione delle attuali Strutture residenziali, per rispondere in maniera appropriata ai bisogni assistenziali dei pazienti.

Al fine di adeguare le definizioni ad un criterio comune che consenta, fra l'altro, di rispondere alla rilevazione del Sistema Informativo Salute Mentale, si propone di procedere alla denominazione delle strutture residenziali psichiatriche sulla base della tipologia di prestazioni erogate, come definite dal Documento del Ministero della Salute "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza).

Detto documento classifica le prestazioni residenziali in due macro tipologie:

**RP1. Prestazioni terapeutico-riabilitative.**

Sono erogate in strutture per pazienti che, anche nella fase della post-acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Deve essere definita la durata massima di degenza sulla base degli specifici obiettivi terapeutici.

**RP1.1. Prestazioni terapeutiche riabilitative intensive.**

Sono erogate in strutture nelle quali vengono accolti pazienti, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di carattere intensivo e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è fissata dal progetto terapeutico, non superiore a 18 mesi.

**RP1.2. Prestazioni terapeutico-riabilitative estensive.**

Sono erogate in strutture che accolgono pazienti con problematiche croniche per i quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano comunque di assistenza e di trattamenti terapeutico riabilitativi di tipo estensivo. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti:

**RP1.2.1.** Il personale socio-sanitario è presente sulle 24 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.

**RP1.2.2.** Il personale socio-sanitario è presente sulle 12 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.

**RP2. Prestazioni socio-riabilitative.**

Sono erogate in strutture che rispondono ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti, ma non assistibili nel proprio contesto familiare, che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Il personale sanitario è presente solo in determinate fasce orarie. Non viene definita la durata massima dell'ospitalità.

Allo stato attuale, nel territorio regionale sono presenti 14 Comunità di Riabilitazione Psico-sociale (CRP), oggi qualificate tutte ad Alta Intensità Assistenziale, (7 nell'area di Campobasso con 70 posti letto, 6 nell'area di Isernia con 60 posti letto, 2 nell'area di Termoli con 14 posti letto. Il tasso complessivo dei posti letto per 10 mila abitanti è pari a 4,50. In ciascuna di dette residenze sono attivi tre posti per attività riabilitative in regime semiresidenziale.

Giuste le Linee Guida per la salute mentale del Ministero della salute, le Strutture Residenziali devono differenziarsi "in base alla diversa intensità dell'assistenza socio-sanitaria (24 ore, 12 ore e fasce orarie)", ma soprattutto "deve essere centrale il progetto personalizzato incentivando, promuovendo il sostegno abitativo domiciliare e case di piccole dimensioni". Infatti, nello stesso documento tra gli indirizzi operativi viene affermato al punto 2 che "Il Dipartimento di Salute deve promuovere diverse forme di sostegno abitativo in integrazione con i piani di zona, in raccordo con gli Enti Locali" e al punto 3 "vanno riconosciute, valorizzate e promosse tutte quelle esperienze che si possono indicare come sostegno abitativo, ovvero gruppi-appartamenti e case famiglie (prevedendo la presenza per fasce orarie) che rispondono ai bisogni di inclusione sociale con una attenzione al reinserimento lavorativo."

Da questa premessa risulta chiaro che questa tipologia di bassa residenzialità è prevalentemente a carico degli Enti Locali e dell'utente come previsto dalle normative e specificato anche in questo stesso paragrafo. Pertanto, il numero di posti non può essere incluso nel tasso di alta e media residenzialità, dove la retta è prevalentemente a carico del SSR. Di conseguenza, il tasso regionale rideterminato per l'Alta Residenzialità è di 1,5 x 10.000 (in linea con il Progetto Obiettivo) ai quali va aggiunto il tasso della Media Residenzialità, pari a 2,1 per 10.000 abitanti, per un totale di 3,7/10.000 (sovrapponibile al tasso epidemiologico stimato con il censimento nazionale ISS-Ministero della Salute, 2001) di 3,5/10.000.

Va, infatti, evidenziato che il modello cui si tende a partire dal presente PSR è dare un impulso al sostegno abitativo di piccole dimensioni, a integrazione socio-sanitaria a prevalenza sociale con l'impegno durante questo triennio a rideterminare il fabbisogno epidemiologico a vantaggio della bassa intensità assistenziale."

Premesso quanto sopra, il processo di riconversione prevede una diversa articolazione per intensità assistenziale e tipologia di pazienti; in qualche caso, la destinazione ad altro settore assistenziale, sulla base delle indicazioni che seguono.

**Area di Campobasso ( coincide con gli attuali distretti di Campobasso e Riccia):**

1 Comunità Residenziale Terapeutico Riabilitativa ad alta intensità con 10 posti letto (RP 1.1).

Accoglie pazienti, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di carattere intensivo e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è di 18 mesi, prorogabili, su riformulazione del progetto terapeutico.

1 Comunità Residenziale Terapeutico Riabilitativa ad alta intensità con 10 posti letto (RP 1.1).

Accoglie pazienti con disturbi di personalità in età giovanile, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di carattere intensivo e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è di 18 mesi, prorogabili, su riformulazione del progetto terapeutico, per un periodo non superiore a ulteriori 6 mesi.

2 Comunità Residenziali Terapeutico Riabilitative a media intensità con 10 posti letto ciascuna (RP 1.2.1).

Accolgono pazienti con psicopatologia complessa e disabilità importanti, ma con potenzialità di miglioramento clinico e di integrazione sociale elevati, che necessitano di trattamenti terapeutico riabilitativi di carattere estensivo. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è di 36 mesi, eventualmente prorogabile, su riformulazione del progetto terapeutico.

1 Comunità Residenziale a media intensità assistenziale con 10 posti letto (RP 1.2.1)

Accoglie pazienti psicogeriatrici, che necessitano di trattamenti terapeutico riabilitativi di carattere estensivo. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è di 36 mesi, eventualmente prorogabile, su riformulazione del progetto terapeutico.

5 Gruppi Appartamento a bassa intensità assistenziale con 4 p.l. ognuno (RP 2)

Accolgono pazienti parzialmente non autosufficienti, ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Il personale sanitario è presente solo in determinate fasce orarie. La durata massima dell'ospitalità non viene definita. La retta è del 40% a carico del SSR e del 60% a carico del Comune/utente. (n. 3 Gruppi Appartamento derivano dalla riconversione di una CRP).

L'ultima CRP rimanente esce dalla competenza gestionale del DSM e viene destinata, con specifici requisiti di accreditamento, ad accogliere pazienti con *ritardo mentale*, con 10 posti letto a gestione del Distretto, con protocollo di collaborazione con il CSM.

**Area di Isernia( coincide con gli attuali distretti di Isernia, Agnone e Venafro):**

1 Comunità Residenziale Terapeutico Riabilitativa ad alta intensità con 10 posti letto (RP 1.1).

Accoglie pazienti, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di carattere intensivo e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è di 18 mesi, prorogabili, su riformulazione del progetto terapeutico.

### 3 Comunità Residenziali Terapeutico Riabilitative a media intensità con 10 posti letto ciascuna (RP 1.2.1).

Accolgono pazienti con psicopatologia complessa e disabilità importanti, ma con potenzialità di miglioramento clinico e di integrazione sociale elevati, che necessitano di trattamenti terapeutico riabilitativi di tipo estensivo. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è di 36 mesi, prorogabili, su riformulazione del progetto terapeutico.

### 8 Gruppi Appartamento a bassa intensità assistenziale con 4 p.l. ognuno (RP 2)

Accolgono pazienti parzialmente non autosufficienti, ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Il personale sanitario è presente solo in determinate fasce orarie. La durata massima dell'ospitalità non viene definita. La retta è del 40% a carico del SSR e del 60% a carico del Comune/utente.

L'ultima CRP rimanente esce dalla competenza gestionale diretta del DSM e viene destinata, con specifici requisiti di accreditamento, ad accogliere pazienti con *dipendenza da alcool*. La gestione, sul piano organizzativo e professionale, sarà definita un protocollo di collaborazione tra CSM e SerT competente per territorio.

### ***Area di Termoli (coincide con gli attuali distretti di Termoli e di Larino):***

#### 1 Comunità Residenziale Terapeutico Riabilitativa ad alta intensità con 10 posti letto (RP 1.1).

Accoglie pazienti, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico riabilitativi di *carattere intensivo* e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è di 18 mesi, prorogabili, su riformulazione del progetto terapeutico.

#### 2 Comunità Residenziali Terapeutico Riabilitative a media intensità con 6 posti letto ciascuna (RP 1.2.1).

Accolgono pazienti con psicopatologia complessa e disabilità importanti, ma con potenzialità di miglioramento clinico e di integrazione sociale elevati, che necessitano di trattamenti terapeutico riabilitativi di tipo estensivo. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è di 36 mesi, prorogabili, su riformulazione del progetto terapeutico.

#### 3 Gruppi Appartamento a bassa intensità assistenziale con 13 p.l. complessivi (RP 2)

Accolgono pazienti parzialmente non autosufficienti, ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Il personale sanitario è presente solo in determinate fasce orarie. La durata massima dell'ospitalità non viene definita. La retta è del 40% a carico del SSR e del 60% a carico del Comune/utente.

I Centri di salute mentale svolgono attività di assistenza ambulatoriale e domiciliare in base a programmi terapeutici ai sensi dell'Art. 9 della L. R. 30/2002.

### **5. Potenziare l'attività semiresidenziale**

L'obiettivo nel triennio è di potenziare e valorizzare gli interventi terapeutico riabilitativi in regime semiresidenziale tramite i 3 Centri Diurni di Campobasso, Termoli e Isernia-Agnone, assegnando ad ogni Centro di Salute Mentale una ricettività di 20 utenti per ogni Centro Diurno.

L'obiettivo è quello di equilibrare la distribuzione degli interventi, utilizzando in maniera appropriata, sulla base dei bisogni assistenziali degli utenti, tutti i servizi disponibili nel DSM, promuovendo anche la collaborazione con le associazioni di familiari, di utenti, delle cooperative e dei Servizi sociali.

## **6. Promuovere l'inserimento socio-lavorativo**

I servizi di salute mentale in ogni bacino d'utenza di competenza devono considerare tra gli obiettivi principali della riabilitazione psichiatrica la promozione di strategie volte all'inserimento lavorativo dei loro utenti. Tra le iniziative da mettere in atto vi sono:

- rendere effettivo l'inserimento socio-lavorativo con finanziamento a regime delle borse lavoro (1 ogni 10.000 abitanti), come sperimentato con esiti positivi nel progetto "Centri di integrazione socio-lavorativi". Ciò dovrà avvenire promuovendo, in interazione con l'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali, una rete per l'inserimento lavorativo, quali: Ufficio collocamento disabili della Provincia; Commissioni per la valutazione delle capacità lavorative attivate nella ASREM; Centri di formazione professionale; Cooperative sociali; Aziende pubbliche e private socialmente sensibili/mature; Organizzazioni sindacali; Associazioni del volontariato e di familiari; Comuni. Solo attraverso tali progetti sarà possibile rendere effettiva l'attribuzione delle borse-lavoro, facendo ricorso ai "tutors" che accompagneranno gli utenti nel percorso di inserimento lavorativo;
- organizzare la formazione degli operatori;
- effettuare un censimento del percorso formativo e lavorativo, pregresso e attuale, degli utenti con gravi problemi psichici;
- effettuare un censimento di tutte le realtà di impresa sociale e formazione della zona, fruibili nei percorsi di avviamento al lavoro per attivare strumenti quali tirocini e borse lavoro;
- verificare l'ottemperanza alle norme vigenti in merito ai posti vacanti per collocamento dei disabili (Convenzioni ex art. 11. della L. n. 68/99 e art. 5 della L. n. 381/91 "Disciplina delle Cooperative Sociali), da parte della ASREM e dei Comuni.

## **7. Contrastare lo stigma e i pregiudizi nei confronti delle malattie mentali**

Migliorare la comunicazione con i cittadini in ordine alla comprensibilità della sofferenza mentale, alle cure possibili ed efficaci rendendo anche visibili ed accoglienti i luoghi, sia dei servizi sanitari e socio-sanitari sia quelli di "prossimità" o di comunità, ove vengono erogate. A tal fine occorre:

- realizzare programmi di comunicazione per i cittadini, con particolare riferimento al mondo giovanile, per aumentare le conoscenze e la comprensione sulla natura dei "disagi" e delle malattie mentali e sulle diverse possibilità di trattamento e di reintegrazione culturale e sociale;
- promuovere iniziative di coinvolgimento e di informazione dell'opinione pubblica volte a migliorare l'atteggiamento generale verso le persone con "disagio" e verso quelle affette da disturbi mentali;

## **8. Tutelare la salute dei detenuti e degli internati**

Dare piena attuazione alle direttive e agli indirizzi nazionali e regionali per la presa in carico da parte dei Centri di salute mentale dei soggetti affetti da disturbi mentali, detenuti nei 3 istituti penitenziari del territorio regionale, sulla base dei contenuti delle "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"(Allegato A, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008) e dell'Accordo 13 ottobre 2011 Conferenza Unificata, che prevede che "ogni Regione e Provincia autonoma, attraverso i propri Dipartimenti di salute mentale, in accordo con l'Amministrazione Penitenziaria, attiva, entro il 30 giugno 2012, in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio, in una specifica sezione, ai fini dell'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti del territorio di competenza un'adeguata articolazione del servizio sanitario..."

Garantire la presa in carico dei soggetti, con residenza in Molise, cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, in attuazione della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, articolo 3 ter "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", che prevede la "realizzazione di strutture residenziali dedicate ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, le cui caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative sono definite da apposito decreto del Ministero della Salute, di concerto col Ministero della Giustizia."

In considerazione dell'esiguo numero degli internati molisani, saranno stipulate convenzioni con le regioni limitrofe che realizzeranno le citate strutture residenziali psichiatriche.

**9. Istituire l'Unità operativa complessa di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.**

L'obiettivo è quello di perseguire l'integrazione con i CSM dei programmi per i soggetti con disturbo psichiatrico e con disagio psichico nell'età adolescenziale. Per tali fini, il Dipartimento darà particolare attenzione ai temi della tutela dell'infanzia, prevedendo anche spazi specifici e dedicati per l'accoglienza dei soggetti di cui trattasi, e saranno definiti specifici accordi con i pediatri di libera scelta per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento di cura, nonché per definire le modalità concordate di presa in carico e garanzia della continuità assistenziale.

**10. Sviluppare il Sistema Informativo per la Salute Mentale**

Al fine di disporre di informazioni e dati attendibili ed uniformi nell'intero territorio regionale, è necessario sviluppare un sistema informativo, sulla base delle indicazioni del decreto del Ministro della Salute 15 ottobre 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per la salute mentale".

Contestualmente, va adottato un sistema di indicatori per valutare la qualità organizzativa, di processo e di esito.

## D. OBIETTIVI DI SISTEMA

### **22. L'ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO – OBIETTIVI**

L'area della Prevenzione collettiva rappresenta un settore strategico per consentire al sistema sanitario regionale di conseguire stabilmente, nel medio-lungo periodo, quegli obiettivi di riduzione dei costi complessivi del servizio, garantendo efficienza ed efficacia nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Si tratta di un assunto ben presente nelle politiche regionali, che ha ispirato anche la redazione del precedente Piano sanitario regionale 2008–2010, e che trova esplicita conferma nei documenti programmatici sulla sanità prodotti sia a livello nazionale che internazionale. Si richiamano, in particolare, di seguito, alcuni dei documenti più recenti.

- Il **Trattato di riforma dell'Unione Europea**, approvato a Lisbona il 19 ottobre 2007, tra i suoi obiettivi si propone di rafforzare l'importanza politica della salute e, in particolare, della prevenzione. In tale documento viene infatti evidenziato come le azioni in materia di salute intraprese a livello comunitario generino un valore aggiunto alle misure adottate dei singoli Stati membri, **soprattutto nel settore della prevenzione delle malattie, fra cui le azioni sulla sicurezza alimentare e la nutrizione, la sicurezza dei medicinali, la lotta al fumo, la normativa su sangue, tessuti, cellule e organi, la qualità dell'acqua e dell'aria**. Obiettivi che hanno trovato riscontro nel secondo Programma di azione comunitario in materia di Salute 2008–2013, istituito con la Decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2007.
- Lo **Schema di Piano Sanitario nazionale 2011–2013**, pone il **"miglioramento e potenziamento della prevenzione e della promozione della salute"** al primo posto tra le scelte determinanti della politica sanitaria del triennio, e individua la prevenzione e promozione della salute come il settore dove si concentrano, in termini di opportunità e di vincoli, le più incisive scelte strategiche di politica sanitaria (paragrafo 1.2.2. "Scelte prioritarie di sviluppo").

Ne conseguono le linee di indirizzo generale che ispirano gli obiettivi del presente PSR nel campo della Prevenzione collettiva:

- costruire anche a livello regionale i presupposti organizzativi e strutturali per mettere la Regione in condizione di operare in linea con le scelte strategiche europee e nazionali di potenziamento delle attività di prevenzione;
- sviluppare e diffondere tra i cittadini una cultura della prevenzione, anche per ridurre la necessità (e contenere l'abitudine) del ricorso alle strutture ospedaliere per affrontare i problemi di salute;
- consolidare e sviluppare gli obiettivi del precedente PSR.

In questo quadro si inserisce l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie previste dai Livelli essenziali di assistenza.

Un'ultima linea di indirizzo è rappresentata dagli obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa previsti dal Piano di rientro e da tutte le indicazioni e vincoli che ne conseguono.

A partire dal 2006, si è avviata una profonda trasformazione dell'assetto organizzativo della Sanità regionale a seguito di ben note cause, sia esterne che interne: tra le principali, l'avvio del Piano di rientro dal deficit finanziario e il passaggio da quattro ad una unica azienda sanitaria regionale. Il PSR 2008–2010 individuava diverse azioni ed obiettivi organizzativi per accompagnare queste trasformazioni. Diversi cambiamenti sono già avvenuti, ma il processo di riorganizzazione avviato non si è ancora concluso; di conseguenza, anche nella Prevenzione collettiva alcuni degli obiettivi e delle azioni individuate riguardano l'assetto organizzativo.

Gli obiettivi individuati tengono conto dello "stato dell'arte" raggiunto sul piano di riorganizzazione avviato, come del percorso compiuto rispetto alle previsioni del precedente PSR.

### ***Il Piano regionale della Prevenzione***

La Regione Molise, con D.G.R. 30 dic. 2010, n. 1101, ha approvato il proprio Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010–2012, in esecuzione di quanto stabilito dall'Intesa Stato–Regioni 29 aprile 2010 Rep. Atti n. 63/CSR e successiva Intesa il 7 ottobre 2010 Rep. Atti n. 166/CSR, prevedendone le relative risorse.

L'Intesa del 29 aprile 2010 ha stabilito le seguenti linee–guida per la redazione di ciascun piano regionale di prevenzione:

- a) continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005–2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
- b) sviluppo di ciascuna delle macroaree individuate dal Piano nazionale della prevenzione ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale, fatta salva l'inclusione dell'intervento medesimo nei LEA o in altri atti di pianificazione nazionale o regionale;
- c) messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal Piano nazionale della prevenzione 2010–2012, in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.

Il Piano regionale della prevenzione, in armonia con le indicazioni del PNP, sul piano metodologico si articola nei seguenti due nuclei tematici: 1) QUADRO STRATEGICO, 2) PIANO OPERATIVO:

- il **quadro strategico** provvede ad esplicitare le scelte di politica sanitaria regionale in materia di prevenzione, sulla base dell'analisi epidemiologica e di contesto relativa ad alcuni indicatori sintetici dello stato di salute della popolazione molisana; tali scelte si traducono in specifiche linee d'intervento che costituiscono complessivamente il piano operativo;
- il **piano operativo**, pertanto, descrive la parte esecutiva del Piano regionale della Prevenzione (PRP) e consiste in tante azioni di prevenzione quanti sono i programmi e/o progetti previsti dalla Regione con specifica indicazione, per ciascuna, degli obiettivi di salute che si intende perseguire.

La valutazione "di processo" introdotta dall'Intesa del 29 aprile 2010 è finalizzata a verificare, in rapporto a ciascun intervento progettuale previsto dal PRP, che l'eventuale scostamento tra risultati osservati e quelli attesi, opportunamente misurato, non superi un livello condiviso di accettabilità.

A partire da gennaio 2011, la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise ha avviato con il Ministero della Salute un confronto istituzionale sul merito del Piano regionale adottato con DGR n. 1101/2011 in adempimento degli obblighi di cui all'Intesa 29 aprile 2011; il confronto si è concluso nel successivo mese di maggio 2011 quando il Ministero, con nota DGPREV 12959–P del 27–5–2011, ha preso positivamente atto delle scelte strategiche ed operative effettuate dalla Regione Molise e della pianificazione che ne è conseguita.

Sono stati programmati trentatré interventi di prevenzione attiva distribuiti nelle quattro Macroaree indicate dal P.N.P. 2010–2012 e descritte nella citata DGR. N. 1101/2010.

- A) Area Medicina predittiva;
- B) Area "Prevenzione universale"
- C) Area "Prevenzione per gruppi di Popolazione a rischio"
- D) Area "Prevenzione di complicanze e recidive di malattia"

## 23. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

### Gli Obiettivi

Il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda sanitaria regionale rappresenta la macro-struttura aziendale deputata all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nella macro-area della Prevenzione collettiva (Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro), come individuati dal DPCM 22 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", e successive modifiche e integrazioni, di supporto alla Direzione generale e soggetto della programmazione aziendale. È organizzato sulla base dei principi definiti dalla normativa sanitaria vigente (D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.) e degli obiettivi di razionalizzazione organizzativa e funzionale, nonché dei vincoli di contenimento e razionalizzazione della spesa, sottoscritti dalla Regione.

Alla luce del quadro sopra delineato, si elencano, di seguito, gli obiettivi sul piano organizzativo e gestionale:

- **Attivare un sistema informativo per la prevenzione**, riconducendo ad unitarietà i flussi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione (la mappatura dei rischi e dei problemi di salute, la scelta delle priorità, le valutazioni di impatto) e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione (la documentazione di attività).
- **Effettuare l'analisi della domanda di prestazioni e servizi sanitari** nella prevenzione collettiva.
- **Attivare gli sportelli unici della prevenzione** per l'erogazione delle attività e delle prestazioni (sia comprese nei LEA sia a carico dell'utenza), da garantire ai cittadini, imprese, amministrazioni.
- **Garantire i livelli di sicurezza dei cittadini rispetto al rischio di origine alimentare e rispetto a quello rappresentato dalle zoonosi**, attraverso una struttura in grado di intervenire su tutta la filiera alimentare, in collaborazione con l'ARPA.
- **Implementare sistemi di monitoraggio dei principali rischi ambientali ed elaborazione di mappe di rischio ambientale**, attraverso la promozione di progetti/programmi di miglioramento dell'ambiente e di riduzione dell'impatto sulla salute (attività di controllo su singoli impianti, rumore, inquinamento atmosferico, smaltimento dei rifiuti etc.);
- sviluppare la capacità di **gestione della "comunicazione" dei rischi sanitari e ambientali** alla popolazione;
- migliorare l'azione di valutazione degli effetti sanitari degli interventi ambientali e delle politiche ambientali e sociali;
- acquisire la **capacità di valutare l'efficacia e l'impatto degli interventi sanitari**, in primo luogo di quelli di prevenzione;
- garantire la **tutela della salute e del benessere** del patrimonio zootecnico insistente sul territorio della Regione.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASReM si fonda sui seguenti principi generali:

- L'erogazione dei LEA della macro-area della Salute collettiva secondo standard di qualità elevati ed uniformi sul territorio.
- Il modello organizzativo dipartimentale, che garantisce il coordinamento delle unità operative complesse, previste dal D.lgs. n. 502/1992 (art. 7-quater).
- L'autonomia organizzativa e funzionale rispetto alle altre macro-aree di erogazione dei LEA (ospedaliera e territoriale).
- Il potenziamento della capacità operativa delle strutture della prevenzione collettiva, nella convinzione che questa scelta contribuisce, nel medio-lungo periodo, a diminuire la richiesta di prestazioni, che per vari motivi oggi in Molise grava, soprattutto, sugli ospedali.



### **Articolazione del Dipartimento**

Il Dipartimento unico della Prevenzione (DIP) è articolato nelle strutture organizzative previste all'art. 7<sup>quater</sup> del d.lgs. n. 502/92 per lo svolgimento delle funzioni indicate all'art. 7<sup>ter</sup> dello stesso decreto legislativo:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- d) sanità animale;
- e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le strutture organizzative del Dipartimento operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

Nell'ambito del DIP sono attivate anche due Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale (UOSD), per quelle attività che richiedono una gestione unitaria a supporto del ruolo di programmazione e coordinamento, o a supporto dell'attività svolta sul territorio:

1. Una UOSD, "*Servizi amministrativi e sottosistema informativo della Prevenzione*", svolgerà tutte le funzioni di tipo amministrativo di supporto alle attività sanitarie, quali la gestione delle banche dati (sistema informativo della prevenzione, anagrafe zootecnica, anagrafe vaccinale informatizzata, anagrafe delle strutture sottoposte a vigilanza, gestione delle prestazioni medico-legali e fiscali ecc.), alla negoziazione del *budget* della prevenzione e al relativo controllo di gestione, alle attività di medicina legale per il riconoscimento delle invalidità civile. A questa UOSD faranno capo gli Sportelli della prevenzione, da attivare presso ciascun distretto come interfaccia con gli utenti (cittadini, imprese, amministrazioni).

2. La seconda UOSD, "*Epidemiologia e comunicazione*", rappresenta la struttura di epidemiologia dell'area della prevenzione, finalizzata al potenziamento della capacità operativa del DIP, che svolgerà anche le funzioni di raccordo con gli altri soggetti che faranno capo all'Osservatorio epidemiologico regionale, sia interni all'Azienda sanitaria (assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale), sia esterni (MMG e PLS, soggetti convenzionati, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, Agenzia regionale per l'Ambiente ecc.).

Nel Dipartimento di prevenzione è attivata, nell'ambito dell'u.o. complessa di sanità animale, una specifica unità operativa semplice di riferimento per gli aspetti relativi al fenomeno del *randagismo*, al fine di perseguire un'ideale cooperazione multidisciplinare e il coordinamento delle attività dei servizi veterinari.

Le articolazioni organizzative del Dipartimento, mediche e veterinarie, trovano collocazione funzionale nei distretti o in aree interdistrettuali, ai sensi dell'articolo 3 quinquies, comma 3, del D.Lgs. n.502/92 e successive modificazioni.

L'organizzazione deve rispondere con elasticità a criteri di funzionalità ed efficienza finalizzati ad una migliore allocazione delle risorse, in funzione delle effettive esigenze del territorio.

L'articolazione organizzativa sopra delineata va realizzata e conclusa entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente documento.

## 24. LA SANITÀ VETERINARIA E LA SICUREZZA ALIMENTARE

### Premessa

Il presente documento intende tracciare le linee programmatiche di una politica per la salute, che rivolge l'attenzione all'integrazione tra politiche europee, sistema della salute italiano e sistema sociale ed economico regionale.

Questo "nuovo indirizzo" aspira ad introdurre un cambiamento che vede gli obiettivi di sanità pubblica rapportati alle più generali politiche economiche e sociali.

Nel corso degli ultimi anni la sanità pubblica veterinaria e la sicurezza alimentare hanno visto il succedersi di diversi documenti programmatori regionali tesi a conformare l'attività di controllo agli standards europei, ed in particolare al regolamento n. 882/2004. Alla luce della loro applicazione e dell'esperienza acquisita, tali atti, che di seguito si segnalano, necessitano una revisione ed adeguamento alla realtà molisana, alle osservazioni avanzate con diversi documenti del Ministero della salute, al progetto di Dipartimento Unico della Prevenzione, ai diversi provvedimenti di semplificazione burocratico-amministrativa che sono stati emanati dal governo centrale.

Con la DGR 30 dicembre 2009, n. 1303, è stato approvato il primo Piano pluriennale integrato dei controlli ufficiali degli alimenti ai sensi del Reg. CE n. 882/2004. Con la stessa delibera, tra l'altro, è stata attivata la Banca dati delle imprese alimentari, realizzata dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, per la registrazione delle imprese soggette a controlli e per l'informatizzazione dei dati dell'attività di controllo svolta.

Con la DGR 1 febbraio 2011, n. 15, è stato approvato il Manuale Operativo per le attività Pianificate in Sanità animale, per consentire la pianificazione ed il coordinamento di tutti i piani di controllo, monitoraggio e d'eradiazione delle malattie del bestiame.

Con la DGR 20 maggio 2011, n. 339, è stato attivato il nuovo programma di gestione informatica dell'anagrafe canina regionale, realizzata dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, che opera direttamente sul web facilitando e velocizzando l'inserimento e la trasmissione dei dati.

Il Piano pluriennale integrato dei controlli ufficiali degli alimenti è già giunto alla prima revisione, in via di approvazione.

Con il DCA 22 dicembre 2011, n. 108, è stato approvato il nuovo Piano pluriennale integrato dei controlli ufficiali degli alimenti, ai sensi del Reg. CE n. 882/2004. Con lo stesso decreto è stata attivata la Banca dati delle imprese alimentari, realizzata dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, per la registrazione delle imprese soggette a controlli e l'informatizzazione dei dati dell'attività di controllo svolta.

Alla luce di quanto sopra esposto, le attività di sanità pubblica veterinaria devono conformarsi a quanto richiesto per espletare correttamente le attività di controllo ma, nel contempo, tramite l'attività di formazione, informazione e comunicazione, essere di supporto soprattutto alle piccole imprese.

Ciò richiede da parte del sistema sanitario regionale il proseguimento del percorso di adeguamento avviato negli anni precedenti, mirato non solo alla riorganizzazione delle attività di controllo ufficiale, ma anche ad una ridefinizione degli assetti delle stesse Autorità competenti preposte allo svolgimento dei controlli. Per quanto sopra, i principi fondamentali adottati dal Sistema Sanitario regionale sono:

- attività orientata al consumatore e utente;
- apertura e trasparenza;
- indipendenza;
- garantire il rispetto delle norme cogenti;
- controllo ufficiale basato sulle evidenze;
- flessibilità e semplificazione<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Occorre tenere conto di quanto le linee guida europee dettano in materia di piccole imprese ed in particolare di quanto prospettato per la registrazione delle attività, per la flessibilità in tema di autocontrollo e di preparazione di prodotti tradizionali;

• Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema Norme di igiene ed imprese artigiane di trasformazione.

## Contesto

La sanità pubblica veterinaria svolge compiti complessi e articolati che sinteticamente possono essere riassunti nella gestione della salute animale, della sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

Nella realtà molisana la sicurezza alimentare e specialmente il comparto agro-zootecnico rivestono notevole importanza economica e sociale soprattutto nelle zone interne che presentano uno scarso sviluppo industriale e una orografia disagiata, prevalentemente montana. In tali zone sono stati preservati alcuni prodotti tradizionali che trovano spazio nella dodicesima versione dell'elenco aggiornato dei prodotti agroalimentari tradizionali del Ministero delle Politiche Agricole (DDG 7/6/2012). Inoltre in regione è presente una importante filiera avicola (che rappresenta il 2,5-3% dell'intero comparto nazionale) costituita da oltre 200 allevamenti con un numero variabile di capi da 5.000 a 25.000. Sono presenti 45.000 capi bovini distribuiti in più di 2.800 allevamenti (di cui circa 1600 con più di 5 capi), 91.000 capi ovicaprini distribuiti in quasi 3.700 aziende e 24.000 suini in 2.000 allevamenti. Questo comparto alimenta il mercato locale e delle regioni limitrofe e costituisce un presidio ambientale del territorio<sup>5</sup>. L'industria alimentare è presente con impianti di notevole rilevanza nel comparto lattiero caseario, della trasformazione delle carni e della pesca con un numero di impianti pari a 213 riconosciuti (48 mattatoi, 16 sezionamenti carni, 42 stabilimenti di trasformazione delle carni e preparazioni di carni, 11 per prodotti della pesca e molluschi, 81 caseifici). La regione inoltre si distingue anche per nicchie di produzione agro-zootecnica di pregio e qualità, quali per esempio l'allevamento di bovini ed ovini al pascolo montano (*transumanza*) e l'allevamento del bovino marchigiano, razza da carne allevata da sempre con sistemi eco-compatibili.

Questi dati evidenziano la necessità di implementare un sistema di garanzie come previsto dai regolamenti comunitari ed in particolare del regolamento n. 882/2004 *a* e il regolamento (CE) n. 854/2004.

Nel quadro della filiera agroalimentare molisana sono rilevanti anche i settori della produzione e della trasformazione di alimenti di origine vegetale, della distribuzione della somministrazione degli alimenti.

Elementi caratterizzanti la filiera "di origine" vegetale sono costituite da imprese di coltivazione di cereali ortaggi a pieno campo, imprese di trasformazione di cereali, pomodoro, olive, uva e barbabietola da zucchero. Si citano alcuni dati disponibili di aziende presenti in regione: 1 zuccherificio (con 850.000 q.li di zucchero prodotto); 38 esercizi per il commercio all'ingrosso di frutta e ortaggi freschi o conservati, 5 industrie di bibite analcoliche, 15 imprese di lavorazione e conservazione di frutta e ortaggi, 70 aziende di produzione di olio di oliva da olive prevalentemente non di produzione propria, 61 aziende di produzione di paste alimentari, 7 mulini, 5 produttori di vini<sup>6</sup> che insieme a diversi piccoli produttori producono 255.000 hl vino.

Dati caratterizzanti il settore della ristorazione pubblica e collettiva sono i 1.803 esercizi<sup>7</sup> così ripartiti: bar ed esercizi simili senza cucina 827, ristoranti ed attività di ristorazione mobile 957, fornitura pasti preparati ed altri servizi della ristorazione 19<sup>8</sup>.

Le produzioni vegetali maggiormente rappresentate sono<sup>9</sup>: i cereali (frumento tenero 77.000 qli e frumento duro 1.889.000 qli); gli ortaggi a pieno campo (ortaggi vari ed in particolare pomodori e finocchi) 970.000 qli; il mais 106.000 qli; il girasole 76.500 qli; la barbabietola da zucchero 215.000 qli.

- 
- Note esplicative di talune disposizioni in materia di flessibilità contenute nel "pacchetto igiene". Linee guida per le autorità competenti.
  - Note esplicative di talune disposizioni in materia di flessibilità contenute nel "pacchetto igiene". Domande frequenti (FAQ). Linee guida per gli operatori del settore alimentare.
  - Guida all'attuazione di alcune disposizioni del regolamento (CE) n. 852/2004 sull'igiene dei prodotti alimentari.
  - Guida all'attuazione di alcune disposizioni del regolamento (CEE) 853/2004 in materia di igiene degli alimenti d'origine animale.
  - Guida all'applicazione delle procedure basate sui principi del sistema HACCP e semplificazione dell'attuazione dei principi del sistema HACCP in talune imprese alimentari.

<sup>5</sup> I dati (arrotondati) sono tratti dalla funzione "statistiche" del portale dell'IZS di Teramo e sono aggiornati al 30 settembre 2012.

<sup>6</sup> Fonte Camera di Commercio

<sup>7</sup> Fonte Fipe su dati Infocamere 2011

<sup>8</sup> Il dato non include i luoghi di sola somministrazione collettiva e i piccoli centri di preparazione e somministrazione

Ni

La qualità dei dati esposti (Camera di Commercio, Associazioni di Categoria e Istat) relativi alle attività da sottoporre a controllo da parte del SIAN, se confrontati con le informazioni della Banca dati delle Imprese Alimentari (SINVSA) non è delle migliori. Per cui è fondamentale recuperare il ritardo nella implementazione e messa a regime del SINVSA per consentire una corretta programmazione locale. Alla informatizzazione delle imprese e delle attività di controllo ufficiale (previsto nel SINVSA) deve essere associato, avviato e messo a regime il "sistema di esperienze positive" operanti nella ASReM, individuandole con atti di indirizzo sulla base dei seguenti criteri:

- collocazione strategica rispetto ai bisogni del territorio;
- evidenza di attività già organizzate e professionalmente adeguate;
- necessità di figure professionali, complessità organizzativa, attrezzature e strumentazioni adeguate per ottenere efficacia ed efficienza in un bacino di utenza di un'area molto vasta e differenziata;
- evidenza di sistemi di controllo ufficiale innovativi e conformi al Regolamento CE 882/04, soprattutto riguardo ai profili di rischio utili per un'efficace organizzazione del sistema dei controlli.

Il servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) concorre al perseguimento degli obiettivi di sicurezza alimentare, attraverso l'attività di controllo ufficiale esercitata ai sensi del regolamento CE n. 882/2004 sulle strutture sopra descritte. Inoltre, stante la spiccata vocazione agricola e forestale del territorio molisano, rivestono un ruolo chiave anche le attività di sorveglianza nella commercializzazione ed utilizzo dei prodotti fitosanitari e le attività di controllo dell'ispettorato micologico, al fine di prevenire le intossicazioni da funghi.

Nel contempo, il SIAN promuove il miglioramento della qualità della ristorazione collettiva, con particolare riguardo alle mense scolastiche e alle mense di strutture ospedaliere ed assistenziali, favorendo l'adesione agli standard nazionali rappresentati rispettivamente dalle "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica (G.U. n. 134/10) ed alle "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale" (G.U. n. 37/11).

In Molise, a seguito della istituzione della ASReM e del Dipartimento Unico, il sistema di controllo della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare nella sua articolazione territoriale soffre della inattuata integrazione dei Servizi Veterinari e dei Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione delle vecchie ASL. Infatti, nella regione sono ancora attive le vecchie articolazioni dei Dipartimenti della Prevenzione.

Il riordino deve superare l'obsoleta differenziazione organizzativa a favore di nuova organizzazione che si tradurrà automaticamente a livello aziendale con benefici in termini razionalizzazione delle risorse, univocità delle prestazioni, multidisciplinarietà.

#### **Analisi del contesto**

- *favorevole*, nel controllo ed eradicazione delle malattie di interesse antropozoonosico;
- *favorevole* nel controllo (è attiva su tutto il territorio l'anagrafe canina), ma non nel contenimento della popolazione canina randagia e degli animali inselvatichiti;
- vengono svolte attività di igiene urbana, ma non sono attivi sistemi di sorveglianza strutturati;
- presenza di *disomogeneità e difficile interpretazione* dei dati forniti in merito al controllo dell'utilizzo dei farmaci veterinari;
- *insufficiente ricorso* dell'attività di categorizzazione del rischio degli stabilimenti e aziende, con riflessi sulla riduzione dei controlli;
- *insufficiente ricorso* ai controlli mediante audit;
- *insufficiente attività* di sorveglianza della scrapie;
- *insufficiente attuazione* dell'anagrafe dinamica del patrimonio zootecnico (DPR. 317/96);
- *favorevole* nel controllo sui prodotti lattiero caseari e sul commercio al minuto;
- *insufficiente applicazione* nel controllo sulla produzione delle carni e loro prodotti delle nuove metodiche ispettive;

## Obiettivi

Il controllo ufficiale è stato normato dal Reg. CE n. 882/2004 ed ha come *obiettivi generali* la verifica della conformità alla legislazione volta, segnatamente, a:

- prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli uomini e gli animali, siano essi rischi diretti o veicolati dall'ambiente;
- garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti di origine animale e vegetale. Tutelare gli interessi dei consumatori, comprese l'etichettatura dei mangimi e degli alimenti e altre forme di informazione dei consumatori.

In relazione agli obiettivi generali sopra descritti, si riportano i seguenti *obiettivi specifici* della Sanità Pubblica Veterinaria e, per quanto applicabili, del SIAN:

- Sorveglianza epidemiologica delle malattie correlate con l'alimentazione ed igiene degli alimenti.
- Salute animale, prevenzione delle zoonosi, benessere animale e farmaci ad uso veterinario.
- Adeguamento ai criteri di funzionamento previsti dal regolamento n. 882/2004 dell'attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente regionale e delle Autorità Competenti Territoriali.
- Completamento e sviluppo del Sistema informativo per la sicurezza alimentare all'interno del percorso di informatizzazione del Dipartimento di Prevenzione con particolare riguardo alle imprese alimentari e al controllo di gestione dei flussi informativi e delle attività programmate.
- Promozione dello snellimento delle procedure di comunicazione con tutte le parti interessate e favorire la dematerializzazione della documentazione.
- Revisione delle procedure di registrazione alla luce dei provvedimenti di semplificazione emanati dalle autorità centrali.
- Categorizzazione del rischio degli stabilimenti (stabilimenti produttivi ed allevamenti,) tenendo conto che realtà molisana è rappresentata prevalentemente da microimprese per cui a volte è utile una categorizzazione per gruppi di attività simili.
- Sviluppo di procedure che conducano alla certificazione di qualità delle Autorità Competenti Territoriali e sviluppo del sistema di Audit dell'Autorità Competente regionale e delle Autorità Competenti territoriali, che si prefiggano i seguenti obiettivi :
  - attenzione al processo interno all'organizzazione, che genera la prestazione-controllo, con riferimento anche alla funzionalità, alla comunicazione interna, al livello di formazione del personale, agli strumenti di lavoro, ecc.;
  - ricerca del miglioramento continuo, anche nei controlli che sono per definizione evolutivi, e alle innovazioni legislative e tecniche;
  - coinvolgimento delle risorse umane nell'ambito della gestione delle risorse, finalizzato a garantire la crescita professionale del personale e la dotazione degli strumenti necessari al miglioramento dei processi produttivi.
- Considerato che attualmente il fenomeno del randagismo è rientrato quasi totalmente nell'ordinarietà e che è prevalentemente originato da cani vaganti di proprietà, ma privi di identificazione (i cani randagi propriamente detti rappresentano una percentuale limitata difficilmente stimabile, ma che con buona approssimazione si aggira intorno al 3-4%) si rende necessario, nell'ambito dell' U.O. complessa di sanità animale, istituire una specifica unità operativa semplice di riferimento per gli aspetti relativi al fenomeno del *randagismo*, che coordini e presidi le molteplici attività, con funzione operativa.

Entro 60 giorni dall'approvazione del presente Piano, la struttura regionale competente per la Sanità Veterinaria e Sicurezza alimentare, previa ricognizione delle criticità sopra descritte, predispone un crono programma dettagliato con obiettivi intermedi relativi alle azioni da intraprendere per portare a completamento le azioni di seguito indicate:

Obiettivo specifico	Azioni di miglioramento	Completamento
Sorveglianza epidemiologica delle malattie correlate con l'alimentazione ed igiene degli alimenti;	Miglioramento sistemi di raccolta di informazioni sanitarie già implementati	1 anno
Salute animale, prevenzione delle zoonosi, benessere animale e farmaci ad uso veterinario;	Sviluppo di un software per la informatizzazione del farmaco veterinario e ricetta telematica; Categorizzazione del rischio degli allevamenti intensivi e categorizzazione per gruppo dei microallevamenti	2 anni
Adeguamento ai criteri di funzionamento previsti dal regolamento 882/2004 dell'attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente Regionale e delle Autorità Competenti Territoriali;	Adeguamento ai criteri previsti dal regolamento 882/2004	2 anni
Completamento e sviluppo del Sistema informativo per la sicurezza alimentare, con particolare riguardo alla informatizzazione delle imprese alimentari, al controllo di gestione dei flussi informativi e delle attività programmate;	Implementazione e messa a regime della Banca dati SINVSA	1 anno
Promozione dello snellimento delle procedure di comunicazione con tutte le parti interessate e favorire la dematerializzazione della documentazione;	Attivazione di procedure di richiesta e comunicazione dei cittadini mediante format telematici (registrazioni, autorizzazioni, iscrizioni, ecc.)	3 anni
Revisione delle procedure di registrazione alla luce dei provvedimenti di semplificazione emanati dalle autorità centrali,	revisione e semplificazione delle procedure di registrazione e riconoscimento degli stabilimenti ed altre attività	2 anni
Categorizzazione del rischio degli stabilimenti (stabilimenti produttivi ed allevamenti)	categorizzazione per struttura o gruppi di attività secondo la capacità produttiva o tipo di attività	2 anni
Sviluppo di procedure che conducano alla certificazione di qualità delle Autorità Competenti Territoriali e sviluppo del sistema di Audit dell'Autorità Competente regionale e delle Autorità Competenti territoriali.	Sviluppo e adozione di SOP per tutte le attività Sviluppo del sistema di audit regionale ed interno	3 anni
Nell'ambito della U.O.C. Sanità Animale individuare una struttura riferimento (alta specializzazione) per le attività legate al randagismo, che coordini e presidi le molteplici attività, con funzione operativa.	Istituzione di incarico di alta specializzazione	1 anno

### **Aspetti organizzativi**

Il processo di innovazione organizzativa non seguirà le "classiche" discipline professionali, ma dovrà essere orientato alla costituzione di strutture organizzative professionali legate a parametri volti al raggiungimento di adeguati volumi operativi, che portino ad una correlazione positiva tra prestazioni e risultati conseguiti, tenendo anche conto delle specificità territoriali, come previsto nel paragrafo "Articolazione del Dipartimento".

## 25. L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

### *L'integrazione tra le reti e la Centrale di continuità ospedale-territorio*

Il raccordo e la interazione tra le tre reti, emergenza, ospedaliera e territoriale, è la chiave per una corretta applicazione dei principi di appropriatezza che stanno alla base del riordino dei servizi, in coerenza con le indicazioni nazionali e le direttive europee che hanno previsto l'istituzione di un numero unico europeo "116117" per il servizio di guardia medica non urgente. Nel luglio 2011 il Ministero della salute adottava, in materia, un documento di indirizzo sulla "Continuità delle cure in un sistema integrato. Modelli organizzativi 118 e Continuità Assistenziale (CA)", integrativo dell'Accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011 e punto di riferimento per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

Il documento è finalizzato a garantire una piena integrazione dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri per realizzare una concreta continuità assistenziale e razionalizzare anche l'utilizzo della rete di emergenza-urgenza, consentendo di intercettare preventivamente i codici bianchi e verdi. A tal fine sono stati prospettati modelli organizzativi assistenziali diversificati ed adattabili ai diversi contesti territoriali, per assicurare assistenza giornaliera h 24, sette giorni su sette.

Condizioni essenziali sono la possibilità di interagire con un linguaggio condiviso, e quindi scambio di informazioni, chiarezza delle competenze reciproche (chi fa che cosa), individuazione dei percorsi delineando gli ambiti.

Perciò la presa in carico territoriale deve essere garantita tramite strumenti individuabili, misurabili e comprensibili, capaci di fornire direttamente e tempestivamente al cittadino la risposta a problemi semplici, e di dialogare tra ospedale e distretto e viceversa per la gestione di problemi complessi.

Nella fase attuale diviene fondamentale puntare sul coordinamento e sull'integrazione tra i servizi e gli operatori.

Il cittadino che necessita di una prestazione sanitaria di cura e assistenza primaria che, sia di giorno che di notte, sette giorni su sette, rientra tra le prestazioni erogabili dal MMG e dai PLS, oggi non ha dappertutto una garanzia di risposta nelle 24 ore.

Per poter assicurare la continuità delle cure, al di fuori dei percorsi di emergenza, è necessario attivare la funzione di ricezione delle richieste di Assistenza primaria attivabile 24 ore/24, da realizzare tramite la riorganizzazione dell'assistenza primaria, la valorizzazione dei Punti unici di accesso e un maggior coordinamento tra le reti assistenziali.

*E' pertanto ipotizzabile l'individuazione di una centrale operativa di continuità assistenziale del territorio(116117), anche adiacente alla Centrale Operativa del 118, con personale sanitario e tecnico allo scopo addestrato che fornirà risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione tra MMG e gli altri operatori sanitari del Distretto, e condivisi con il 118 e i DEA per le parti di interazione. Le due funzioni possono avvalersi di un'unica piattaforma tecnologica.*

La riorganizzazione del Sistema di Emergenza Urgenza in rapporto alla continuità assistenziale (CA) richiede una puntuale informazione al cittadino, destinatario ultimo del percorso riorganizzativo nel suo complesso oltre che una adeguata e omogenea preventiva formazione degli operatori tutti.

La conoscenza dell'esistenza dei numeri dell'emergenza sanitaria e della continuità assistenziale va incentivata attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione volti a far conoscere a tutte le fasce di popolazione, con particolare riguardo a quelle più deboli, in quali casi è opportuno chiamare il 118 e in quali casi occorre rivolgersi al numero unico di continuità assistenziale.

### ***Sistemi di presa in carico del cittadino***

*Nell'area dell'Emergenza-urgenza*, il sistema dell'accesso e della "presa in carico" è ben codificato: le richieste dei pazienti sono ricevute e gestite dalle Centrali Operative del 118 e la risposta avviene, in ragione del bisogno di salute, tramite i mezzi di soccorso afferenti ai diversi servizi di Pronto Soccorso e DEA ospedalieri. Un percorso che prosegue nello sviluppo organizzativo e informativo delle reti di patologia, al fine di rendere trasparente ed esplicito il ruolo e le competenze di ciascun presidio ospedaliero appartenente alla rete dell'emergenza - urgenza anche avvalendosi di specifici modelli organizzativi sulle reti, quali il modello "Hub and Spoke"

Spesso la probabilità maggiore di inappropriata di accesso al PS/DEA viene imputata ai Codici Bianchi e ad una quota parte dei Codici Verdi, che vengono attribuiti ai pazienti nella fase di accesso a tale strutture .

Al riguardo è utile rammentare che i sistemi di Triage nascono ed insistono nei Servizi di PS con un numero di accessi superiore ai 25.000 anno per espletare le funzioni di accoglienza degli utenti, di identificazione e riconoscimento delle priorità alle prestazioni sulla base di pochi segni e sintomi indirizzandoli all'area di trattamento più idonea.

L'attività di triage è svolta tramite l'impiego di una classificazione basata sui codici colore e non esprime quindi la complessità clinico assistenziale del paziente. Infatti, solo a seguito di più approfonditi accertamenti può essere determinata la tempestività e la competenza specifica adeguata per decidere un trattamento ospedaliero. Ciò significa che talvolta pazienti codificati in fase iniziale a bassa priorità di accesso possono necessitare, a seguito di più accurati approfondimenti, di valutazioni tempestive e specialistiche, così come può accadere la situazione inversa; il tutto rafforza l'importanza di una forte interazione tra il settore dell'emergenza - urgenza e il settore dell'assistenza primaria, fermi restando percorsi e azioni rigorosamente separati e non riconducibili ad ambiguità alcuna.

Qualora il codice di Triage venga utilizzato anche per indirizzare i pazienti all'uno o all'altro settore, è importante considerare più accuratamente parametri clinici e anamnestici quali ad esempio malattie croniche a rischio di riacutizzazione, l'appartenenza a particolari categorie di pazienti (neoplastici, allergici o altre situazioni particolari), in breve, le informazioni che attraverso una piattaforma tecnologica e informatica condivisa possono essere immediatamente accessibili.

*Nell'area dell'Assistenza primaria*, per facilitare l'accesso e la presa in carico dei cittadini, con prioritario riferimento ai soggetti più fragili, la programmazione sanitaria nazionale e regionale ha puntato alla costituzione di "Punti unici di accesso", da costruire nel Distretto, in stretto coordinamento con i diversi sportelli di informazione e di orientamento presenti sul territorio, anche presso gli enti locali. Inoltre si punta ad un lavoro di squadra sul territorio: le indicazioni nazionali (da ultimo il decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni con legge 8 novembre 2012, n. 189) e i vigenti Accordi collettivi nazionali per la medicina generale, definiscono una organizzazione della medicina convenzionata esclusivamente in forma associata.

I Medici di Medicina Generale (MMG), i Medici di Continuità' Assistenziale (MCA), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli Specialisti eventualmente inseriti nelle attività di Cure Primarie devono far parte di forme associative definite dalle Regioni e integrarsi fra di loro per l'erogazione dell'Assistenza Primaria.

Allo stesso fine, i diversi Piani Sanitari Nazionali (dal PSN 1998-2000 fino alla proposta di PSN 2011-2013) e gli Accordi Stato-Regioni sugli obiettivi prioritari di Psn (dal 2003 tali Accordi individuano "il riordino delle cure primarie" come una delle priorità per il SSN nel nuovo millennio) hanno descritto indirizzi per il rafforzamento organizzativo-professionale dell'assistenza primaria, indicando nell'integrazione multi professionale, nella continuità dell'assistenza e nella presa in carico, le leve principali per lo sviluppo di una rete assistenziale in grado di gestire complessivamente la cronicità, affrontare temi come la non autosufficienza e rispondere alla domanda "a bassa intensità".

Il riequilibrio delle reti richiede una riorganizzazione dell'assistenza territoriale, che non va delineata meramente in funzione dell'ospedale (capacità di intercettare le prestazioni attribuibili ai codici bianchi e verdi; dimissioni protette etc.), ma come sistema che presenta caratteristiche autonome, capace di rispondere a bisogni di salute precisi (distinguendo tra i diversi target: persona sana; problemi indifferenziati di salute; cronicità, non autosufficienza) e di garantire prevenzione e assistenza anche a lungo termine.

Tuttavia l'integrazione tra le reti assistenziali presenta ancora punti di incertezza la fase del passaggio dall'ospedale al territorio risulta di particolare complessità. A questo fine è prospettabile la costituzione di una centrale operativa di continuità assistenziale (116117), che può anche realizzarsi con le modalità individuate dal Ministero della salute (nel citato documento di indirizzo del luglio 2011) con individuazione di un'area dedicata alla Continuità assistenziale nell'ambito della Centrale Operativa del 118.

La funzione potrebbe anche espandersi alle funzioni di orientamento e informazione per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza Primaria nelle 24 ore, attraverso il seguente percorso:

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

A questo scopo, la centralizzazione delle chiamate per i Servizi di CA e la rivisitazione del numero delle postazioni rappresentano una esigenza irrinunciabile anche al fine della necessaria riprogrammazione dei servizi in funzione dei volumi e della tipologia delle attività.

Riguardo alle fasce orarie di presenza dei MCA (sia per attività ambulatoriale che domiciliare), si ritiene opportuno considerare anche differenziazioni di orari di servizio che consentano una maggior copertura del territorio in orario diurno giornaliero e una più ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 – 08.00) anche in funzione della necessaria integrazione con le forme di associazione dei MMG ai fini della copertura H24, disciplinati con protocolli chiari e condivisi con il 118.

Nei Presidi Territoriali di Assistenza deve essere favorito l'utilizzo di dotazioni strumentali di primo livello. Nelle stesse strutture si ritiene altresì necessaria, tramite il Porta Unica di Accesso, l'accessibilità alla piattaforma informatica comune e la consultazione delle banche dati degli assistiti.

Inoltre, nelle zone rurali e a forte dispersione di densità abitativa deve essere potenziata la rete virtuale delle comunicazioni tra cittadino e servizi di assistenza primaria, facilitando in tutti i modi l'utilizzo della telemedicina.

I *Punti di Primo Intervento*, gestiti dai DEA di riferimento, sono costituiti anche negli ospedali riconvertiti in strutture territoriali in ubicazioni rigorosamente separate dai punti di erogazione delle cure.

### ***Piattaforme informatiche e tecnologiche***

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

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

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

La realizzazione di tale modalità operativa non può prescindere dalla necessaria chiarezza tra percorsi di emergenza urgenza e percorsi di continuità da realizzarsi nell'area dell'assistenza primaria. I percorsi sono, come già evidenziato, sostanzialmente diversi nei presupposti e nei bisogni a cui rispondono e devono pertanto essere rigorosamente separati, anche al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino, e sprechi di risorse e moltiplicatori di inappropriata per gli operatori sanitari.

## 26. IL DISTRETTO

Con il presente Piano sanitario si intende procedere a rafforzare il modello organizzativo distrettuale, sulla base di principi fondanti della *"primary health care"* e in considerazione del processo di riorganizzazione in atto nella Regione, volto ad operare un diverso equilibrio ospedale-territorio e ricomporre i diversi interventi nell'ambito di una visione unitaria, di cambiamento radicale nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria. E', infatti, necessario che le azioni di razionalizzazione e di riduzione dei posti letto operate nell'area ospedaliera, in attuazione degli standard nazionali e in considerazione del diverso scenario che il sistema sanitario deve affrontare (invecchiamento della popolazione, crescita delle patologie croniche, divario tra domanda di salute e risorse disponibili), si inserisca in una strategia complessiva che superi la frammentazione degli interventi e garantisca ai cittadini percorsi assistenziali integrati. Si intende pertanto rafforzare l'assistenza primaria e la promozione dell'integrazione e del coordinamento tra medici di medicina generale, altri professionisti sanitari e specialisti.

Il Distretto ha subito nel corso degli anni un'evoluzione che lo ha portato ad essere configurato come un *"sistema integrato di unità organizzative che interagiscono per realizzare le finalità dell'assistenza primaria"*. Tale evoluzione nasce dalla necessità di offrire una risposta più adeguata a un bisogno di salute in una fase di profonda trasformazione, in cui il baricentro del Servizio sanitario nazionale si va spostando sempre più dall'ospedale al territorio.

Con il presente Piano sanitario regionale si intende procedere a rafforzare il modello organizzativo dei Distretti operanti nella regione sulla base dell'unitarietà della presa in carico dell'assistito, nella finalità di aumentare la qualità percepita dall'assistito, consolidare l'organizzazione territoriale, contenere e razionalizzare i costi, ridurre l'ospedalizzazione e governare la domanda.

Nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale è indispensabile l'introduzione dei percorsi assistenziali integrati che muovono dalla centralità della persona, attorno alla quale si sviluppa il percorso di cura e di assistenza promuovendo l'integrazione tra servizi diversi e tra differenti professionalità, attraverso il collegamento a rete della *Porta unica di accesso (PUA)* con gli ambiti sociali, nonché tra ambulatori specialistici territoriali ed ospedalieri.

### **Il riassetto della rete territoriale dei servizi**

La Legge Regionale 26 novembre 2008, n. 34, di modifica alla L.R. 1° aprile 2005, n. 9 recante *"Riordino del Servizio Sanitario Regionale"*, individua nel Distretto l'articolazione funzionale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (A.S.Re.M.), in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari e socio-assistenziali. I distretti sono strutture complesse con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari necessari per assicurare le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi.

Il presente Piano, in continuità con l'impegno di ridisegnare il sistema sanitario regionale e di garantire un maggiore riequilibrio tra assistenza territoriale e ospedaliera, intende rafforzare la funzione distrettuale, evidenziando che il Distretto assume, nella fase attuale, la funzione fondamentale di organismo di tutela e governo della rete dei servizi, da perseguire tramite il raccordo, coordinamento e integrazione tra servizi e professionisti del territorio, a partire dalla Medicina generale (Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta) per comprendere gli specialisti, gli infermieri e le altre professioni sanitarie.

L'orientamento del presente Piano è, pertanto, di delineare un "Distretto forte", nella consapevolezza che questo obiettivo richiede una rimodulazione degli strumenti a disposizione del Distretto, che va ben oltre la definizione di aspetti di tipo strutturale (le ormai improbabili definizioni di Distretto e/o Dipartimento forte e/o debole, strutturato e/o funzionale, rispondono più ad un'enfasi sulle articolazioni proprie della struttura che alla centralità sull'utente e sui relativi percorsi di salute).

In quest'ottica la strategia del Piano è rivolta a individuare un modello di Distretto che contemperì l'aspetto della dimensione organizzativo-gestionale con quella professionale, focalizzando l'attenzione sugli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e presidiando sia il livello di conoscenza della domanda, sia il

livello di uniformità e omogeneità di procedure, delle modalità di accesso all'assistenza, di erogazione di interventi e prestazioni.

Pertanto il compito del Distretto nel governo della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, si sviluppa in funzioni di tipo verticale (definizione di procedure e meccanismi operativi, sistemi informativi e strumenti di monitoraggio e controllo) e soprattutto di tipo orizzontale, con il coordinamento e il lavoro integrato tra professionisti e servizi dell'area sanitaria e socio-assistenziale.

Con questi nuovi strumenti il Distretto potrà meglio svolgere i complessi compiti di garantire l'erogazione del sistema di assistenza primaria nonché costituire il punto di riferimento per il cittadino per l'accesso alla complessità dei servizi e rappresentare il luogo naturale dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria.

La visione strategica del Distretto, cui il presente Piano si ispira, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, prevede che lo stesso rappresenti:

- «centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale»,
- “punto di riferimento unico per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini”
- “centro organizzativo e di gestione dell'assistenza sanitaria primaria e di tutti i servizi del territorio di competenza”.

Come tale, deve operare su 3 aspetti fondamentali: costituire un punto di accesso unico per il cittadino per tutti i servizi dell'azienda, divenire luogo di presa in carico del bisogno di salute del cittadino e luogo elettivo di integrazione sanitaria e socio-sanitaria.

Per realizzare obiettivi così complessi, occorre che il Distretto coincida con una precisa comunità locale e realizzi sistematici collegamenti con i Comuni associati e pertanto è fondamentale la coincidenza con gli ambiti sociali, secondo le indicazioni della Legge n. 328/2000.

Occorre, inoltre, che possa seguire e garantire sul territorio lo svolgimento di percorsi di cura non complessi e costruisca sistematici rapporti con i presidi ospedalieri di riferimento.

Il rafforzamento dei compiti del Distretto e in particolare lo svolgimento della funzione di governo del sistema territoriale richiede la riconsiderazione delle attuali articolazioni, già riordinate ai sensi del precedente Piano sanitario regionale 2008-2010 con il passaggio da 13 a 7 distretti, prevedendo l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali, ferma restando la territorializzazione della erogazione dei servizi. Il corretto dimensionamento dei Distretti risponde all'esigenza di ricomporre il frazionamento inefficiente dei bacini di utenza, superare la frammentarietà degli interventi e garantire un'assistenza di qualità ed economicamente sostenibile per un congruo numero di abitanti.

In particolare si prevede un ambito distrettuale che dovrà adeguarsi alla soglia minima degli 80.000 residenti, con conseguente riduzione da 7 a 4 Distretti. Ai sensi dell'art. 8 della legge n. 328 del 2000 e in coerenza con le indicazioni regionali in materia, si promuove il graduale allineamento territoriale degli ambiti sociali ai distretti, considerando che l'allineamento è uno strumento fondamentale per favorire la programmazione integrata in ambito socio-sanitario.

La creazione dei nuovi Distretti intende rafforzarne il ruolo nelle decisioni strategiche ed operative per il potenziamento dei servizi sanitari territoriali. Potranno pertanto essere individuate aree sub-distrettuali, di tipo funzionale, come punti di riferimento per l'erogazione dei servizi ai cittadini e in coerenza ai principi fondamentali di accessibilità e prossimità delle attività sanitarie ai bisogni della popolazione.

Le articolazioni territoriali gestionali assicurano, attraverso i Distretti, quali “aree sistema”, l'integrazione dei tre momenti specifici di intervento, sanitario, socio-sanitario e sociale, con le reti di offerta e la domanda di salute della popolazione espressa e inespressa, e garantiscono, dal punto di vista gestionale, un utilizzo più razionale delle risorse, in un contesto di vincoli economico-finanziari sempre più rigorosi.

Nell'ambito territoriale del Distretto, la prima e fondamentale esigenza che il presente PSR deve evidenziare, rimane quella di superare una visione che individua nel macrolivello ospedaliero la sede pressoché esclusiva della risposta alla malattia, riconducendo in modo appropriato al livello ospedaliero la gestione delle acuzie e avviando un percorso di irrinunciabile implementazione del sistema delle cure territoriali verso la reale presa in carico complessiva dei bisogni di salute della persona.

Il ruolo strategico che il Piano sanitario regionale affida al macrolivello territoriale si realizza principalmente tramite il potenziamento dei distretti incidendo su alcuni aspetti essenziali, tra cui principalmente:

- l'ampliamento dell'ambito di riferimento, per una migliore garanzia di gestione dei percorsi di cura territoriali;
- il ruolo di legittimazione della governance pubblica del sistema di assistenza primaria, il quale va riconosciuto al Distretto, attribuendo alla ASReM le funzioni di direttiva e controllo;
- la definizione di un quadro programmatico ed organizzativo chiaro, anche per garantire un corretto nell'utilizzo delle risorse finanziarie e professionali;
- la definizione di protocolli e meccanismi operativi di coordinamento tra Distretti e Dipartimenti, anche per garantire l'integrazione con gli ospedali per la gestione della post-acuzie e delle patologie a lungo decorso o croniche;
- il coordinamento sistematico tra i Direttori di Distretto per definire procedure amministrative semplificate e percorsi di cura omogenei sul territorio regionale, e consentire la conoscenza e diffusione delle buone pratiche;
- rafforzare le modalità operative per l'integrazione socio sanitaria sia a livello di policy che a livello tattico ed operativo;
- la funzione di coordinamento e controllo delle forme di produzione organizzata nell'assistenza primaria, anche non a gestione diretta del Distretto, quali organizzazioni no profit (cooperative e consorzi), organizzazioni for profit, anche alla luce delle contingenti esigenze di deospedalizzazione.

La necessità di valorizzare i diversi ruoli comporta che il MMG dal ruolo tradizionale di gatekeeper può diventare coordinatore clinico di progetti di assistenza; la professione infermieristica può sviluppare ulteriori potenzialità sia di carattere specialistico che organizzativo tramite ruoli di integrazione (funzione di case management); gli operatori di assistenza socio-sanitaria possono offrire un contributo sempre più qualificato attraverso idonei processi formativi e di affiancamento; gli specialisti, non solo convenzionati, possono essere maggiormente coinvolti nel contesto dell'assistenza primaria, in termini di continuità tra il livello primario e secondario di assistenza.

L'obiettivo prioritario del Piano è definire una nuova e più solida architettura del Distretto, in attuazione delle indicazioni del D.lgs. n. 229/99 (articoli da 3-quater a 3-septies), per renderla un reale punto di riferimento per il cittadino e centro di governo e garanzia dei LEA territoriali, ed al contempo abbastanza flessibile ed innovativa nei modelli di assistenza e nelle modalità di coordinare professionisti e servizi.

Negli aspetti organizzativi, il Distretto deve essere considerato una macrostruttura aziendale, con le caratteristiche di una struttura ad alta complessità, articolata in unità operative, al pari del presidio ospedaliero e del dipartimento di prevenzione. Questa configurazione consente al distretto di assumere la titolarità e di svolgere tutte le attività territoriali indicate dal citato D.lgs. n. 229/99, negoziando annualmente con il Direttore generale dell'ASReM obiettivi di tutela della salute e relative risorse nell'ambito dei programmi di budget aziendale.

Per realizzare e rafforzare lo sviluppo omogeneo del sistema integrato socio-sanitario contenuto nella normativa, la Regione Molise, ha orientato, attraverso le linee programmatiche del Piano Sanitario 2008-2010, e del Piano Sociale Regionale 2009-2011, le azioni necessarie all'implementazione dell'assistenza sul territorio costituita da interventi integrati socio-sanitari.

In questa visione, il distretto esprime principalmente la funzione di integrazione nei servizi sanitari e sociosanitari tra diversi professionisti, organizzazioni e assistiti, facilitando, nel rispetto delle autonomie dei diversi attori, la crescita del protagonismo degli stessi assistiti (processi di empowerment), della responsabilizzazione degli operatori, delle capacità di programmazione e valutazione delle attività su obiettivi comuni di assistenza.

Ciò si concretizza nella:

- gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale dell'assistito con patologia cronica o bisogno di salute complesso;
- facilitazione dell'attuazione della continuità assistenziale in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali;
- rendicontazione e comunicazione di azioni svolte nell'intero sistema di primary health care;
- azione di *advocacy* verso i cittadini, ossia sostegno e promozione di programmi di tutela della salute, favorendo la loro attiva partecipazione alla realizzazione di un reale sistema di attenzioni primarie per la salute;
- In tal modo, un sistema centrato sull'offerta di prestazioni frammentarie potrebbe evolvere verso un modello in cui l'assistito può trovare risposta ai suoi bisogni mediante l'attivazione di reti e percorsi che, alimentati da risorse e competenze integrate a livello locale, rispondano ad essenziali principi universali di presa in carico istituzionale e continuità assistenziale.

Risulta importante che il Distretto, nello svolgere la funzione di integrazione e coordinamento per ricomporre l'azione di diversi attori nel soddisfare i bisogni di salute della popolazione, operi nell'ambito di percorsi assistenziali da attivare e adattare nell'operatività con i professionisti del territorio, a cominciare dai medici di medicina generale, distinguendo i target principali: persona sana; persona con problemi indifferenziati al primo contatto; persona autosufficiente con patologia cronica; persona fragile e/o non autosufficiente.

Si evidenzia come, rispetto ai target sopraindicati, l'assistenza primaria presenti le caratteristiche principali di un sistema adattativo complesso, inteso come insieme di attori autonomi nella loro attività, in modo da non essere sempre totalmente prevedibili, e le cui azioni sono interconnesse e tali da influenzarsi a vicenda.

All'interno dell'assistenza primaria è pertanto fondamentale soddisfare il fabbisogno organizzativo di coordinamento/integrazione. Il coordinamento è inteso come processo di ricomposizione unitaria delle azioni tra le diverse componenti per realizzare un'assistenza centrata sulla persona e non sui singoli episodi di trattamento. Attuare logiche e strumenti dell'assistenza primaria sono obiettivi prioritari dell'intero sistema sanitario.

A tal fine è fondamentale:

- valutare l'impatto di modelli esistenti in termini di efficacia, appropriatezza ed economicità (ruolo della ricerca sui servizi sanitari);
- esplicitare e radicare principi e valori universali del sistema di primary health care (PHC), con accordo su obiettivi di base e poche regole fondanti per indirizzare relazioni e prassi operative. E' evidente che questa non può essere altro che il "territorio", ed in questo il distretto, a realizzare un sistema di assistenza primaria, in cui la salute è affrontata come processo unitario e come tale necessariamente intersettoriale. Il distretto quindi non può che essere un'organizzazione complessa, motore di integrazione e continuità assistenziale. Occorre quindi riflettere sulle criticità distrettuali ed utilizzarle come opportunità per ridisegnare ruoli e funzioni all'interno della PHC.

Per rendere omogeneo questo sistema, nel Distretto vengono delineate quattro "macro aree" di attività, fermo restando che le stesse operano in forma integrata al fine di contribuire all'obiettivo del Distretto di garantire i livelli di assistenza territoriale:

- area assistenza primaria, che comprende la medicina di famiglia (medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta), la continuità assistenziale (ex guardie mediche), l'area della specialistica ambulatoriale e l'area dell'assistenza integrativa;
- area dell'assistenza ai pazienti cronici e agli anziani, comprese le cure domiciliari, residenziali semi-residenziali (centri diurni) e l'assistenza protesica, che richiede la creazione dei percorsi di accesso e di presa in carico delle persone con bisogni socio-sanitari complessi, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:
  - l'implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia per le patologie croniche a maggiore impatto e diffusione;
  - l'assunzione di responsabilità e l'educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia;
  - la diffusione e il consolidamento dei percorsi di ammissioni e di dimissioni protette, supportati da protocolli condivisi tra Ospedale e Territorio;
  - lo sviluppo dell'assistenza intermedia temporanea.
- area dell'assistenza materno-infantile ed età adolescenziale, con assistenza in gravidanza e puerperio, attuazione di interventi per favorire la relazione genitoriale precoce e l'allattamento al seno, anche attivando azioni di sostegno domiciliare durante il puerperio, attenzione ai problemi dello sviluppo del bambino, anche con riferimento al sostegno alla genitorialità e neogenitorialità; controllo fertilità e prevenzione dell'IVG, prevenzione dei tumori femminili, spazio adolescenti, con riferimento ai seguenti aspetti:
  - la presa in carico ed il monitoraggio dei bambini affetti da patologie croniche, con particolare attenzione alla prevenzione del diabete e delle patologie cardiovascolari;
  - l'utilizzo appropriato degli antibiotici e di altre terapie farmacologiche;
  - la presa in carico precoce delle disabilità;
  - l'individuazione di percorsi di presa in carico di minori e adolescenti con problemi neurologici e psicopatologici;
  - l'individuazione precoce e la presa in carico di situazioni di minori ed adolescenti che necessitano di protezione e tutela in forma integrata tra i vari servizi.
- area della prevenzione e della promozione della salute, in coordinamento delle attività dei Dipartimenti territoriali di prevenzione e di tutela della salute mentale, e dell'area delle dipendenze. In particolare saranno assicurate:
  - la promozione della salute e l'educazione a stili di vita sani con particolare riferimento all'alimentazione, all'attività motoria, alle problematiche legate all'alcolismo ed alle altre dipendenze patologiche, attivando e coinvolgendo le risorse della comunità nella elaborazione e nella realizzazione di progetti secondo un approccio intersettoriale;
  - il consolidamento delle attività di screening di riconosciuta efficacia nei confronti delle patologie neoplastiche (colon, cervice uterina, mammella);
  - il sostegno operativo all'adozione di misure efficaci di profilassi delle malattie contagiose;

- la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardio-cerebrovascolari, oncologiche, respiratorie, metaboliche, traumatologiche in ambiente domestico e stradale.

Gli obiettivi prioritari dell'area distrettuale per il prossimo triennio sono sintetizzati come segue:

- rafforzamento della responsabilità del Direttore di Distretto nel conseguimento degli obiettivi di salute annualmente definiti con il Direttore Generale nell'ambito della programmazione aziendale; tramite la negoziazione, con lo strumento del budget, di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, come previsto dall'art. 3-quater, comma 2, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Il budget di distretto è finalizzato prioritariamente al potenziamento dei percorsi di cura delle patologie croniche a maggiore impatto, al monitoraggio dell'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci, dei dispositivi medici e dei presidi e agli obiettivi di seguito indicati.
- potenziamento dell'assistenza domiciliare, proseguendo il percorso avviato dalla Regione negli anni per il conseguimento dell'obiettivo di una copertura di almeno 3,5 % di persone anziane ultrasantacinquenni in ADI, previsto dall'obiettivo 5.06 del Quadro strategico Nazionale 2007-2013, tenendo conto della diversa intensità assistenziale necessaria per rispondere ai bisogni di salute della singola persona (ADI di bassa, media ed alta complessità) e dei relativi requisiti qualitativi individuati dal documento LEA del 18 ottobre 2006 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio "
- messa a regime del cruscotto informativo regionale, in attuazione del DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare", in modo da fornire un report periodico agli operatori del territorio e al Direttore generale sullo sviluppo delle attività anche da un punto di vista qualitativo;
- rafforzamento e consolidamento degli strumenti adottati dalla Regione per la presa in carico delle persone non autosufficienti per assicurare modalità omogenee di valutazione multidimensionale del bisogno, di predisposizione del Piano assistenziale individuale e del team di cura, di valutazione periodica degli interventi e degli obiettivi di salute conseguiti, assicurando il coinvolgimento dei professionisti, della persona e della sua famiglia nei percorsi di cura. Il primo obiettivo è culturale, in quanto è strategico sviluppare la condivisione dei soggetti coinvolti, cui si affianca l'obiettivo di garantire il miglioramento continuo della qualità nell'ambito dei percorsi di cura delle persone prese in carico. A tal fine si prevede l'approvazione di un manuale di accreditamento delle cure domiciliari. In generale con la garanzia della presa in carico, il Distretto risponde all'esigenza etico-sociale di accompagnare il cittadino nel complesso percorso assistenziale;
- potenziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, con prioritario utilizzo dei presidi ospedalieri in riconversione, individuando strutture diversificate in relazione alla tipologia di utenza (RSA anziani e RSA disabili; centri diurni, comunità alloggio; residenze protette), con correlata definizione degli operatori, tempi di permanenza, requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi. L'obiettivo è creare un sistema di residenzialità flessibile e legato al territorio e alla comunità locale, strettamente collegato al sistema delle cure domiciliari e alla rete ospedaliera e riabilitativa;
- assicurare l'erogazione dei servizi di assistenza primaria di cui all'art. 3-quinquies del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, tramite il necessario coordinamento delle figure dei medici e dei pediatri di famiglia, quali punti di riferimento primario per i cittadini, nonché l'integrazione degli specialisti ambulatoriali nell'ambito dei PDTA e la valorizzazione del ruolo infermieristico e di tutte le professioni sanitarie e sociali che operano nella rete dei servizi territoriali, quali portatrici di competenze specifiche per la presa in carico del bisogno nella sua globalità.

Altro punto fondamentale per la realizzazione di un sistema integrato di risposte socio-sanitarie è l'implementazione, in ogni Distretto, della Porta Unica di Accesso – PUA ai servizi territoriali, luogo di orientamento, accettazione e presa in carico del bisogno di salute del cittadino. In particolare la PUA ha il compito di fornire direttamente le risposte ai bisogni di salute "semplici", mentre ha il compito di attivare



l'Unità di valutazione multidimensionale per i casi di bisogni sociosanitari complessi. La valutazione dei casi (semplici e complessi) avviene tramite una scheda informatizzata di accesso unitaria, che raccoglie informazioni essenziali previste con apposito provvedimento aziendale.

La porta unica di accesso è luogo di riferimento e di orientamento per utenti, famiglie, operatori sanitari, servizi sociali, associazioni di volontariato e organismi sociali e svolge la funzione di sportello organizzato su base distrettuale per l'accoglienza delle richieste di interventi e di prestazioni di competenza distrettuale.

All'interno del Distretto opera l'Unità di Valutazione Multidimensionale – UVM, che diventa l'organismo in grado di realizzare la valutazione e la successiva "presa in carico" dei bisogni del cittadino, che struttura percorsi di cura ed assistenza ed utilizza al meglio la gamma dell'offerta sanitaria. Fermo restando che tale procedura non debba costituire un appesantimento degli aspetti burocratici né un ritardo nelle dimissioni ospedaliere né un frazionamento della responsabilità assistenziale, elementi questi che avrebbero l'effetto di incrementare la spesa e danneggiare il buon esito dei percorsi.

La PUA è una modalità organizzata di accesso e presa in carico, prioritariamente ma non esclusivamente dedicata ai soggetti fragili e non autosufficienti, che è in collegamento con lo sportello di accesso da realizzarsi all'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza e, naturalmente, in collegamento con la Centrale operativa di continuità assistenziale e con le piattaforme tecnologiche condivise sia della rete territoriale che delle altre reti.

Nella stessa direzione di "programmazione integrata degli interventi socio-sanitari", si orienta Il Piano Sociale Regionale 2009-2011, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 148 del 28 aprile 2009. Tale Piano in premessa riconosce che "la precedente elaborazione della Programmazione attraverso i Piani Sociali di Zona, pur registrando una certa capacità dei Comuni e delle reti sociali e sanitarie di elaborare progetti e azioni significative, ha mostrato una serie di debolezze e di ritardi nell'applicazione degli intenti spesso dovuta ad una serie di difficoltà legate ad un debole legame tra Istituzioni e società civile ed alla mancanza di un rapporto di significativo partenariato nella programmazione congiunta tra Comuni ed ASReM".

L'intento diventa, pertanto, il superamento di queste difficoltà attraverso una programmazione che ha come obiettivo il potenziamento del "... sistema di governance, basato su forme organizzative di tipo partenariale, ed in particolar modo attraverso la programmazione locale dei Piani di Zona Sociali e la loro integrazione con il programma delle attività territoriali dell'ASReM".

Il Piano analizza le modalità di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria che si attua nei Distretti Sanitari e negli Ambiti Territoriali grazie alla stretta collaborazione dei Direttori dei Distretti con i Coordinatori d'Ambito, mediante azioni quali, la condivisione della definizione dei criteri di accesso ai servizi, l'utilizzo di strumenti di valutazione comuni e la modalità condivisa di erogazione dei servizi.

Altro passaggio importante del Piano è rappresentato dalla definizione ed implementazione dell'assetto organizzativo operativo che viene garantito attraverso la definizione del percorso integrato, realizzato attraverso l'attivazione nei Distretti Sanitari della Porta Unica d'Accesso (PUA), e dell'Unità di Valutazione Integrata, che opera adottando la logica della valutazione integrata attuata con il coinvolgimento dei professionisti dei settori sanitari e sociali, attraverso un approccio multiprofessionale e interdisciplinare. L'integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria costituisce uno dei principi fondamentali di organizzazione e di funzionamento del Sistema Sanitario della Regione Molise, da realizzarsi principalmente a livello distrettuale e per i servizi ad elevata integrazione sanitaria.

In tal senso la qualificazione del Distretto, quale articolazione fondamentale del governo aziendale, è funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra l'Azienda Sanitaria regionale e gli Enti Locali e rappresenta la sede ottimale per lo sviluppo della assistenza territoriale e della integrazione fra servizi sanitari e sociali.

La realizzazione di un concreto percorso di integrazione socio-sanitaria presuppone la puntuale definizione degli impegni organizzativi e finanziati posti a carico di ciascuno dei soggetti pubblici preposti: Regione (Comuni in forma singola o associata – Ambiti territoriali) e ASReM (Distretti socio-sanitari).



A fronte di un sistema sanitario condizionato dagli obblighi derivanti dal Piano di rientro 2007-2009 e successivo programma operativo 2011-2012, si riscontra una realtà afferente al sociale estremamente problematica.

Infatti, il Fondo Nazionale per le politiche sociali trasferito al Molise in questi ultimi anni ha fatto registrare una costante e significativa riduzione che, di fatto, pregiudica la possibilità di mettere a disposizione del sistema socio-sanitario le necessarie risorse finanziarie.

Per tali ragioni sarà prioritario per la Regione avviare le iniziative necessarie a reperire le risorse da immettere nel sistema sociale.

Sintesi degli obiettivi prioritari per la riorganizzazione dei Distretti e il miglioramento della rete dei servizi territoriali (In coerenza con gli obiettivi del Programma operativo 2011-2012)

Ridefinizione dei Distretti	Passaggio da 7 a 4 Distretti (bacino di utenza 80.000 abitanti) Avvio di un Tavolo con gli enti locali per promuovere la coincidenza tra Distretti e Ambiti sociali
Potenziamento degli strumenti a disposizione dei Distretti	Negoziazione annuale di budget con il Direttore Generale della ASREM (obiettivi di salute e risorse a disposizione) Definizione di PDTA e di strumenti finalizzati alla implementazione, es. meccanismi operativi, incontri periodici con i professionisti Sviluppo della Porta unica di accesso -PUA Sviluppo di un cruscotto informativo (in collegamento ai flussi nazionali SIAD e FAR sull'assistenza domiciliare e residenziale)
Potenziamento rete servizi	Attivazione dei Presidi territoriali di assistenza, Sviluppo dell'Assistenza domiciliare, Sviluppo dell'assistenza residenziale per anziani e disabili; Hospice e rete delle cure palliative,
Razionalizzazione e riequilibrio delle reti	Razionalizzazione dell'offerta e della spesa specialistica territoriale Riqualficazione delle rete riabilitativa territoriale Integrazione sociosanitaria – potenziamento strumenti di raccordo e definizione della quota sociale a carico del cittadino/comune

### **La Porta Unica di Accesso (PUA)**

La necessità di trovare soluzioni operative semplici per rendere maggiormente fruibile e riconoscibile il Distretto e i suoi servizi, ha portato il Molise, come molte altre Regioni, ad adottare una Porta unica di accesso. Essa costituisce una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, anche per situazioni urgenti, ma non comprese nell'emergenza.

La Porta unica di Accesso, già prevista e regolamentata da atti programmatori regionali e aziendali, costituisce il primo e fondamentale anello del percorso di presa in carico della persona, che va delineato in tutti i suoi passaggi, dalla segnalazione del problema alla prima risposta dell'operatore, come avvio della presa in carico, fino alla valutazione multidimensionale e alla costruzione di un piano personalizzato di assistenza.

La PUA, in costante contatto con la Centrale Operativa di Continuità assistenziale e con gli altri nodi tecnologici delle tre reti, si coordina con la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri e di emergenza.

Tale modalità organizzativa permette, tra l'altro, di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e ripetuti, soprattutto in riferimento ai soggetti più fragili, consentendo una più facile accessibilità ed il coordinamento tra i soggetti interessati, nel percorso delle cure territoriali.

Funzioni principali attribuite alla Porta Unica di Accesso:

- accesso alla rete integrata dei servizi socio- sanitari territoriali;
- accoglienza dei singoli cittadini, degli operatori dei servizi sociali e sanitari, dei servizi sociali e sanitari, istituzionali e non;
- raccolta delle singole segnalazioni;
- orientamento e gestione della domanda;
- attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici sanitari o sociali;
- avvio della presa in carico e integrazione con i servizi della rete territoriale, ospedaliera e di emergenza;
- connessione in rete con le risorse organizzative del sistema per garantire la continuità dell'assistenza.

In sintesi, si realizzano nella PUA azioni valutative, con raccolta di informazioni e primi interventi (anche esaustivi quando si tratta di bisogni semplici) mentre, di fronte a bisogni complessi, si attiva la valutazione multidimensionale per mobilitare risorse del sistema sanitario, sociosanitario o sociale.

Va evidenziato che con provvedimento del Direttore Generale ASReM n.999 del 01.09.2010, sono state assunte determinazioni per lo sviluppo e potenziamento della rete dei servizi territoriali. Con successivi provvedimenti del Direttore Generale ASReM nn.1000 e 1001 del 01.09.2010, sono state adottate linee guida e regolamenti per la Porta Unica di Accesso e l'Unità di Valutazione Multidimensionale.

Dopo la prima fase di attivazione della PUA, occorre pervenire alla messa a regime della stessa in tutti i Distretti, con ulteriore sviluppo dei meccanismi operativi di funzionamento interno e di integrazione con la rete di offerta assistenziale, nonché la ridefinizione dei percorsi di cura anche rispetto ai processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale in corso nella Regione in attuazione del Piano di rientro 2007-2009 e del successivo programma operativo 2011-2012 volti al riequilibrio economico-finanziario e alla riqualificazione del servizio sanitario regionale. Tale processo di consolidamento dovrà essere accompagnato da una idonea formazione e qualificazione degli operatori coinvolti, tenendo conto del modello di valutazione multidimensionale adottato.

La messa a regime richiederà anche un approfondimento, con i Direttori di Distretto e gli operatori della PUA, degli elementi positivi e critici della fase di avvio e una più ampia azione di riorganizzazione delle procedure amministrative, volta a semplificare e uniformare sul territorio i numerosi passaggi a cui la persona assistita e i suoi familiari devono sottoporsi, con l'individuazione di responsabilità certe per lo svolgimento coordinato di tutte le prestazioni necessarie.

Dovrà essere, inoltre, messo a regime un sistema informativo unitario in grado di raccogliere informazioni dettagliate relativamente ai servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali erogati dai Distretti e dagli Ambiti sociali, oltre che sull'utenza interessata dagli sportelli PUA dei Distretti e dagli Uffici di cittadinanza ubicati nei Comuni della Regione. E' importante disporre di una modalità sistematica di verifica e valutazione della PUA e del sistema di presa in carico, in rapporto all'utenza, agli operatori, al territorio e ai diversi soggetti coinvolti nel lavoro di rete. Il sistema di valutazione fa parte del sistema informativo regionale attivato in attuazione della normativa nazionale (Flusso SIAD sull'assistenza domiciliare e Flusso FAR sull'assistenza residenziale e semiresidenziale approvati con distinti DM del 17 dicembre 2008) ed è

strettamente correlato al modello regionale adottato per la valutazione multidimensionale e la presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario complesso.

A tal fine sono obiettivi prioritari, da realizzarsi con modalità di coordinamento dei Distretti e degli operatori PUA:

- la sistematizzazione delle modalità operative di integrazione dei servizi e dei professionisti, nell'ambito di percorsi di cura con prioritario riferimento alle patologie croniche a maggiore impatto e diffusione;
- la corretta gestione di eventuali tempi di attesa ai servizi territoriali;
- la semplificazione delle procedure amministrative e comportamenti a livello aziendale,
- l'attivazione di accordi e protocolli d'intesa con gli Enti locali per la gestione integrata della PUA.

L'obiettivo strategico è l'implementazione di un sistema unico di accoglienza della domanda in grado di offrire al cittadino tutta la gamma di opportunità presente nella rete locale dei servizi e consentirgli di percorrere, a partire da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l'intera rete dei servizi sociosanitari.

Pertanto sia i punti di accesso del Sociale, come il segretariato sociale, il servizio sociale professionali, gli sportelli di cittadinanza ed altri, sia i punti di accesso sanitario (MMG, PLS, Medici specialisti ambulatoriali e ospedalieri, Operatori sociosanitari etc.) devono far confluire, mediante la compilazione di apposita modulistica, le richieste degli utenti concernenti un bisogno sociosanitario ad un unico Centro di riferimento (PUA), che consenta un percorso assistenziale unitario ed integrato e si avvarrà della Centrale operativa di Continuità assistenziale per comunicare in tempo reale con le altre PUA e con tutti i soggetti delle tre reti, Emergenza, Territoriale e Ospedaliera.

#### ***L'Assistenza Primaria***

Lo strumento organizzativo e gestionale che si vuole avviare nella regione Molise è lo sviluppo di forme associative avanzate della medicina convenzionata, tenendo conto che i vigenti Accordi collettivi nazionali della medicina generale prevedono come fondamentale e obbligatorio il lavoro di squadra, individuando essenzialmente due modalità: una di tipo monoprofessionale, rappresentata dalle Aggregazioni funzionali territoriali e una di tipo multi professionale, rappresentata dalle Unità complesse delle cure primarie (UCCP).

Va ricordato che in materia le indicazioni nazionali propongono diversi modelli, quali le UTAP (unità territoriali di assistenza primaria) prospettate con l'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 sugli obiettivi prioritari di PSN) e le Case della Salute, di cui alla legge finanziaria 2007 e all'Accordo di cui al decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni con legge 8 novembre 2012, n. 189

Il processo di riordino dell'assistenza primaria è tuttora in fase di definizione (anche dal punto di vista legislativo; nella fase attuale è stato emanato il citato decreto-legge n. 158/2012 convertito in legge n. 189/2012, il cui art. 1 è dedicato al riordino delle cure primarie), tuttavia vi sono alcuni elementi comuni e già condivisi, tra cui l'associazione di più medici convenzionati, che operano in una sede unica per garantire un elevato livello di integrazione, e costituire presidi di riferimento per i cittadini, facilmente riconoscibili ed accessibili (in relazione ai principi di prossimità ed accessibilità tipici dell'assistenza primaria).

Lo scopo di tali forme associative, che è quello di fornire una assistenza migliore ai cittadini in un setting più appropriato, si sposa con la necessità di un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici della continuità assistenziale e dei medici specialisti nella programmazione regionale, superando il senso di isolamento e autoreferenzialità che spesso caratterizza la loro attività.

Il cambiamento non deve ovviamente compromettere i valori positivi del rapporto fiduciario tra medico e paziente e l'autonomia professionale, ma deve consentire ai medici di esprimere al meglio la loro professionalità nel servizio sanitario regionale.

Gli Accordi decentrati regionali stipulati per la medicina generale (DGR n. 1173 del 27 febbraio 2007) e della pediatria di libera scelta (DGR n. 1104 del 2 ottobre 2007) prevedono la promozione dell'associazionismo e delle forme organizzative più evolute (quali le UTAP) per favorire la corretta gestione dell'assistenza primaria e la razionalizzazione delle risorse. Tuttavia l'organizzazione delle attività associative non ha avuto una puntuale ed omogenea realizzazione nella Regione Molise. L'obiettivo del presente Piano è quello di attivare un diverso percorso, a partire dai Presidi territoriali di assistenza e dalla gestione di PDTA, che consenta una maggiore partecipazione dei professionisti del territorio nelle politiche di programmazione, assistenza e controllo dei Distretti.

Il modello organizzativo che si propone si ispira alle indicazioni programmatiche nazionali (Piano sanitario nazionale 2006-2008; Accordi Stato-Regioni sugli obiettivi prioritari di PSN; proposta di Piano sanitario nazionale 2011-2013), che riconoscono la centralità dell'assistenza primaria ed introducono, per garantire la presa in carico dei pazienti fragili, modelli organizzativi originali ed innovativi quali:

- attivazione di posti letto territoriali gestiti dai MMG e dal personale infermieristico;
- disponibilità di posti letto in strutture intermedie intraospedaliere, il cui coordinamento è affidato a infermieri;
- programmi di dimissione protetta;
- team infermieristici di comunità che si recano al domicilio del paziente.

Come sopra riportato, non si intende in questo modello valorizzare esclusivamente la figura pur centrale del medico di medicina generale, ma anche quella delle altre professioni sanitarie, in un lavoro integrato che risulta fondamentale nella gestione dei pazienti cronici e complessi. Inoltre si intende riconoscere il ruolo dei pediatri di libera scelta, nella consapevolezza che sia necessario proseguire l'azione di razionalizzazione dell'assistenza pediatrica nella regione Molise attraverso la promozione dell'appropriatezza, la riduzione della fuga dalla regione di piccoli pazienti per patologie di medio-bassa complessità, il trattamento dei codici bianchi pediatrici al di fuori dell'ospedale, l'assistenza agli adolescenti. In coerenza con i suddetti obiettivi, si è provveduto alla chiusura di punti nascita con meno di 500 parti (considerando nel caso specifico le difficoltà orografiche della regione),.

Altrettanto importante è il coinvolgimento dei medici di specialistica ambulatoriale (ex SUMAI) che debbono operare in sintonia con i colleghi MMG e PLS al fine di garantire con rapidità servizi più vicini ai cittadini, coadiuvando sul campo i medici con i quali sono in squadra.

Gli obiettivi che si intende raggiungere sono i seguenti:

- porre i bisogni e le esigenze delle persone al centro della programmazione territoriale;
- garantire una risposta ai bisogni sanitari afferenti all'assistenza primaria per almeno 12 ore al giorno;
- controllo dell'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica e specialistica ambulatoriale;
- sviluppare e qualificare la continuità assistenziale;
- ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati (ricoveri ripetuti) fornendo una alternativa di diagnosi, cura e assistenza;
- facilitare la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri;

- formulare protocolli operativi per la presa in carico per attività propriamente sanitarie, socio-sanitarie e sociali;
- fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti del territorio e ospedalieri;
- favorire la collaborazione con le famiglie ed il volontariato;
- migliorare l'utilizzo delle risorse strutturali (recupero di immobili) finanziarie (riduzione dei costi impropri), umane (mantenimento di struttura sanitaria in zona disagiata), occupazionali;
- valorizzare la centralità del MMG, dei PLS e delle altre figure professionali mediche in integrazione con il Distretto di riferimento territoriale, quale presa in carico dalla rete della emergenza territoriale (118) e Ospedaliera (DEA e PS) delle problematiche inappropriatamente definite urgenti e di bassa complessità, al fine di ricondurre l'accesso inappropriato dei cittadini alle aree di emergenza-urgenza nell'alveo delle cure primarie, contribuendo a ridurre l'attesa dei codici di maggiore gravità;
- valorizzare il ruolo infermieristico rivalutandone la professionalità e la responsabilità;
- valorizzare l'accoglienza e l'orientamento ai servizi attraverso la presenza di un Porta Unica di Accesso;
- favorire il collegamento in rete con tutti i servizi e le attività presenti sul territorio;
- assegnare il budget in via sperimentale a gruppi di medici.

Si ritiene che il modello che si descrive sia lo strumento migliore per garantire al cittadino i livelli di assistenza sanitaria, una presa in carico costruita sui bisogni del singolo cittadino ed una umanizzazione dei rapporti che è alla base del rapporto fiduciario tra il personale tutto del servizio sanitario regionale ed i cittadini.

#### ***I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)***

Il Presidio territoriale di assistenza è una sede pubblica nella quale coesistono in maniera funzionale i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, compresi gli ambulatori di Medicina Generale, Specialistica ambulatoriale e sociali, per una determinata e programmata porzione di popolazione. Nel PTA si promuove la prevenzione per tutto l'arco della vita, la promozione della salute e del ben-essere sociale al quale partecipa attivamente la comunità tutta. E' un modello innovativo, caratterizzato da una sede polivalente in grado di garantire un approccio multidisciplinare ai bisogni delle persone, soprattutto in condizioni temporanee o permanenti di fragilità sociale e sanitaria, ed è stato inserito tra gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale dall'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009, con la possibilità di finanziamenti ad hoc.

Il Presidio territoriale di assistenza rappresenta un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Direttore di Distretto, che coordina le attività erogate e cura i rapporti con le altre strutture sanitarie della ASReM. Esso costituisce un riferimento certo per il cittadino e garantisce l'integrazione operativa a livello più decentrato di servizi territoriali, dove è possibile che operatori sanitari e sociali mettano insieme conoscenze e professionalità per individuare le opzioni assistenziali più opportune, in relazione a bisogni delle persone che non richiedono ricovero ospedaliero. In sintesi, il PTA è una struttura polivalente e polifunzionale, visibile sul territorio come luogo fisico nel quale vengono concentrate una serie di servizi ed attività attualmente dispersi e frammentati tra le diverse componenti del sistema sanitario sociale e sociosanitario.

Attualmente la Regione è dotata di 14 poliambulatori, alcuni dei quali sono stati potenziati e per alcuni di essi sono stati investiti finanziamenti ex art. 20 della legge 67/88 per il loro ammodernamento secondo progetti approvati dal Ministero della Salute. Il programma operativo 2011-2012 prevedeva la trasformazione dei poliambulatori, gestiti dai Distretti e presenti all'interno delle sedi distrettuali, in Presidi territoriali di assistenza, conservando l'ubicazione originaria e nel rispetto dei tempi stabiliti da uno specifico crono programma (5 PTA nel 2011; 5 PTA nel 2012 e 3 PTA nel 2013).

In seguito sono state adottate, con Decreto del Commissario ad acta n. 101 del 28 novembre 2011, le indicazioni per l'istituzione e l'organizzazione funzionale dei Presidi territoriali di assistenza, confermando la scelta di conversione dei 14 poliambulatori in PTA e il relativo crono programma.

Il decreto demandava all'Azienda sanitaria regionale del Molise l'approfondimento delle aree specifiche e dei servizi da prevedere nei PTA, tramite l'adozione di un apposito Piano aziendale, da redigere "tenendo in considerazione le potenzialità e i limiti del territorio, individuando le migliori soluzioni per aggregare i servizi principali senza sguarnire la periferia dei servizi essenziali, che potranno essere collegati funzionalmente ed informaticamente al PTA attraverso la Porta Unica di Accesso".

Tuttavia, tenendo conto che la necessità di dare priorità ai processi di riconversione dei presidi ospedalieri e della necessità di rivedere questa programmazione in funzione del fabbisogno regionale, si prevede nel prossimo triennio l'attivazione di almeno un PTA per distretto da realizzare tenendo conto delle esigenze del territorio e con prioritario intervento negli ospedali da riconvertire. La definizione operativa dei servizi da attivare nei PTA, dei tempi e delle modalità per la realizzazione dei Presidi saranno definite in un apposito Piano aziendale; anche avvalendosi dei finanziamenti di cui al Piano di investimenti ex art. 20 L. 67/1988.

I medici che non saranno impegnati nei PTA saranno inseriti in programmi territoriali per la promozione dell'associazionismo, attraverso la realizzazione di Aggregazioni funzionali territoriali, come previsto dai vigenti Accordi collettivi nazionali e anche attraverso la partecipazione attiva dell'ufficio di coordinamento delle attività territoriali. Lo strumento dell'accordo decentrato regionale consentirà di dare finalmente seguito a quanto originariamente previsto e non realizzato.

Il Presidio Territoriale di Assistenza, attraverso modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale della struttura tra più professionisti, è deputato alla integrazione delle attività già svolte a livello distrettuale avvalendosi dell'impegno del MMG, del PLS, del Medico di Continuità assistenziale, degli Specialisti e del personale infermieristico, in attività assistenziali svolte in spazi predestinati comuni e con impegno orario a garanzia della fruibilità dei servizi stessi e della risposta alle urgenze classificabili come "codice bianco".

In particolare il PTA ha il compito di:

- garantire una risposta ai bisogni sanitari afferenti all'assistenza primaria per almeno 12 ore al giorno e in particolar migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche;
- garantire il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica e specialistica ambulatoriale;
- ricondurre al circuito delle cure primarie gli accessi impropri al Pronto soccorso, i ricoveri ospedalieri inappropriati e i ricoveri ripetuti fornendo una alternativa di diagnosi, cura e assistenza e presa in carico della in appropriatezza individuata direttamente dal 118 o dai dea - PS utilizzando protocolli condivisi, e avvalendosi degli strumenti tecnologici comuni delle rispettive Centrali operative;
- facilitare, tramite il distretto, la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri;
- fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti del territorio e ospedalieri;
- assicurare un Porta Unica di Accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;

- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione di risultati interni ed esterni ai servizi;
- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

In particolare, i PTA devono garantire:

*Un ambulatorio infermieristico*, con particolare attenzione alla gestione delle patologie croniche, dove inoltre il cittadino potrà recarsi per un set definito di prestazioni che non necessitano del medico. Gli infermieri opereranno anche in collaborazione con i MMG, negli ambulatori, nelle attività specialistiche, nel punto prelievo dei Presidi Territoriali di Assistenza, nei prelievi a domicilio e, se necessario, nelle cure domiciliari.

*Attività specialistiche*: verranno attivate ore di specialistica nelle diverse branche, con frequenza da definire in base ai fabbisogni progressivamente rilevati. Le attività specialistiche saranno svolte sia da medici dipendenti sia da specialisti ambulatoriali convenzionati. Verranno attivate in un primo tempo in tutti i PTA le specialità di Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia, Neurologia, Geriatria, Oculistica, Ostetricia e ginecologia e Otorinolaringoiatria, ove non già presenti.

Gli specialisti partecipano al processo di deospedalizzazione dell'assistenza, e alla riduzione dei tempi di attesa concorrendo attivamente con il MMG al processo di presa in carico e di continuità assistenziale, operando in modo coordinato ed integrato al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza.

*Assistenza farmaceutica*: la previsione presso la Struttura di un'articolazione funzionale di farmacia territoriale rappresenta un'opportunità volta a garantire l'assistenza farmaceutica mediante la distribuzione diretta di farmaci e dispositivi medici per l'utilizzo interno e per il territorio, nonché mediante l'espletamento di altri compiti specificamente attribuiti. Il modello organizzativo e la declaratoria dei compiti istituzionali da attribuire a detta articolazione funzionale saranno oggetto di attenta valutazione a livello regionale avvalendosi di una commissione all'uopo costituita, anche al fine di integrare la funzione di cui trattasi con le funzioni della farmacia ospedaliera.

*Area dell'accoglienza*: considerato che il PTA è strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze, dovrà costituire il punto d'incontro più prossimo tra il cittadino e il sistema organizzato del servizio sanitario e dei servizi socio-sanitari. Il punto nodale di tale area è rappresentato dalla Porta Unica di Accesso, che si compone di un front office, dedicato all'accoglienza e all'orientamento dell'utenza e di un back office destinato, grazie ad una continuità operativa con l'unità di valutazione multidimensionale (UVM), alla valutazione/risoluzione dei bisogni complessi. Per il raggiungimento dell'obiettivo di attivare entro il triennio tutti i PTA previsti saranno stipulati accordi integrativi con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti del territorio e i medici del 118, per disciplinare le modalità di accesso degli operatori ai presidi e la tipologia delle attività da svolgere all'interno dei presidi territoriali di assistenza.

Il PTA ha solo ed esclusiva valenza di Continuità assistenziale e mai di Emergenza urgenza, con la cui rete, rigorosamente separata, avrà contatti attraverso le Centrali Operative e le piattaforme tecnologiche condivise, al fine di facilitare gli scambi di informazioni e le tempestive prese in carico delle inappropriatezze.

### **Compiti e struttura dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)**

Sono previsti 4 PTA, uno per ognuno dei 4 Distretti. Il potenziamento delle strutture e dei servizi afferenti all'assistenza primaria costituisce lo snodo per riequilibrare il focus tra la "sanità d'attesa" e la "sanità d'iniziativa" (orientata alla "promozione attiva" della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la

propria salute, al coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali, alla gestione di percorsi assistenziali e alla continuità delle cure) e per ridurre il ricorso all'ospedalizzazione impropria attraverso l'integrazione organizzativa per assicurare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, nonché tra le strutture del territorio.

Le attività dei PTA, che non sono alternative ma supportano, includono e coordinano le forme organizzative complesse della medicina territoriale nel distretto, possono essere organizzate per aree funzionali. così come di seguito indicate, tenendo conto che il D.C.A. n. 101 del 28 novembre 2011 "PTA: Indicazioni regionali per l'istituzione e l'organizzazione funzionale", prevede la possibilità di . :

**AREA PUBBLICA**, dimensionata secondo necessità, con ingresso, area principale d'attesa, lo sportello CUP e lo sportello Punto unico di Accesso

- *Sportello CUP*: finalizzato a supportare le attività sanitarie e sociali svolte nel PTA. Le attività consistono in funzioni di segretariato, prenotazioni, raccolta di dati, archiviazione delle informazioni, funzioni gestionali (budget).
- *Punto unico di Accesso* : finalizzato a garantire l'accesso integrato ai servizi socio-sanitari, fornendo informazioni, guidando il cittadino all'interno del sistema, individuando soluzioni concrete all'attuale frammentazione delle risposte a bisogni assistenziali complessi. Potranno esser presenti nei PTA la sede degli Sportelli unici distrettuali .

**AREA SERVIZI SANITARI**, nella quale possono esserci, a seconda delle dimensioni del presidio:

- *Area della diagnostica strumentale di primo livello a supporto di prestazioni indifferibili*: Tale area rappresenta uno spazio strutturale e funzionale destinato alla valutazione breve ed al controllo di quadri clinici non destinati a strutture di livello superiore. Qualora questi assumessero una rilevanza più complessa verrebbero avviati, secondo i protocolli già esistenti, ai normali percorsi della emergenza-urgenza.
- *Area delle patologie croniche*: Il PTA è nodo di raccolta e coordinamento nella gestione delle patologie croniche a maggiore impatto sociale (ad esempio cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica), attraverso condivisione e gestione, col supporto, segretariale e infermieristico, delle agende cliniche dei pazienti cronici.
- *Area delle cure primarie*: Le varie tipologie relative alle forme di associazionismo (semplice, cioè in sede ambulatoriale unica, in rete, cioè con percorsi diagnostico terapeutico assistenziali PDTA- condivisi, o all'interno di strutture rese disponibili dalla ASREM, attraverso intesa, dai medici in associazione, o messe a disposizione, tramite accordi di programma, dagli enti locali) possono trovare spazio nel PTA. In particolare, i MMG ed i PLS, nell'ambito delle attività cliniche del PTA, avranno a disposizione ambulatori, il servizio di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche (telemedicina e teleconsulto), accesso alla rete aziendale dei servizi distrettuali. Nel PTA trova collocazione la continuità assistenziale (Guardia medica), a garanzia di un'assistenza sulle 24 ore (h24).
- *Area dell'assistenza specialistica e diagnostica*: La contiguità spaziale e la condivisione di percorsi assistenziali comuni consente, nel PTA, l'integrazione tra cure primarie e cure specialistiche. Le cure specialistiche sono assicurate:
  - dall'attività coordinata degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni nell'ambito delle branche ed aggregazioni funzionali specialistiche previste dagli accordi;
  - dall'attività dei medici ospedalieri, sulla base delle esigenze dei pazienti che afferiscono ai PTA;
  - dalla presenza di alcune tecnologie diagnostiche di primo livello, (ad esempio radiografie, ecografie ...), finalizzate alla gestione delle patologie non complesse.

- *Area di sorveglianza temporanea:* Tale area consente di mettere a disposizione dei medici di famiglia integrati nei PTA alcuni ambulatori attrezzati all'uso, destinati alla sorveglianza breve di cittadini con patologie che non richiedano ricovero ospedaliero, ma necessitino di prestazioni non erogabili a domicilio (ad esempio esami diagnostici per pazienti in cure domiciliari, acuzie cliniche non complesse di breve durata).
- *Area delle attività riabilitative:* E' possibile prevedere la presenza nel PTA di spazi adeguati assegnati alle attività di recupero e riabilitazione funzionale.
- *Area delle attività Integrate Socio Sanitarie:* Il PTA rappresenta il riferimento operativo del servizio di cure domiciliari, cui sono attribuite funzioni di programmazione, coordinamento delle attività, approfondimento dei casi in seguito agli interventi al domicilio dei pazienti, effettuati da un'équipe composta dal medico di famiglia titolare del caso, infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali, specialisti, coinvolti in relazione alle necessità rilevate.

## AREA GESTIONALE E FUNZIONALE

Tale area può comprendere, a seconda delle dimensioni del presidio, gli uffici amministrativi, la zona degli spogliatoi ed eventualmente sale riunioni dedicate ed altri spazi, tra cui sedi di associazioni di volontariato.

### *Aspetti strutturali*

La sede del PTA è unica, con possibili articolazioni sub distrettuali ed è messa a disposizione dall'ASREM o dagli enti locali. Potranno essere utilizzate le strutture sanitarie fin da oggi disponibili per riconversione di strutture ospedaliere, gli edifici messi a disposizione dai comuni, le sedi specificamente progettate ed edificate.

La sede del PTA è il punto di riferimento dei medici di medicina generale di ciascun distretto, dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti convenzionati interni, nell'ambito delle varie forme di articolazione organizzative previste dai relativi accordi, dei medici dipendenti e dei medici di continuità assistenziale ed è polo operativo della continuità assistenziale all'interno del distretto.

I medici, pur mantenendo il proprio ambulatorio, svolgono a turno parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura, in modo da garantire una copertura dell'assistenza sanitaria nell'arco della giornata di dodici ore nei giorni feriali e sei ore nei pre-festivi, articolata in base alle esigenze dei bacini di utenza dei singoli CAP, in integrazione con i medici di continuità assistenziale, secondo la normativa attuale.

Tutti i MMG/PLS del distretto, organizzati in rete, gruppi o gruppi di cure primarie, fanno riferimento ai PTA.

Nei PTA lavorano in équipe:

- *Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);*
- *medici di continuità assistenziale.*
- *medici della medicina dei servizi;*
- *dirigenti medici - organizzazione dei servizi sanitari territoriali (dipendenti della ASREM);*
- *specialisti di aziende sanitarie (convenzionati interni o dipendenti ospedalieri), in relazione a percorsi concordati, delle aree individuate;*
- *assistenti sociali (in relazione funzionale con gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali) messi a disposizione dall'ASREM o dagli enti gestori dei servizi socio assistenziali;*
- *infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari messi a disposizione dall'ASREM;*

- *personale amministrativo messo a disposizione dall'ASREM;*
- *personale tecnico non sanitario (autisti, centralinisti, portieri...) messo a disposizione dall'ASREM.*

Il PTA rappresenta una porta di ingresso ed un nodo di raccordo dei servizi distrettuali con le aree Anziani, Materno infantile, della Salute mentale e delle Dipendenze.

Qualora nei presidi riconvertiti nella stessa struttura siano presenti un PTA e un PPI, i due percorsi devono essere rigorosamente separati e distinti, facendo parte il PTA delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale e destinato a non svolgere mai funzioni di emergenza-urgenza.

Il PPI è parte del sistema 118 che, attraverso protocolli condivisi, garantirà la consegna dei pazienti inappropriatamente giunti alla rete dell'emergenza alle strutture di continuità assistenziale delle cure primarie e garantirà le funzioni di emergenza urgenza territoriale attraverso le postazioni di ambulanza, così come previste dalla formula esplicitata nel paragrafo della rete della Emergenza-Urgenza.

### ***La Continuità Assistenziale***

In relazione all'evoluzione presente nel quadro delle risposte assistenziali, orientate alla presa in carico del paziente della persona, alla gestione dei servizi secondo la logica dei processi ed alla organizzazione dell'assistenza secondo livelli di intensità di cure, si ravvisa la necessità di correlare a tale impostazione azioni di miglioramento della organizzazione complessiva della Continuità Assistenziale.

Il modello organizzativo in atto garantisce il servizio e la dotazione dei medici in rapporto alla popolazione, nei limiti stabiliti dalle disposizioni nazionali e regionali, tenuto conto che l'Accordo collettivo Nazionale prevede un fabbisogno determinato secondo un rapporto ottimale medici in servizio /abitanti residenti che l'Accordo decentrato Regionale indica in n. 1 medico ogni 3.500 abitanti residenti.

Ne consegue che l'organico dei medici assegnati alla funzione di continuità assistenziale deve essere ricondotto a 92 unità, pari a 320.000 abitanti molisani rapportato al citato parametro di 3.500. Tale dotazione garantisce la copertura oraria (notturna, diurna festiva e prefestiva) per 25 sedi di continuità assistenziale.

### ***Azioni di riqualificazione della continuità assistenziale***

In dettaglio, si individuano le seguenti azioni per la riorganizzazione del servizio di Continuità assistenziale sul territorio regionale:

- I medici della continuità assistenziale aderiscono allo sviluppo organizzativo dei Nuclei delle Cure Primarie attraverso l'integrazione professionale ed organizzativa delle attività in coerenza con l'impostazione dell'ADR della Medicina Generale in fase di stesura.
- Inoltre, nelle fasce orarie di riferimento della Continuità Assistenziale, l'A.S.Re.M. può prevedere l'attivazione di un ambulatorio di Medicina Generale, per una dimensione oraria, preferibilmente diurna, ritenuta congrua alle esigenze locali e che permetta ai cittadini di ricevere le prestazioni proprie della medicina generale.

Tale attività sarà erogata con modalità diverse, a seconda delle necessità e caratteristiche della popolazione di riferimento, valutando l'opportunità di aggiungere un ambulatorio di medicina generale, oppure di coniugare l'attività con quella propria della Continuità Assistenziale nella figura dello stesso medico del servizio.

Tale modalità organizzativa è mirata, anche, a permettere il superamento accessibile sia dal punto di vista temporale che strutturale e, solo successivamente, in caso di necessità, può essere previsto nell'ambulatorio.

La sperimentazione consentirebbe, attraverso il monitoraggio degli accessi dei medici di C.A., di poter valutare una riduzione attesa dei ricoveri dei pazienti assistiti in ADI e ADP o ospiti di residenze.

- La continuità assistenziale presenta attualmente criticità nei confronti dei bambini in età 0-6 anni, che possono presentare problematiche cliniche che non richiedono il ricovero.
- La realizzazione di iniziative di formazione ed aggiornamento nel settore delle emergenze pediatriche e la frequenza di U.O. Pediatriche per almeno 30 ore annue, consentirebbero di qualificare il servizio e sopperire alle esigenze assistenziali di una fascia di utenza fragile.
- L'attivazione nei giorni feriali e nei giorni festivi e prefestivi di un ambulatorio di continuità assistenziale, quale punto di primo intervento, anche se limitatamente ad alcune ore di mattina e pomeriggio consentirebbe, per i giorni feriali, di agevolare l'utente in Comuni nei quali non è presente l'ambulatorio del medico di medicina generale o la relativa apertura è contenuta; nei giorni prefestivi e festivi, di ridurre gli accessi impropri al PS.
- Nell'ambito dell'organizzazione dei Presidi Territoriali di Assistenza è previsto un Punto di primo intervento per la gestione delle urgenze differibili, ad attività H24, quale contributo alla realizzazione di un programma di revisione e potenziamento della rete territoriale dell'emergenza-urgenza. Il modello organizzativo prevede un ambulatorio di continuità assistenziale per le urgenze ambulatoriali differibili gestite dai MMG e di Continuità Assistenziale nelle 12 ore diurne - fermi restando il numero massimo dei medici e delle sedi di CA.- integrato nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi dal servizio di continuità assistenziale e direttamente collegato alla rete dell'emergenza.
- E' auspicabile, altresì, l'obiettivo di perseguire l'attivazione di un numero unico regionale (116117) per la continuità assistenziale in grado di collegarsi con le diverse sedi, in analogia con i numeri utili dedicati regionali e confluenti nella Centrale operativa della Continuità Assistenziale.

#### ***Attività dell'area materno infantile ed età adolescenziale***

Tra i servizi sanitari che si occupano della salute delle donne e dei bambini un posto di particolare importanza è ricoperto dai consultori; si tratta di strutture di prevenzione gratuita, ad accesso libero (cioè senza la prescrizione del medico curante), con un organico formato da un'equipe multidisciplinare e multi-professionale composta da ginecologo, ostetrica, pediatra, assistente sanitaria, psicologo e assistente sociale.

La legge regionale istitutiva dei consultori ha attribuito a questi servizi compiti più ampi rispetto alla legislazione nazionale, dando particolare rilevanza agli interventi di educazione sanitaria, di informazione, di prevenzione, di assistenza psicologica e sociale alla famiglia. Negli anni, tale articolazione di compiti e di funzioni si è, in parte, indebolita ed inoltre non sempre la loro attività è adeguatamente visibile e accessibile.

Il Piano promuove l'integrazione nell'ambito del Distretto e delle attività sociali di competenza delle amministrazioni locali. La riorganizzazione delle attività svolte tiene conto dei nuovi bisogni e disagi emergenti in una situazione notevolmente cambiata sotto il profilo culturale, economico e demografico rispetto a quella degli inizi degli anni ottanta, in cui queste strutture sono nate.

In particolare, il Piano promuove il potenziamento su tutto il territorio regionale delle attività di tutela della salute della donna e di tutela della maternità attraverso azioni, quali:

- il potenziamento delle attività di informazione ed educazione alla procreazione responsabile;
- la riorganizzazione della rete dei servizi che, ai vari livelli, svolgono attività di consulenza e di genetica clinica per le coppie in condizioni di rischio o con storia familiare di malattie genetiche, il monitoraggio delle gravidanze, con selezione di quelle a rischio da inviare a strutture di livello assistenziale superiore, attraverso un percorso che partendo dalla consulenza preconcezionale e genetica continui con la preparazione al parto, con il sostegno all'allattamento al seno e con l'assistenza durante il puerperio;
- la realizzazione di azioni di sensibilizzazione che aiutino la donna a vivere il parto come evento fisiologico, contribuendo a limitare il ricorso inappropriato al parto cesareo;

- l'attivazione di programmi di educazione sanitaria rivolti agli operatori ed alla popolazione finalizzati alla diffusione delle conoscenze sugli effetti protettivi dell'acido folico sulle malformazioni fetali e su altre patologie ad alta rilevanza sociale;
- lo sviluppo delle attività di prevenzione oncologica a chiamata;
- l'approccio preventivo e di primo livello alle patologie disfunzionali e ai problemi inerenti l'infertilità e la sterilità;
- la prevenzione e il trattamento dei disturbi psico-fisici inerenti il climaterio e la prevenzione delle patologie della terza età.

A questi obiettivi si aggiungono quelli relativi al "percorso nascita" definiti dal presente Piano.

### ***Area pediatrica***

Per la tutela della salute nell'area pediatrica è necessario prevedere alcune azioni inerenti l'organizzazione dei servizi che si prendono cura dei problemi sanitari dell'infanzia, con caratteristiche specifiche per il neonato, il bambino e l'adolescente sino a 18 anni:

- la riorganizzazione in rete delle strutture ospedaliere e territoriali pediatriche con diversi livelli di intensità assistenziale come previsto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile;
- il monitoraggio dei neonati con basso peso alla nascita e quello delle malformazioni congenite e l'osservazione epidemiologica delle malattie genetiche, attraverso la creazione degli appositi registri;
- il coordinamento e l'integrazione tra i pediatri di libera scelta e gli altri servizi (continuità assistenziale, consultorio, medicina dello sport, unità operative ospedaliere, centri di riferimento per particolari patologie, servizi riabilitativi e unità di salute mentale per bambini ed adolescenti);
- la riduzione del livello di inappropriatazza dei ricoveri in età pediatrica per cure di primo livello;
- la umanizzazione dell'assistenza attraverso interventi di qualificazione del personale, adeguamento delle strutture, ospitalità del genitore durante il ricovero.

### ***Nutrizione***

Numerosi dati scientifici testimoniano la correlazione tra abitudini alimentari non corrette e aumento dell'incidenza delle malattie croniche non trasmissibili, quali obesità, diabete, malattie cardiovascolari, alcuni tipi di tumore. Pertanto, oltre a dover sostenere la diffusione di una alimentazione sana e sicura in tutte le fasi della vita, spetterà al Distretto Sanitario attivare un'area di studio sulle abitudini alimentari territoriali che richiederà il coinvolgimento di professionisti esperti, quali medici e biologi nutrizionisti.

Gli obiettivi del progetto sono già stati descritti nell'ambito del capitolo sulle malattie sociali-obesità.

## **27. DIPENDENZE PATOLOGICHE**

### ***Tossicodipendenze***

La strategia dell'Ue in materia di tossicodipendenze affronta un fenomeno complesso la cui risoluzione richiede un'impostazione di lungo respiro. La strategia si concentra sui due aspetti principali della politica antidroga, ovvero la riduzione della domanda e la riduzione dell'offerta di stupefacenti e affronta i tre temi trasversali del coordinamento, della cooperazione internazionale e delle attività di informazione, ricerca e valutazione. Le politiche del nostro Paese si inseriscono pienamente negli orientamenti strategici definiti nella Strategia dell'Unione Europea.

In Italia nel corso del 2008, sono stati presi in carico dai 488 Servizi pubblici per le tossicodipendenze rilevati 167.674 pazienti con un rapporto M/F pari 6.2 e un'età media di 32 anni. I pazienti considerati sono in maggioranza assuntori di eroina (70.2%). L'uso di cannabinoidi e di cocaina come sostanze primarie per le quali si richiede un trattamento è aumentato nel tempo (rispettivamente 15.1% e 8.8%).

La Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze anno 2012 stima in 320.150 circa i soggetti tossicodipendenti con bisogno di trattamento. Di questi, 193.000 per oppiacei, 136.750 per cocaina e 190.400 per cannabis. Il Molise risulta essere tra le regioni con il maggiore bisogno di trattamento per oppiacei poiché presenta una prevalenza superiore alla media nazionale (6/1000 residenti di età compresa tra 15-64 anni a fronte del 4,9/1000), inoltre, attesta l'andamento nazionale rispetto all'aumento di *policonsumo*.

Viene confermata per il 2011 la tendenza alla diminuzione globale dei consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione generale (15-64 anni) anche se con intensità minore rispetto al decremento riscontrato nell'anno precedente. Il consumo più consistente si riscontra per la cannabis. Tra le sostanze per cui si osserva una contrazione dei consumi figurano la cocaina, l'eroina, le anfetamine e metamfetamine mentre un aumento si registra per ecstasy e ketamina.

Nel 2011 si è registrato una diminuzione della richiesta di cura di nuovi utenti rispetto all'anno precedente (- 2,7%) e un arrivo ai SerT sempre più tardivo. Ciò sta a significare che vi è un aumento del tempo fuori trattamento con tutti i rischi che ne conseguono.

Appare, pertanto, necessario attivare una maggiore concertazione e condivisione di obiettivi fra tutte le istituzioni centrali, regionali e locali, pubbliche e private coinvolte, al fine di rendere omogenee le politiche di contrasto alla droga tenendo conto delle diversità territoriali. In particolare, è necessario:

- razionalizzare le modalità di presa in carico, creando percorsi e programmi di intervento differenziati per tipologie di pazienti, in rapporto ai bisogni sanitari e sociali. Implementare la collaborazione fra servizi per garantire tutte le prestazioni necessarie;
- creare le condizioni per un coordinamento fra i vari servizi sanitari per una globale tutela della salute dei soggetti interessati (comorbilità psichiatrica, malattie infettive ecc.);
- potenziare le azioni di prevenzione secondaria e terziaria tramite il potenziamento di unità mobili (unità di strada) e i centri di prima accoglienza (servizi a bassa soglia), con il coinvolgimento delle farmacie nella realizzazione di interventi di rete;
- implementare interventi di prevenzione primaria intesi come promozione non di un determinato "tema" ma di "sistema" che incidano sugli stili di vita. Tali interventi devono essere basati su prove di efficacia che devono articolarsi in interventi "universali" e "selettivi" diretti a target specifici.
- aumentare le conoscenze professionali sugli effetti delle nuove sostanze di abuso e, conseguentemente, sulle strategie di prevenzione e di trattamento;
- migliorare negli operatori la cultura della valutazione degli interventi (qualità organizzativa, qualità di processo, qualità di esito).

E', inoltre, fondamentale implementare gli interventi preventivi, sia rivolti all'intera popolazione, sia mirati a popolazioni target (ambienti di vita e di lavoro), facendo soprattutto leva sulle famiglie e la scuola, "agenzie" uniche e insostituibili per l'educazione dei giovani.

Sul territorio regionale è già attiva una "rete di servizi" sia pubblici sia del terzo settore rivolta ad assicurare le risposte ai complessi bisogni di salute nel settore. La rete risulta così costituita:

- Servizi Tossicodipendenze (SerT)
- Comunità terapeutiche residenziali
- Centri di Informazione e di Consulenza (CIC)

- gruppi di auto mutuo aiuto nell'ambito delle patologie alcolcorrelate (Club Alcolisti in Trattamento - C.A.T., Alcolisti Anonimi, ecc.).

Va rilevato che le linee guida sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture socio- sanitarie prevedono un'offerta diversificata e specialistica in grado di fronteggiare bisogni complessi (*comunità terapeutico-riabilitative, pedagogico-riabilitative, centro riabilitazione della tossicodipendenza assistita, strutture per pazienti affetti da comorbidità psichiatrica, strutture per tossicodipendenti in gravidanza o puerperio e/o con figli minori*) anche se attualmente le strutture residenziali che operano sono tutte del tipo pedagogico-riabilitativo. Obiettivo individuato dalla presente programmazione, al fine di garantire esauriente risposta ai bisogni espressi, è quello di trasformare una delle 3 comunità terapeutiche residenziali oggi presenti da pedagogico - riabilitativa a terapeutico – riabilitativa.

#### **Tossicodipendenza e strutture carcerarie**

Viste le recenti disposizioni normative, l'assistenza ai tossicodipendenti detenuti è garantita da un'équipe operativa multidisciplinare, che opera per gli Istituti penitenziari della regione.

L'azione prioritaria da porre in essere consiste è quella di creare un coordinamento funzionale di tutti i SERT per individuare le priorità di intervento in base alle risorse finanziarie, umane e tecnologiche esistenti. A tale scopo, l'Azienda istituisce un Gruppo di lavoro permanente con i seguenti obiettivi:

- Analisi delle priorità di intervento
- Distribuzione dei finanziamenti in relazione alle priorità individuate.

#### **Abuso e dipendenza da alcol**

In Italia il fenomeno del bere ha subito nell'ultimo decennio una radicale trasformazione passando dal tradizionale modello mediterraneo, nel quale le bevande alcoliche si accompagnavano al cibo ed erano considerate parte dell'alimentazione, ad un modello tipico delle regioni del Nord Europa, in particolare per quanto riguarda i consumi dei giovani.

Ciò ha portato ad un notevole aumento dei consumi fuori pasto e della modalità binge drinking: il bere per sballare. Questi nuovi rischi derivanti dalle recenti abitudini del bere compromettono più facilmente la sicurezza sociale, oltre alla salute di chi beve, in particolare quando il consumo avviene nei contesti della guida e del lavoro. L'alcol costituisce la prima causa di morte per i giovani tra i 15 ed i 29 anni ed un ulteriore aggravio di mortalità deriva da altre cause totalmente o parzialmente alcol correlate.

Sulla base degli orientamenti emersi nel corso degli anni e prodotti dalla Società Italiana di Alcolologia, dall'Istituto Superiore di Sanità, dalle agenzie del privato sociale e dalla Prima Conferenza Nazionale Alcol del 2008, si ritiene che i programmi alcolologici per la prevenzione e la promozione della salute, la diagnosi e il trattamento dei problemi alcol correlati possano svilupparsi e concretizzarsi a diversi livelli:

L'attività assistenziale, attualmente concentrata sui pazienti dipendenti da eroina, deve essere gradualmente, sul triennio di vigenza del piano, orientata a rispondere alla domanda assistenziale generata dalle altre forme di dipendenza.

Agevolerà questo percorso la capacità dei Sert di collegarsi agli altri servizi territoriali, sanitari e sociali, integrando la funzione assistenziale con quella di prevenzione e promozione attiva della salute per le aree di competenza.

Un sistema informativo dedicato alle dipendenze (SIND), mettendo in rete i Sert con altri servizi e istituzioni, sarà il supporto necessario a garantire l'unità e la pari dignità dei compiti operativi nelle varie aree di competenza.

A livello regionale le azioni da porre in essere sono finalizzate a:

- operare a livello culturale per modificare correttamente la percezione del bere in quanto comportamento a rischio e diffondere informazioni precise e univoche sul rischio connesso;

- adottare politiche e azioni di prevenzione mirate in relazione alle peculiari implicazioni di rischio che il bere comporta nelle diverse fasce di popolazione, con particolare riferimento agli anziani, ai giovani e alle donne;
- adottare politiche e azioni di prevenzione mirate in relazione a peculiari condizioni di vita e di lavoro, con particolare riferimento alla guida, alle attività lavorative, alla gravidanza, alla condizione di dipendenza;
- promuovere l'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi alcol correlati nella medicina di base e nei contesti lavorativi;
- accrescere la disponibilità e l'accessibilità di appropriati trattamenti per i soggetti con comportamenti di grave abuso e per gli alcolodipendenti, predisponendo percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, l'integrazione con i servizi sanitari contigui e con i servizi sociali, la valutazione di efficacia degli interventi. Tali azioni non possono prescindere dalla previsione all'interno dei Servizi delle dipendenze di un gruppo algologico dedicato a queste problematiche;
- sostenere il monitoraggio e la sorveglianza in relazione al consumo, all'impatto del consumo dannoso sulla salute e sui servizi socio-sanitari, alle politiche di contrasto attivate.

A livello distrettuale con la previsione all'interno dei Servizi territoriali per le dipendenze di un'équipe multidisciplinare dedicata alle attività alcolologiche e deputata alla presa in carico di persone e famiglie con problemi alcol correlati e alla realizzazione di programmi di promozione della salute nella comunità. L'équipe deve interagire funzionalmente con l'ospedale, con le associazioni di volontariato e cittadinanza attiva, con gli Enti locali sia per le azioni di prevenzione della salute nella comunità, sia per garantire percorsi di continuità terapeutica alle famiglie in carico.

All'interno di un processo di continuità terapeutico-assistenziale e in coordinamento con l'équipe di alcolologia e con l'ospedale, la previsione di una struttura residenziale (derivante dalla riconversione di una comunità di recupero psicosociale – CRP) ad alta intensità assistenziale rappresenta un importante riferimento per quei casi più complessi non gestibili direttamente né a livello territoriale né ospedaliero in cui non si riesce a raggiungere una stabile astinenza dalle bevande alcoliche.

Accanto alle dipendenze tradizionali (alcol, droga, nicotina) esiste un'emergenza sociale e sanitaria legata alle nuove forme di dipendenza (new addictions: gioco d'azzardo, shopping, cibo, vigoressia, internet...) che, pur non comportando l'uso di sostanze psicotrope psicoattive, hanno effetti altrettanto allarmanti. Si tratta di quei comportamenti socialmente accettati che, ripetuti ossessivamente, determinano sofferenza soggettiva e relazionale per le conseguenze familiari e sociali.

## **28. L'ASSISTENZA RIABILITATIVA TERRITORIALE**

Riabilitare, secondo le indicazioni dell'OMS, significa prendersi cura della persona che ha una limitazione delle abilità, ricercando la massima capacità funzionale e il massimo reinserimento nel proprio ambiente di vita, espresso dalle abilità a svolgere le funzioni della vita quotidiana e favorire la compensazione appropriata delle perdite mediante strategie adattative positive, emendando le limitazioni bio-psico-sociali che derivano da malattie, traumi e problemi, nonché all'invecchiamento.

L'OMS ha fornito quindi la definizione di disabilità come "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano", che va tenuta distinta dalla menomazione, definita come "perdita o anomalità a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica", e anche dall'handicap, definito come la "condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali". (*Documento International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH, anno 1980*).

L'aspetto innovativo di questo documento è stato quello di associare la condizione di un individuo non solo a strutture e funzioni del corpo umano, ma anche ad attività individuali o di partecipazione alla vita sociale.

In tale contesto, la riabilitazione costituisce un'attività ampia e trasversale finalizzata al recupero funzionale ed è per sua natura un processo che attraversa tutti i servizi: si rivolge a persone di ogni età, si occupa degli esiti funzionali relativi ad una molteplicità di cause patologiche ed è presente nei diversi setting assistenziali.

La rete della riabilitazione è costituita da un complesso di servizi ospedalieri e territoriali (residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari), che hanno l'obiettivo di garantire il massimo recupero funzionale, e socio-relazionale, a soggetti affetti da menomazioni e limitazioni funzionali congenite od acquisite.

Caratteristica essenziale dei programmi riabilitativi è la individuazione di un obiettivo terapeutico da conseguire, in un tempo più o meno predeterminato, mediante un percorso assistenziale che garantisca l'insieme di prestazioni specialistiche tra loro coordinate.

### ***Linee di indirizzo per le Attività Riabilitative***

L'intervento riabilitativo si prefigge i seguenti obiettivi:

- il recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata perduta;
- l'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- evitare la regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronico degenerative, riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione;
- la possibilità di reperire formule facilitanti alternative.

L'intervento riabilitativo ha inizio al momento stesso in cui il danno s'instaura. Il termine è definito da un accurato bilancio tra la stabilizzazione degli esiti e la presenza di potenzialità di recupero.

### ***Stadi cronologici della riabilitazione***

Il primo stadio della riabilitazione, in senso cronologico, ha luogo al momento stesso in cui si verifica la menomazione e, pertanto, o in fase acuta di malattia o all'accertamento di una patologia congenita o cronica.

Il secondo stadio prende avvio, in funzione delle disabilità che residuano, non appena superata la fase acuta di malattia; concerne la fase post-acuta e riguarda sia le strutture ospedaliere che quelle extraospedaliere di riabilitazione.

Il terzo stadio richiede interventi sanitari meno sistematici (in quanto afferenti ad una condizione di disabilità stabilizzata e di restrizione della partecipazione) e, pertanto, praticabili anche in termini di trattamento ambulatoriale o domiciliare, finalizzati al mantenimento delle autonomie funzionali conseguite dal soggetto ed alla prevenzione delle possibili ulteriori involuzioni.

I suddetti criteri valgono, in linea generale per ogni età e per ogni patologia invalidante potenzialmente tale. Nell'ambito della riorganizzazione della rete della riabilitazione della Regione Molise, considerati insufficienti in riabilitazione i riferimenti all'ICD (International Classification of Diseases) e all'ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'OMS, si ritiene indispensabile inserire l'utilizzo della *classificazione ICF*. L'utilizzo della classificazione ICF (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute)", riconosciuta da 191 Paesi come il nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni rappresenta un'autentica rivoluzione nella definizione e quindi nella percezione di salute e disabilità.

Il nuovo approccio permette la correlazione fra stato di salute e ambiente arrivando così alla definizione di disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.

Accettare la filosofia dell'ICF vuol dire considerare la disabilità un problema che non riguarda i singoli cittadini che ne sono colpiti e le loro famiglie, ma coinvolge tutta la comunità e, innanzitutto, le istituzioni.

In questo contesto si inserisce il ruolo della Medicina Fisica e Riabilitativa, che secondo le più recenti definizioni va intesa come "la specialità medica, che basandosi sulla valutazione dello stato funzionale, sulla diagnosi e il trattamento delle patologie, effettua e coordina interventi medici e tecnici con l'obiettivo di rendere ottimale lo stato funzionale dei soggetti in condizioni di disabilità".

La Medicina Fisica Riabilitativa si occupa delle limitazioni funzionali e delle disabilità associate alle condizioni di salute e della complessa interazione tra fattori personali e ambiente.

Per quanto riguarda la tipologia degli interventi, è utile distinguere fra interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sanitario ed interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sociale, facenti capo a specifiche reti integrate di servizi e di Presidi Riabilitativi, a loro volta necessariamente intimamente connesse e organizzate anche attraverso il ricorso a strutture diurne o residenziali e/o in forma domiciliare, allo scopo di garantire assistenza qualificata.

La legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con svantaggio sociale (L. 104/92) e successive modifiche ed integrazioni, nonché la vigente normativa regionale, definiscono in modo chiaro ed articolato gli interventi a sostegno dell'inserimento e dell'integrazione sociale (attività di riabilitazione sociale).

Si definiscono quali "*attività sanitarie di riabilitazione*" gli interventi valutativi, diagnostici terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto, affetto da menomazioni, a contenere o minimizzare la sua disabilità, ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare lavorativo, scolastico e sociale.

Si definiscono "*attività di riabilitazione sociale*" le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale ed economica con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili al fine di contenere la condizione di disabilità (riduzione della partecipazione).

### ***Il Percorso Assistenziale Integrato***

#### ***Principio della Presa in Carico Globale***

Le attività sanitarie di riabilitazione, ad eccezione di quelle rivolte al superamento di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

#### ***Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)***

Con l'affermarsi del modello biopsicosociale, vengono posti al centro del sistema il cittadino disabile e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni. Lo strumento principale per concretizzare questa impostazione unitaria e il percorso assistenziale integrato, basato sulla valutazione multidimensionale sanitaria e sociale; tale percorso costituisce il riferimento complessivo che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo.

In tale ambito, il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta lo strumento specifico, sintetico e unico per ciascuna persona, di guida del percorso. Il PRI, applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nell'ICF, definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari, viene condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia e i caregiver, definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in carico sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Il PRI è elaborato dal medico specialista nella riabilitazione specifica in condivisione con gli altri professionisti coinvolti; gli interventi derivanti dal progetto riabilitativo, incentrati sui diversi problemi rilevati, necessitano di una valutazione sistematica della performance e della definizione di obiettivi e di indicatori di processo, al fine della verifica del raggiungimento del risultato atteso.

Il progetto individuale è sempre un prodotto di lavoro d'equipe i cui componenti condividono, per le loro competenze, le responsabilità da esso derivanti, che il medico specialista responsabile del progetto stesso assume complessivamente su di sé.

All'interno del progetto riabilitativo, si realizza la definizione di obiettivi a breve e medio termine, perseguibili attraverso l'identificazione di un programma riabilitativo che definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi stessi e degli obiettivi raggiunti, secondo un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari che pone al centro i bisogni delle persone.

In particolare, il Progetto Riabilitativo Individuale:

- definisce le modalità della presa in carico da parte di una specifica struttura dell'area riabilitativa;
- definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico;
- individua ed include gli obiettivi immediati (da raggiungere nello spazio di pochi giorni) e/o gli obiettivi a breve termine (da raggiungere nell'ambito di poche settimane) e li aggiorna nel tempo;
- definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- definisce le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito;
- individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce l'impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;
- viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

### ***Riabilitazione intensiva***

E' diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico-specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata quotidiana dell'intervento (orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, intese come quelle erogate direttamente dal personale delle professioni sanitarie della riabilitazione quali, ad esempio, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, l'educatore professionale e l'infermiere).

Altre figure, come l'assistente sociale e lo psicologo, possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo.

Tale fase abitualmente è collocata nell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile. Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro i 60 giorni.

### ***Riabilitazione estensiva o intermedia***

E' caratterizzata da un moderato-medio impegno terapeutico a fronte di un adeguato intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.



L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa e complessivamente le attività terapeutiche riabilitative sono valutabili tra una e tre ore giornaliere.

Gli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia sono rivolti al trattamento di:

- disabilità transitorie e/o minimali, che richiedono un semplice e breve programma terapeutico riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste dal D.M. 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe" e successive modifiche ed integrazioni;
- disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico nel lungo termine richiedenti un "progetto riabilitativo".

### ***Criteri generali di accesso***

L'uso corretto delle risorse impone una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione al fine di recuperare ritardi culturali e organizzativi attraverso una maggiore appropriatezza; tale obiettivo va perseguito con l'applicazione dei seguenti criteri:

- accessibilità e copertura della rete: il percorso di presa in carico va attivato per tutte le persone che ne hanno reale necessità;
- tempestività: effettuare gli interventi in rapporto alle fasi biologiche del recupero e alle necessità socio-ambientali;
- continuità: garanzia di successione e integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting;
- appropriatezza: priorità alla presa in carico omnicomprensiva della persona disabile, evitando mere prestazioni di rieducazione funzionale d'organo monospecialistiche;
- interventi guidati da un programma riabilitativo inserito in un PRI;
- interventi di validità riconosciuta e condivisa;
- facilitazione della partecipazione attiva e consapevole del paziente e della sua famiglia; h) approccio educativo al paziente.

L'offerta riabilitativa territoriale attualmente è garantita da sette centri riabilitativi accreditati e convenzionati, ben distribuiti su tutto il territorio regionale, e due cooperative in stretta e diretta collaborazione con le due zone di Campobasso e Isernia. L'attuale offerta riabilitativa è in grado di soddisfare il bisogno regionale sia per la riabilitazione domiciliare sia per la riabilitazione in regime ambulatoriale che semiresidenziale. Le criticità ancora da superare sono legate prevalentemente alla ancora incompleta collaborazione e coordinazione fra strutture riabilitative di ricovero e territorio. Inoltre, vanno maggiormente incentivati i controlli per l'accesso alle attività riabilitative ed i controlli per ridurre le liste di attesa ed evitare trattamenti ripetuti e spropositati rispetto al reale bisogno riabilitativo ed al grado di disabilità e menomazione.



## 29. L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Il fabbisogno di ADI per la popolazione anziana, quella maggiormente interessata dall'attivazione dei servizi, secondo il progetto obiettivo Tutela Salute degli Anziani del 30 gennaio 1992, è posto al 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in residenze assistenziali RSA, che siano non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità. Nell'ambito del Quadro strategico Nazionale 2007-2013, si prevede una copertura di almeno 3,5 % di persone anziane ultrasessantacinquenni in ADI (obiettivo S.06), tenendo conto della diversa intensità assistenziale necessaria per rispondere ai bisogni di salute della singola persona (ADI di bassa, media ed alta complessità) e dei relativi requisiti qualitativi individuati dal documento della Commissione LEA del 18 ottobre 2006 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio".

A livello internazionale l'assistenza domiciliare integrata per soggetti anziani si attesta su valori molto più alti di quelli italiani, che superano in alcuni casi il 20%, ma mediamente compresi intorno all' 8-10%.

Nel 2011, sono stati trattati in Italia circa 507.000 pazienti in ADI, di cui circa l'85% anziani, con una percentuale del 4,1% circa sul totale degli anziani, ma con una media di 22 ore annue per caso trattato. Assumendo quale valore tendenziale il 5% degli assistibili per una popolazione come quella molisana, caratterizzata da una percentuale molto alta di anziani (70.024), il fabbisogno ideale dovrebbe essere di assistere a domicilio circa 3.500 persone. **L'obiettivo del presente PSR è di assistere ulteriori 900 casi rispetto a quelli assistiti nel 2011 ( 2456) per giungere a 3.300 casi, entro il 2015.**

ANNO ASSISTITI ADI

2012 2.700

2013 2.900

2014 3.100

2015 3.300

La copertura dei maggiori costi è assicurata dalle economie derivanti dal decremento del tasso di ospedalizzazione

### **Stato attuale dell'ADI nel Molise**

Con delibera di Giunta regionale del 30 maggio 2007, n.556, la Regione Molise ha approvato il Piano regionale e le linee guida per il sistema delle cure domiciliari distinguendo le cure domiciliari in:

- cure domiciliari ad alta intensità assistenziale di tipo diagnostico-terapeutico-riabilitativo, comprendente le forme ad alta specializzazione (ADIAS) e l'assistenza domiciliare oncologica (ADO);
- cure domiciliari a medio-alta intensità assistenziale, comprendenti l'assistenza domiciliare integrata (ADI), programmata (ADP), l'assistenza per i pazienti affetti da Alzheimer la riabilitativa (ADR);
- cure domiciliari a bassa intensità assistenziale o assistenza estemporanea (ADE).

La delibera ha fissato i requisiti per l'attivazione dei percorsi e la tipologia di pazienti, individuando nella porta unica di accesso (PUA) il sistema di accoglienza della domanda e nell'unità di valutazione multidimensionale lo strumento per la valutazione dei pazienti da avviare alle diverse forme di assistenza, stabilendo anche indicatori specifici e di qualità delle cure erogate.

Con la delibera di Giunta n.366 dell'aprile 2008 sono stati approvati ulteriori documenti predisposti a cura dell'ASReM, relativi alle prestazioni erogate nelle cure domiciliari, dalle varie figure professionali coinvolte

e il progetto di farmacovigilanza ospedaliera anche all'interno delle cure domiciliari, per un più appropriato utilizzo del farmaco.

Con provvedimento del Direttore Generale ASReM n.999 del 01.09.2010, sono state assunte determinazioni per lo sviluppo e potenziamento della rete dei servizi territoriali. Con successivi provvedimenti del Direttore Generale ASReM nn.1000 e 1001 del 01.09.2010, sono state adottate linee guida e regolamenti per la Porta Unica di Accesso e l'Unità di Valutazione Multidimensionale.

In seguito con il decreto del Commissario ad acta n. 80 del 2011 , di adozione del Programma operativo 2011-2012, intervento 3.1 "Sviluppo dell'assistenza primaria", sono stati aggiornati gli obiettivi sull'ADI.

Nell'anno 2011, in Molise, su un totale di 2.934 assistiti in assistenza sede domiciliare (con tutte le forme di assistenza domiciliare), sono stati trattati in ADI 2456 anziani (83% di 2.934 assistiti in assistenza domiciliare), pari al 3,51% del totale degli anziani (per la gran parte non istituzionalizzati in quanto si ricorda che erano attivi al 2009 solo 20 posti letto di RSA).

### ***Criticità principali***

Anche nella Regione Molise, come nel resto del Paese, in ADI sono garantite appena 15 ore di assistenza su base annua di cui 10 infermieristiche, a dimostrazione del fatto che tale regime assistenziale appare limitato a forme di assistenza di medio-bassa complessità.

Ad oggi, pur in presenza di linee guida regionali ed aziendali, il settore mostra ancora differenze organizzative e strutturali nelle diverse realtà territoriali regionali, anche a seguito della mancata riorganizzazione della rete distrettuale, ridefinita solo a partire dal 2010, proprio per garantire un servizio omogeneo e soddisfacente su tutto il territorio.

E' carente una dettagliata descrizione della tipologia delle prestazioni da erogare secondo una metodologia classificatoria chiara e condivisa tra i distretti.

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, avviato con il decreto 19 del 2010 ha consentito solo recentemente di poter avviare puntuali azioni di interazione ospedale-territorio per la individuazione delle professionalità presenti nella realtà ospedaliera da impegnare nella presa in carico multi professionale del paziente complesso in assistenza domiciliare.

Si registra ancora un forte ritardo in alcune realtà territoriali, del perfezionamento dei protocolli d'intesa Distretto-Ambito Sociale per l'avvio delle azioni di integrazione sociosanitaria.

La difficoltà di applicazione del DM del 14 febbraio 2001 e del DPCM 29 novembre 2001 – allegato 1C, relativa al settore sociosanitario per quanto riguarda la definizione dei costi a carico dell'utente o del Comune per alcune tipologie di prestazioni di carattere socio-sanitario in ADI, ha determinato la mancata attribuzione dei costi sociali per l'assistenza domiciliare al livello degli utenti e dei Comuni.

### ***Obiettivi***

Oggi la priorità della Regione è quella di migliorare il servizio, contraendo il numero degli accessi inappropriati ospedalieri e arruolando un maggior numero di assistiti a domicilio. L'intervento a disporsi per il prossimo triennio prevede la standardizzazione di un sistema di assistenza domiciliare, che trovi collocazione nei servizi distrettuali, fortemente sostenuto da:

- un impegno dei medici di medicina generale, in forme associate tali da garantire una risposta clinica nel ciclo 8/20 (e notturna in accordo con la Guardia Medica), in particolare presso i Presidi territoriali di assistenza così come individuati nel presente documento;
- la riorganizzazione dell'assistenza domiciliare con una rivisitazione delle norme regionali al fine di una più chiara ed organica sistematizzazione del sistema di cure, distinguendo in: le attività prestazionali (semplici azioni infermieristiche e di cura per cicli definiti dal MMG) dalle forme di ; assistenza domiciliare integrata (ADI) di bassa, media ed alta intensità assistenziale, che richiedono con presa

incarico e integrazione sociosanitaria, ed individuando le cure domiciliari palliative (a per malati terminali oncologici e non), convogliando a su tali attività anche il personale in esubero risultante dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e personale che risulti disponibile sul territorio.

Solo attraverso il raggiungimento di questo obiettivo strategico è possibile garantire:

- la riduzione dei ricoveri in ospedale;
- la riduzione al ricorso del Pronto Soccorso;
- il miglioramento dello stato funzionale fisico, cognitivo ed affettivo;
- la riduzione dell'istituzionalizzazione;
- la ulteriore riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti.

Le azioni che si intendono adottare per il raggiungimento degli obiettivi fissati sono di seguito riportate e tengono conto di quanto previsto nelle linee prioritarie dell'Obiettivo S.06 del QSN 2007/2013.

*A livello di regione:*

- elaborare un piano regionale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare che contenga una rivisitazione delle linee guida precedentemente emanate dalla regione con una puntuale definizione delle tipologie e delle quantità di prestazioni da erogare nelle diverse forme di assistenza a bassa, media e alta intensità di cura, sulla scorta del documento della Commissione LEA (2007);
- realizzazione di un cruscotto per il monitoraggio delle attività ADI con la partecipazione di componenti regionali e dell'ASReM;
- Linee guida per la predisposizione di progetti formativi del personale medico e delle altre figure professionali e di aiuto alla persona;
- implementazione del sistema informativo sull'assistenza domiciliare.

*Per l'integrazione programmatica integrata:* definizione del Piano Attuativo locale ambito/Distretto ove mancante.

*Per l'accesso:* la messa a regime in tutti i Distretti della PUA, con particolare riferimento all'attivazione all'interno dei presidi territoriali di assistenza, innovando la funzione da mero accesso all'assistenza domiciliare a modalità organizzativa deputata alla decodifica della domanda di tutte le prestazioni erogate dal Distretto Socio Sanitario.

*Per la presa in carico:* qualificazione e formalizzazione delle UVM, secondo un modello condiviso da tutti i distretti e condivisione e messa a regime del progetto di assistenza individualizzato, avvalendosi di strumenti di valutazione – la SVAMA e la SVA.Mdi (per le disabilità) – che consentono l'individuazione dei livelli di intensità assistenziale sanitaria e socio-sanitaria.

*Per la gestione:* percorsi di formazione condivisa degli operatori sanitari e socio-assistenziali coinvolti nella PUA e nelle UVM regionali, di secondo livello; sperimentazione ed avvio di un sistema condiviso di raccolta, gestione e restituzione dei dati sanitari e sociali da mettere a disposizione dei presidi territoriali di assistenza, dei distretti. In particolare dovranno essere ricavate informazioni sulla tipologia degli assistiti così distinti:

- numero di anziani in assistenza domiciliare socio-assistenziale;
- numero anziani in assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari;
- numero disabili in assistenza domiciliare socio-assistenziale;

- numero di disabili in assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari e sulla tipologia delle prestazioni erogate.

*Per la messa in rete e il monitoraggio:* gestione integrata dell'assistenza residenziale e semiresidenziale e l'assistenza domiciliare mediante utilizzo di un software al fine di creare una rete dei servizi distrettuali su scala regionale e garantire il monitoraggio di tali forme di assistenza nel rispetto dei decreti ministeriali del 17.12.2008 di "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" e di "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare".

### **30. L'ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Il Piano individua i seguenti obiettivi da realizzare su tutto il territorio regionale:

- attivare una rete assistenziale per l'area delle demenze, in stretto collegamento tra territorio ed ospedale, con il coordinamento operativo del "Centro regionale dei competenza";
- promuovere l'invio all'Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) per una diagnosi tempestiva della patologia, anche attraverso il rafforzamento del ruolo attivo dei medici di medicina generale;
- favorire l'assistenza continuativa e integrata della persona attraverso l'adozione di piani personalizzati di assistenza in grado di prevedere risposte appropriate rispetto ai bisogni della persona e della sua famiglia;
- favorire il miglioramento degli ambienti di vita quotidiana, rilevanti ai fini della terapia e del contenimento della progressione della malattia;
- promuovere interventi di sostegno alla famiglia, anche attraverso la formazione dei familiari che si prendono cura della persona con demenza.

La Regione indica i criteri per la definizione dei percorsi assistenziali e per monitorare la qualità dell'assistenza nell'area della demenza, finalizzati a garantire il medesimo livello di risposta su tutto il territorio.

L'obiettivo per il triennio è definire il bisogno, qualificare e rafforzare il sistema dell'offerta, tenendo conto che nella Regione l'indice d'invecchiamento è più alto di quello nazionale: la percentuale di ultrasessantacinquenni è pari al 21,90% rispetto al 18,30% nazionale.

La situazione di partenza non è rosea: malgrado le indicazioni programmatiche susseguitesisi nel tempo sul territorio regionale si registrano ritardi nell'attivazione di Residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti o per persone affette da Alzheimer.

Di fatto, la residenzialità per gli anziani, ad oggi, continua ad essere assicurata dalle diverse tipologie di residenze sociali, per una disponibilità complessiva di circa 1.800 posti letto ( comunità alloggio, case di riposo, residenze protette) e da 4 istituzioni socio-assistenziali convenzionate con la Regione ai sensi del DPCM 8 agosto 1985 (primo atto di indirizzo e coordinamento in materia sociosanitaria). Per queste ultime 4, la Regione concorre con una quota parte della retta per la copertura delle prestazioni sanitarie.

Una sola RSA privata accreditata, quella di Castel del Giudice, mette a disposizione 20 posti letto. E' recente l'attivazione di ulteriori 20 posti letto presso la RSA pubblica di Larino e sono in fase di definizione le procedure per l'attivazione di due moduli da 40 posti individuati presso gli stabilimenti ospedalieri di Venafro e Agnone.

Accanto a questo, c'è un territorio che ha costruito, nel tempo, una rete ancora sottile, ma importante, di rapporti con il terzo settore, con le famiglie e con le strutture esistenti con esperienze di supporto alle persone fragili e non autosufficienti che aspettano di essere valorizzate e portate a completamento.

Da queste esperienze, risorse e professionalità occorre partire per condividere un percorso di cambiamento, con l'obiettivo di definire un sistema di residenzialità flessibile e legato al territorio e alla comunità locale, strettamente collegato al sistema delle cure domiciliari e alla rete ospedaliera e riabilitativa.

Va evidenziato, inoltre, che la scelta prioritaria deve rimanere, per quanto possibile, l'assistenza domiciliare, prevedendo un sostegno della famiglia, almeno in termini di formazione dei care givers; è ben noto, infatti, l'importanza dei programmi di family learning in questi ambiti.

Pertanto, la realizzazione delle strutture residenziali, soprattutto quelle a maggior impegno sanitario quali le Residenze sanitarie assistenziali (RSA), dovrà essere collegata al processo di riduzione strutturale e di riconversione di strutture ospedaliere, nell'obiettivo di migliorare l'appropriatezza della risposte sanitarie e l'utilizzo delle risorse a disposizione.

Anche in rapporto al problema delle demenze e della patologia di Alzheimer, va delineata una precisa strategia, a fronte della oggettiva carenza della risposta territoriale attuale.

Debbono essere realizzati nuclei Alzheimer diurni e/o residenziali, all'interno delle RSA o anche in strutture ospedaliere (i relativi posti sono considerati territoriali). A tal fine la Regione adotta uno specifico piano programmatico regionale, che individui i bisogni e la relativa compatibilità finanziaria.

La normativa regionale delinea due tipologie di strutture: RSA ANZIANI E DEMENZE e RSA DISABILI, definendo i relativi requisiti di qualità per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento.

A queste strutture si aggiungono le RESIDENZE PROTETTE (RP), che costituiscono strutture socio-assistenziali previste dal Piano sociale regionale, con i relativi requisiti qualitativi. Si tratta di strutture sociali a valenza sanitaria, con partecipazione agli oneri per una quota a carico del SSR, destinate ad erogare assistenza a ciclo continuativo a pazienti con limitazioni funzionali, non assistibili a domicilio, che non necessitano di rilevanti interventi di assistenza sanitaria.

Le RSA garantiscono un livello di assistenza medio/alto; le RP assicurano un livello assistenziale medio/basso.

In aggiunta alle tipologie di cui innanzi occorre prevedere una adeguata offerta semiresidenziale (CENTRI DIURNI). In questo modo e ridefinendo gli standard sulla base dei destinatari (calcolando una percentuale di copertura del 2% della popolazione residente), si perviene a queste indicazioni:

(Calcolato sulla popolazione di 320.229, dati ISTAT 2010);

Tipologia di struttura per anziani non autosuff.

P.L. x 1.000 ab.

Totale P.L.

RSA anziani

0,8

260

centro diurno integrato per anziani

0,2

60

RSA demenze – Alzheimer- disabili

0,2

60

centro diurno Alzheimer- disabili

0,1

30

RP (Residenze protette)

0,8

260

TOTALE

2,10

Tale dotazione, prevista a regime, deve essere realizzata in stretto collegamento con le azioni di razionalizzazione del sistema di offerta ospedaliera, ed in particolare con la riduzione di posti letto ospedalieri o la riconversione di strutture, e con gli obiettivi di riduzione dei tassi di ospedalizzazione.

Anche al fine di realizzare un doppio livello di impegno professionale sanitario viene quindi prevista una doppia rete:

- La rete delle RSA, caratterizzate come strutture ad elevata integrazione sanitaria destinate ad accogliere pazienti con limitazioni funzionali, non assistibili a domicilio, che necessitano di assistenza sanitaria complessa.
- La rete delle Residenze Protette, caratterizzate come strutture sociali a valenza sanitaria, destinate ad erogare assistenza a ciclo continuativo a pazienti con limitazioni funzionali, non assistibili a domicilio, che non necessitano di rilevanti interventi di assistenza sanitaria.

L'ammissione in tutte le strutture residenziali è di competenza esclusiva della UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) presente nel Distretto, che si avvale di strumenti di valutazione multidimensionale scientificamente validati, che devono consentire la individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e della disabilità e devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

Sia nelle RSA anziani che nelle RSA demenze viene garantito un "progetto riabilitativo di struttura", che prevede trattamenti e mobilizzazioni periodiche dei soggetti che devono eseguire programmi di mantenimento.

La Residenza Sanitaria assistenziale per soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, mira a garantire livelli di tutela sanitaria medio-alta, variabili in rapporto alle oggettive condizioni degli ospiti, che dovrebbero essere comunque caratterizzati dalla stabilità delle condizioni cliniche.

Nelle RSA, infatti verranno accolti pazienti cronici ad elevato carico sanitario, che necessitano di cure continue e di assistenza infermieristica elevata. Nelle Residenze Protette andranno invece pazienti non autosufficienti che necessitano di modeste cure sanitarie.

Nelle RSA la degenza non avrà un termine prefissato, ma dovrà essere limitata al perdurare delle condizioni che impongono un'assistenza a significativo impegno sanitario, definibile in rapporto alla esecuzione in loco di procedure terapeutico-assistenziali di valenza sanitaria essenziali per la sopravvivenza (nutrizione enterale o parenterale, etc.) o di cure specifiche a rilevante impegno infermieristico (cura di decubiti o ferite, terapia infusiva, demenza in fase produttiva, etc.).

Sulla base delle suddette indicazioni, la Regione adotterà un apposito Programma operativo sulle residenzialità (RSA anziani, RSA disabili, Residenze protette) e semiresidenzialità (Centri diurni), come previsto dal Piano di rientro 2007-2009 e successivo programma operativo 2011-2012.

Al fine di salvaguardare i livelli assistenziali garantiti dalle Strutture attualmente convenzionate con la Regione Molise ai sensi del D.P.C.M. 08.08.1985, nonché i livelli occupazionali determinati dal predetto decreto, le strutture in parola avranno precedenza nella trasformazione in RSA e la ASReM darà priorità nella stipula di specifiche convenzioni alle suddette strutture nel rispetto delle disposizioni regionali.

### 31. LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE E LA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE RIVOLTE AL PAZIENTE ADULTO E PEDIATRICO

La Regione Molise tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore all'interno dei percorsi assistenziali sanitari. Il diritto di accesso costituisce un obiettivo prioritario del Piano Sanitario regionale in attuazione dalla legge n. 38 del 15 marzo 2010 e dei successivi atti approvati in sede di Conferenza Stato - Regioni.

In particolare, è tutelato e garantito l'accesso da parte del malato alle *cure palliative e alla terapia del dolore* nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Tale diritto è assicurato dalle strutture sanitarie che erogano cure palliative e da quelle che assicurano la terapia del dolore, in un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, della promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, e di un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

Il raggiungimento dell'obiettivo è assicurato tramite l'attivazione di una *Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Cure Palliative e della Rete di Terapia del Dolore*, formata da un referente regionale, da un esperto in cure palliative e un esperto in terapia del dolore. Gli esperti sono designati sulla base della responsabilità ed esperienza specifica maturata nel campo.

La Commissione svolge le funzioni indicate dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, di coordinamento, indirizzo, promozione e monitoraggio del processo di attuazione e sviluppo della rete di cure palliative e della rete della terapia del dolore, a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere, al fine di garantire approccio omogeneo ed equità di sistema, in attuazione della citata legge n. 38 del 2010. La Commissione opera in stretto collegamento con l'*Unità locale di cure palliative e di terapia del dolore* della ASReM.

Quanto sopra, considerata la dimensione regionale e la specificità delle reti, che rimangono distinte per diversità di funzioni e compiti da svolgere.

#### *La Rete di cure palliative*

L'obiettivo per il triennio è implementare la Rete regionale per le Cure Palliative tramite l'elaborazione di specifici progetti, in considerazione delle necessità e del fabbisogno evidenziato sul territorio della ASReM. La rete assistenziale è finalizzata a garantire i livelli uniformi di assistenza, l'erogazione e l'accesso alle cure palliative, assicurando un'assistenza qualificata al paziente terminale. Va potenziato un sistema di offerta nel quale la persona affetta da malattia inguaribile e la sua famiglia possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, le strutture di degenza e le strutture residenziali, per contenere la sofferenza globale nella fase finale della vita.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, attualmente sul territorio regionale esiste un solo hospice, a Larino ( 10 p.l., che potrebbero essere aumentati a 14) ed è in via di realizzazione una seconda struttura a Campobasso. Pertanto, l'obiettivo nel periodo di vigenza del Piano è quello del potenziamento delle strutture residenziali - hospice, offrendo due strutture di riferimento nella Regione, *con i requisiti previsti dall'Intesa Stato-Regioni 25 luglio 2012 ("Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore")*. Parallelamente è potenziata la rete domiciliare strutturata in Assistenza Domiciliare di base (ADI cure palliative) attraverso il coinvolgimento dei MMG e Assistenza specialistica di cure palliative.

#### *La Rete di terapia del dolore*

Con l'evoluzione del progetto "*Ospedale senza dolore*" nel nuovo progetto assistenziale "*Ospedale - Territorio senza dolore*", in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, è prevista la creazione della rete su tre livelli: il primo livello, vede l'identificazione del centro *hub* nel presidio ospedaliero di Campobasso, dedicato all'assistenza dei casi complessi a cui sono dedicati 2 posti letto; il secondo livello,

prevede la creazione di *Strutture territoriali spoke* – una per ciascun distretto -; il terzo livello prevede il coinvolgimento di aggregazioni della medicina generale, secondo quanto previsto dal contratto nazionale della medicina generale (AFT) .

La Regione è in tal senso impegnata al miglioramento di tale livello di assistenza. A garanzia della continuità assistenziale del malato nei diversi livelli assistenziali sono opportunamente promosse azioni specifiche per garantire tale diritto. Tra queste, la Regione si impegna ad approvare un progetto specifico per dare attuazione al *Progetto nazionale "Ospedale- territorio senza dolore"*, previsto dall'art. 6 della Legge n. 38 del 15 marzo 2010, supportato da finanziamenti specifici, e che riformula, con una diversa impostazione, il progetto "Ospedale senza dolore" di cui all'Accordo Stato-Regioni del 25 maggio 2001. In particolare, il nuovo progetto nazionale, oltre a rafforzare l'attività dei Comitati ospedale senza dolore, favorisce l'integrazione ospedale-territorio ed introduce il concetto di *rete assistenziale* anche nel campo della lotta al dolore, demandando alla struttura ospedaliera la gestione dei casi complessi e coinvolgendo nel processo assistenziale la figura del medico di medicina generale e degli altri operatori del territorio.

### *La rete pediatrica di cure palliative e di terapia del dolore*

Al fine di ottimizzare le risorse strutturali e professionali per la cura dei pazienti in età pediatrica, a differenza di quanto programmato per le reti assistenziali rivolte ai pazienti appartenenti alle altre fasce di età, la *rete di cure palliative* e la *rete di terapia del dolore* confluiscono in un'unica rete e il centro di riferimento coincide con il centro hub. In entrambe, l'aspetto assistenziale determinante è l'apporto della rete dei pediatri, sia ospedalieri che di libera scelta. Considerando l'esiguità dei bambini inguaribili in regione Molise non è prevedibile la creazione del centro residenziale di cure palliative pediatriche.

La risposta assistenziale sarà quindi strutturata utilizzando le risorse pediatriche già disponibili a livello ospedaliero e creando una rete capillare di assistenza domiciliare specialistica pediatrica.

Il coordinamento è affidato ad una specifica struttura attivata presso l'unità operativa di pediatria del Presidio ospedaliero Cardarelli di Campobasso.

Sarà costituita una Rete locale di cure palliative, con una Unità di cure palliative (UCP), una rete di terapia del dolore e una rete dedicata al paziente pediatrico con il coordinamento operativo sito nella ASReM, che avrà come compiti principali, in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e dall'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012:

- Adottare strumenti di certificazione dell'effettiva erogazione delle cure palliative e della terapia del dolore nelle strutture ospedaliere, residenziali e domiciliari;
- Adottare strumenti di controllo della qualità delle prestazioni;
- Perseguire il miglioramento continuo della qualità delle cure erogate;
- Fornire il supporto tecnico allo sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative e sulla terapia del dolore;
- Monitorare lo stato di attuazione della rete locale di cure palliative e di terapia del dolore, attraverso la raccolta di un appropriato set di indicatori e di tutte le informazioni utili a tale scopo, con particolare riferimento al rispetto degli indicatori e standard previsti dalla normativa nazionale vigente;
- Individuare elementi per lo sviluppo di strumenti per il governo clinico in cure palliative ed in terapia del dolore, incluse la realizzazione e l'implementazione di linee guida;
- Favorire, la promozione culturale delle cure palliative e della terapia del dolore, attraverso iniziative di comunicazione sociale;
- Elaborare specifici programmi di formazione continua degli operatori di cure palliative e di terapia del dolore;

- Promuovere l'attuazione della continuità terapeutica nei pazienti a fine vita e nei pazienti con dolore acuto e cronico, attraverso programmi di controlli nel tempo, anche in accordo con i Medici di Medicina Generale, con i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con tutti gli specialisti operanti sul territorio;
- Individuare i requisiti specifici richiesti ai volontari operanti in cure palliative ed in terapia del dolore;
- Sviluppare metodi comuni per un'omogenea raccolta dei dati, in attuazione dei flussi ministeriali (assistenza domiciliare e hospice).

#### Azioni prioritarie:

- istituire la Rete regionale di Cure Palliative e la Rete regionale di Terapia del Dolore, in ottemperanza alla L. n. 38 del 15 marzo 2010, anche integrando e modificando le normative preesistenti
- implementare il progetto "ospedale-territorio senza dolore";
- adottare una "Scheda Hospice" per i flussi statistici;
- potenziare l'assistenza domiciliare ad elevata intensità per malati terminali in modo da offrire l'opportunità di rimanere nella propria casa, sostenendo le persone anche con un impegno specifico contro il dolore, tenendo anche conto dell'art. 8 della legge 16.11.2001, n. 405 su particolari modalità per garantire l'erogazione di medicinali agli assistiti a domicilio e in strutture residenziali. L'assistenza va erogata secondo il modello delineato dal sistema delle Cure Domiciliari della Regione Molise, al fine di garantire una diffusione omogenea sul territorio secondo precisi criteri (modalità di ammissione e di erogazione delle cure, standard di personale e tempi di assistenza);
- sviluppare corsi di formazione per volontari in cure palliative, promuovendo la collaborazione con il terzo settore e valorizzando le esperienze positive già realizzate sul territorio.

#### Inoltre vanno garantite:

- l'informazione ai cittadini ed agli operatori sulla istituzione della rete di assistenza palliativa, sulla localizzazione dei servizi e delle strutture, sull'assistenza erogata dalla rete e sulle modalità d'accesso;
- l'utilizzo sistematico e continuativo, da parte della rete di assistenza palliativa, di strumenti di valutazione della qualità percepita dai malati e dalle loro famiglie.

L'implementazione della rete deve avvenire in collegamento con gli obiettivi di razionalizzazione della rete ospedaliera previsti dal presente Piano.

Per l'attuazione della Rete regionale di Cure Palliative e della Rete regionale di Terapia del Dolore si provvederà prioritariamente con i finanziamenti destinati all'attuazione di quanto previsto dalla L. n. 38 del 15 marzo 2010, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza maggiori oneri per il bilancio regionale.

## E. AZIONI DI SISTEMA

### **32. ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE - CONTESTO**

L'istituto dell'accREDITAMENTO è stato introdotto nel nostro ordinamento dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, che all'art. 8-bis, comma 1, dispone che *"Le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'art. 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies"*.

Il successivo art. 8-quater, rubricato *"AccREDITAMENTO istituzionale"*, al comma 1 stabilisce che: *"L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti"*.

I requisiti "minimi organizzativi generali" e quelli "strutturali, tecnologici e organizzativi", previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997, per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, devono essere integrati da requisiti "ulteriori" ai fini del riconoscimento dell'accREDITAMENTO.

L'accREDITAMENTO, pertanto, presuppone il provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e si estrinseca in un provvedimento con il quale la Regione – Ente a ciò preposto – si esprime circa il possesso da parte del soggetto già autorizzato, che fa richiesta di accREDITAMENTO, dei requisiti ulteriori affinché il richiedente diventi un potenziale erogatore di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Regionale.

La Regione Molise, in attuazione di quanto previsto dall'art. 8-quater del D.Lgs. n. 502/92, così come modificato ed integrato dal successivo D.Lgs. n. 229/99, ha emanato la legge n. 18 del 24 giugno 2008, avente ad oggetto *"Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accREDITAMENTO istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"*. La legge, al fine di garantire l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento continuo della qualità e delle strutture sanitarie, pubbliche e private, nonché lo sviluppo programmato e sistematico del Servizio sanitario regionale, ha dettato, norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie, nonché di accREDITAMENTO istituzionale.

La L.R. n. 18/08 è stata modificata dalla successiva legge regionale n. 21 del 04.08.2009, che ha inserito, dopo l'art. 25 della L.R. n. 18/08, l'art. 25 bis *"Condizioni e requisiti per la stipulazione degli accordi contrattuali e dei contratti con i soggetti privati ed accreditati"*.

L'accREDITAMENTO, ai sensi di quanto disposto dalla L.R. n. 18/08, artt. 15 e ss., è il *titolo necessario* per la stipula degli accordi contrattuali, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs 502/92, nell'ambito della disciplina vigente e nel rispetto di principi di imparzialità, trasparenza, buon andamento e libera concorrenza tra pubblico e privato.

Oggetto dell'accREDITAMENTO istituzionale sono le strutture e le funzioni svolte dalle stesse, tenuto conto della capacità produttiva e in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale nonché del fabbisogno di attività, al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi.

L'accREDITAMENTO è concesso ai soggetti già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, subordinatamente alla sussistenza delle seguenti condizioni:

- a) coerenza delle funzioni svolte con gli indirizzi della programmazione regionale;

- b) rispondenza ai requisiti ulteriori, rispetto a quelli richiesti ai fini dell'autorizzazione, come individuati nel "Manuale dei requisiti per l'Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Sanitarie" di cui alla DGR n. 1135/08;
- c) verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti.

In attuazione di quanto disposto dalla L.R. 18/08, in particolare agli artt. 15 e ss., con deliberazione di G.R. n. 219 del 10.03.09: "L.R. n. 18 del 24.06.08: *"Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie. Accredimento istituzionale ed accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private"* Art. 15 e ss. *Avviso pubblico per il rilascio dell'accredimento istituzionale delle strutture sanitarie private. Provvedimenti"* è stato approvato l'Avviso Pubblico per l'accredimento istituzionale delle strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate.

L'Avviso in parola, pubblicato sul BURM e sul sito web della Regione Molise-link sanità -Avvisi, è scaduto in data 25/05/09.

Nel corso del 2010 sono state effettuate tutte le visite di verifica della strutture sanitarie private presenti sul territorio regionale, provvisoriamente accreditate ai sensi degli artt. 26 e 27 della L.R. n. 18/08, che, nei termini previsti dall'Avviso Pubblico, hanno inoltrato alla Regione istanza per il rilascio dell'accredimento istituzionale. Per le strutture ospedaliere, le visite di verifica sono state svolte in collaborazione con i valutatori dell'ASSR-Regione Emilia Romagna, giusta convenzione di cui alla DGR n. 600/09.

Al termine della visita di verifica, il gruppo di accreditamento regionale - GAR ha provveduto alla redazione di un apposito verbale, trasmesso alla struttura interessata, al fine di poter sollevare eventuali controdeduzioni al verbale stesso.

Le eventuali controdeduzioni, nonché l'eventuale documentazione integrativa trasmessa dalla struttura, sono state opportunamente esaminate dal GAR.

Parallelamente è stato attivato il procedimento per l'accredimento istituzionale delle strutture socio-sanitarie; infatti con DGR n. 738 del 13.07.09 recante: "Piano Operativo di Rientro Triennio 2007/2008/2009 – Obiettivo Operativo n. 11.3 Disciplina requisiti per l'autorizzazione e l'accredimento delle Strutture socio-sanitarie. Provvedimenti.", si è proceduto all'approvazione definitiva del Manuale di disciplina dei requisiti generali e specifici per l'accredimento delle strutture socio-sanitarie.

Le visite di verifica hanno riguardato tutte le strutture private sanitarie e socio-sanitarie, presenti nel territorio regionale, e si sono svolte mediante "audit" sul campo, che hanno consentito di vagliare il grado di adeguamento delle strutture ai requisiti ed hanno permesso di avere un quadro preciso e dettagliato delle strutture private accreditate operanti nel nostro territorio.

La Legge regionale 1° febbraio 2011, n. 2 (Legge Finanziaria Regionale 2011), all'art. 1, comma 17, ha prorogato al 30 giugno 2011 il termine per la conclusione del procedimento di accreditamento istituzionale per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie per le quali è stato effettuato il sopralluogo.

In data 30.06.2011 sono stati emanati i decreti di rilascio dell'accredimento istituzionale di tutte le strutture sanitarie private ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale, già provvisoriamente accreditate.

Nel termine previsto dalla normativa nazionale vigente ed applicabile in materia, ed in particolare, ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 796 della legge n. 296 del 2006 (legge finanziaria 2007), alle lettere s), t) ed u), come modificato dall' art. 1, comma 35, della legge n. 10 del 26.02.2011: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e di interventi urgenti in materia tributaria e di sostegno alle imprese e alle famiglie", sono stati, quindi, rilasciati i provvedimenti di accreditamento istituzionale a tutte strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione - ancorché con prescrizioni -, previa verifica sul campo circa il possesso dei

requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui al "Manuale dei requisiti per l'Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Sanitarie" di cui alla DGR n. 1135/08.

La Regione procederà, comunque ad esercitare il proprio potere di controllo e vigilanza circa la permanenza in capo alle strutture dei requisiti previsti per l'accreditamento, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 21 della L.R. 18/08 e s.m.i.

E' opportuno rilevare che tale processo è avvenuto in un contesto nazionale (cfr. art. 7 del Patto per la Salute del 3 dicembre 2009) che prevede una revisione in materia di accreditamento e remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di tenere conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati, sottoforma di una intesa in sede Conferenza Stato-Regioni.

La *ratio* di tale normativa è quella di effettuare, nell'ottica della semplificazione procedimentale, un riordino della materia dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, eliminando, pertanto, l'incertezza giuridica di tali istituti e riconducendo ad unitarietà la disciplina.

In virtù di tale previsione, la Regione Molise ha partecipato al Tavolo di lavoro per la revisione della normativa sull'Accreditamento (TRAC), ai sensi dell'art. 7 del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012. In esito al mandato ricevuto dal Ministero della Salute, il Tavolo per la revisione normativa e l'accreditamento (TRAC), ha elaborato apposito disciplinare tecnico, individuando dei requisiti di accreditamento "comuni", che, dovranno dunque essere contenuti nella normativa di riferimento di ogni Regione e Provincia Autonoma e, successivamente, valutati con modalità omogenee sul territorio nazionale, ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie. Il documento tecnico in parola è stato oggetto di disamina in sede di Conferenza Stato-Regioni, in data 20 dicembre 2012, che ha sancito apposita Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 ( Rep.Atti n. 259/CSR del 20.12.2012). In esito alla citata Intesa, con Decreto del Ministero della Salute del 6 febbraio 2013, è stato costituito il tavolo di lavoro, per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale. Anche la Regione Molise, dunque, parte del tavolo tecnico in parola, parteciperà allo sviluppo dei modelli di accreditamento regionale, all'aggiornamento dei requisiti e fattori di qualità, di cui alla menzionata Intesa.

Nel triennio di vigenza del presente Piano sanitario regionale, saranno promosse azioni strategicamente finalizzate a:

- predisporre, entro 60 giorni dall'approvazione del Piano, un programma di intervento relativo all'introduzione e ampliamento di nuovi modelli organizzativi di assistenza, con particolare riferimento al day service, alla chirurgia ambulatoriale e alla residenzialità;
- definire/aggiornare, entro 60 giorni dalla predisposizione del summenzionato programma, i requisiti specifici delle strutture coinvolte nel processo di ampliamento di nuovi modelli organizzativi di assistenza ed in particolare delle strutture di day service, chirurgia ambulatoriale e delle strutture residenziali;
- programmare le misure di riorganizzazione delle reti e di riconversione delle attività e dei posti letto in coordinamento con le procedure di accreditamento;
- avviare le procedure di accreditamento delle strutture pubbliche;
- prendere atto, entro 6 mesi dall'approvazione ( 30 giugno 2013), dell'Intesa ai sensi ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 ( Rep.Atti n. 259/CSR del 20.12.2012).

### 33. L'ASSISTENZA SPECIALISTICA

#### *L'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale*

L'assistenza specialistica è caratterizzata da eccesso di offerta di prestazioni specialistiche, carenza di programmazione del fabbisogno e di criteri di valutazione dell'appropriatezza, difficoltà di un sistematico controllo anche in relazione alla complessità crescente del settore.

Infatti, nel corso del triennio 2005/2007 si è assistito a livello nazionale all'aumento del 6% dell'assistenza specialistica ambulatoriale, quale conseguenza dell'introduzione di nuove tecnologie e metodiche diagnostiche, ma anche del trasferimento di alcune prestazioni specialistiche dall'ambito ospedaliero a quello territoriale. In particolare, con il passaggio a regime di tutte le prestazioni comprese nei 108 DRG cosiddetti ad alto rischio di inappropriata al livello ambulatoriale, si registrerà un aumento dell'attività, con particolare riguardo alle visite specialistiche.

Per tali ragioni, il primo passo da compiere è la razionalizzazione degli interventi e delle crescenti risorse che affluiranno sul territorio, individuando le aree di assistenza che, caso per caso, garantiranno la migliore cura in termini di efficacia, appropriatezza ed efficienza.

A tal fine, occorre delineare un **percorso metodologico** per il cambiamento sulla base di:

- analisi della situazione (volumi e tipologia delle prestazioni effettuate, spesa complessiva e per singola struttura etc.) ed individuazione degli ambiti di "eccesso" di prestazioni rispetto agli indici medi, tenendo conto delle principali variabili e delle indicazioni nazionali, tra cui il DPCM 29 novembre 2001 e la L. n. 296/2006 (finanziaria 2007), art. 1, comma 796, lettera o) sulle prestazioni di diagnostica di laboratorio;
- adozione del piano programmatico annuale, che definisca il fabbisogno di prestazioni e le modalità di rientro graduale dagli ambiti eccedenti per ogni erogatore;
- verifica dei risultati e del contenimento delle prestazioni eccedenti;
- confronto tra prescrittori/erogatori per verificare eventuali diversità e definire modalità di miglioramento (*criteri di appropriatezza*) e regressioni tariffarie per prestazioni eccedenti;
- implementazione di linee guida cliniche e protocolli diagnostico-terapeutici per le patologie di maggiore impatto.

Per quanto riguarda il sistema tariffario, l'obiettivo della Regione è l'applicazione corretta del tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio (D.G.R. n. 111 del 9 febbraio 2007), che ha recepito integralmente il tariffario nazionale di cui al DM 22 luglio 1996, in attesa di formularne uno integrandolo con le tariffe delle prestazioni afferenti ai 108 DRG inappropriati che devono essere erogati in assistenza ambulatoriale.

Il controllo delle prestazioni si avvarrà del sistema informativo regionale sull'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, che costituisce uno strumento fondamentale a supporto della Regione e dell'ASREM. Il sistema, che si basa sul flusso informativo attivato presso la Molisedati S.p.a., alimentato dai dati di tutte le strutture pubbliche e private accreditate presenti nella regione, dovrà:

- fornire indicazioni utili alla corretta codifica e tariffazione delle prestazioni ambulatoriali, per renderne omogenea la registrazione, sulla base dati analitica regionale, da parte delle strutture erogatrici, anche al fine del riconoscimento della loro erogabilità, nonché del relativo addebito;
- garantire la cadenza mensile nella validazione dei flussi di attività, confermando l'obbligo per le strutture pubbliche e private della registrazione analitica e, per le strutture private, di corrispondenza tra l'aspetto contabile e tecnico-informatico in relazione alla fatturazione,
- rilevare e gestire gli indici di appropriatezza, basati sui dati delle prescrizioni, anche conferiti mediante progetto Tessera sanitaria.

Sugli aspetti di miglioramento dell'accessibilità ai servizi da parte del cittadino, va portata a regime l'attivazione della chirurgia ambulatoriale complessa così come delineata nel decreto commissariale n. 80/2011 e introdotto il **regime di "day service"** per i casi medici che non richiedono ricovero (ordinario o day hospital), con l'obiettivo di dare risposta al problema clinico in tempi adeguati attingendo dalle

potenzialità diagnostiche delle strutture. In tale contesto, gli specialisti territoriali collaborano con i MMG e con la componente ospedaliera, realizzando una semplificazione dei percorsi ed il contenimento dei ricoveri impropri.

L'accesso è con prescrizione del medico di famiglia o di altro medico specialista del Servizio sanitario regionale.

Per quanto riguarda gli aspetti programmatici, si evidenzia che le prestazioni ambulatoriali, indipendentemente dal tipo di struttura che le produce e dal tipo di struttura che le eroga, afferiscono al livello di assistenza distrettuale. Ed è per questo che l'assistenza specialistica ambulatoriale distrettuale partecipa alla riorganizzazione dell'assistenza primaria.

Nell'ambito dei Nuclei di cure primarie, il nuovo Accordo decentrato regionale ADR, che la Regione deve predisporre, prevede la realizzazione di percorsi di gestione integrata delle seguenti patologie, per tutti gli ambiti territoriali ed in stretta collaborazione con i MMG:

- diabete;
- scompenso cardiaco cronico;
- BPCO;
- patologie neuromuscolari;
- sclerosi laterale amiotrofica;
- fibrosi polmonare;
- ipertensione;
- postumi da ictus;

Il Distretto garantisce agli MMG, impegnati nei suddetti percorsi anche di continuità assistenziale, il necessario supporto di infermieri e terapisti della riabilitazione per l'assistenza domiciliare e la consulenza specialistica presso ambulatori per patologia, con liste di attesa dedicate.

In particolare, nell'ambito dei PTA è prevista, con frequenza da definire, l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte sia di medici dipendenti sia di specialisti ambulatoriali convenzionati. In un primo tempo verranno attivate per tutti i Presidi le specialità di Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia, Neurologia, Geriatria, Oculistica, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria.

Per definire i suddetti percorsi di gestione, la Direzione del Distretto si avvale dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), ai sensi dell'art. 3 sexies, comma 2, del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni.

### ***La medicina di laboratorio***

La medicina di laboratorio costituisce una componente fondamentale dei processi assistenziali, che determina il 60-70% delle decisioni cliniche, oltre che una variabile organizzativa che influenza il corretto utilizzo delle risorse in campo clinico, diagnostico e terapeutico, nonché il livello di ricorso al sistema di ricovero.

L'organizzazione attuale della Medicina di Laboratorio è strutturata sul funzionamento di n. 6 laboratori aventi sede nei 6 ospedali territoriali pubblici operanti nella Regione Molise, che sono accorpati in 3 presidi con il presente Piano, e n. 15 laboratori privati, e accreditati e contrattualizzati. Sono inoltre operanti un laboratorio analisi presso l'IRCCS "Neuromed" di Pozzilli ed un laboratorio analisi operante presso il Centro di Alta Specializzazione – Fondazione Giovanni Paolo 2<sup>a</sup>.

Nella Regione Molise si punta a realizzare un sistema di laboratori accreditati pubblici e privati integrato e sostenibile su scala regionale, idoneo a raggiungere determinati obiettivi con conseguente contenimento della spesa.

L'azione strategica prevede di:

- attivare sistemi per garantire l'organizzazione in rete dei laboratori, pervenendo alla centralizzazione e connessa specializzazione dei laboratori di presidio, mantenendo comunque l'effettuazione degli esami sotto la responsabilità ed il controllo dei laboratori specialistici di presidio, anche in caso di attività



decentrate, fermo restando la necessità che sia comunque garantita l'attività di guardia medica del personale dirigente e tecnico nei presidi preposti alle attività di emergenza urgenza;

- sviluppare sistemi informativi che consentano la più ampia accessibilità ai dati di laboratorio anche a distanza (in collegamento con rete territoriale e ospedaliera);
- utilizzare sistemi di trasporto dei campioni biologici dai centri prelievo alle strutture di laboratorio pubbliche;
- formulare specifici progetti di formazione e certificazione;
- sviluppare ed attivare un modello di *governance* basata su *Key Process Indicators* (KPI);
- definire un sistema di linee guida per l'appropriatezza sia in ambito di ricovero che territoriali, che abbraccino non meno del 60% delle prestazioni eseguite (profili diagnostici e di *follow-up*);
- allocare le risorse tecnologiche e professionali coerentemente al fabbisogno e rispetto alla convenienza di avvalersi delle disponibilità di servizi nelle regioni limitrofe.

#### ***Nuovo modello Organizzativo delle strutture pubbliche***

Il Piano di riorganizzazione della diagnostica di laboratorio delle Strutture pubbliche è definito nella deliberazione di G.R. n. 906 del 30/07/2007, modificata con deliberazione di G.R. n. 996 del 30/08/2007.

Il nuovo modello Logico-Organizzativo si basa su un sistema di "Laboratorio in Rete" che prevede diverse attribuzioni per i laboratori ospedalieri.

In particolare, la Rete sarà articolata tenendo conto delle dotazioni specialistiche e strumentali dei presidi ospedalieri:

- **Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli" di Campobasso:** *Laboratorio di Riferimento regionale e Laboratorio Unico Logico (LUL) (UOC con funzione Hub) – laboratorio generale con settori specializzati.*
- **Presidio Ospedaliero "F.Veneziale" di Isernia:** *Laboratorio di analisi chimico cliniche e microbiologiche, compresa urgenza (funzione Spoke) – Laboratorio di base.*
- **Presidio Ospedaliero "S. Timoteo" di Termoli:** *Laboratorio di analisi chimico cliniche e microbiologiche, compresa urgenza, (funzione Spoke)- Laboratorio di base.*

Gli esami di laboratorio specialistici di Biologia molecolare, Virologia, Citoistopatologia, Ematologia, Coagulazione, Genetica e Tossicologia sono concentrati nel LUL di Campobasso, laboratorio di riferimento regionale.

#### ***Nuovo modello organizzativo delle Strutture private accreditate***

L'obiettivo del Piano di Riorganizzazione è la realizzazione di un "Network" regionale delle attività di laboratorio che avverrà sulla base dei seguenti principi:

- adeguata capacità di risposta al fabbisogno regionale;
- l'accreditamento istituzionale verrà riconosciuto a tutti coloro che ne abbiano i requisiti ulteriori fissati dalla Regione Molise;
- gli accordi contrattuali verranno sottoscritti sulla base di blocchi di prestazioni che abbiano dimensioni tali da assicurare il mantenimento della qualità e la riduzione dei costi di produzione, come previsto dalla legge 296/2006, art. 1, comma 796, lett. "o".

#### ***La diagnostica per immagini (TAC e RMN)***

La diagnostica per immagini è una componente fondamentale dei percorsi diagnostico terapeutici, e condiziona le decisioni clinico – assistenziali con un rilevante impatto sia a livello organizzativo che economico.

Con queste premesse e sulla base delle risorse disponibili, si rendono indispensabili adeguati interventi di riordino strutturale ed organizzativo di consistenza paragonabile, dal punto di vista delle ricadute complessive, a quelle evidenziate nel settore della diagnostica di laboratorio.

Si ritiene pertanto indispensabile attivare, anche per questo settore, iniziative analoghe a quelle previste per la diagnostica di laboratorio ed, in particolare, ad una riorganizzazione del sistema a livello regionale nell'ottica di un modello "a rete" dei servizi di diagnostica per immagini. E ciò, senza dimenticare le compatibilità generali di bilancio derivanti dal nuovo Patto per la Salute, i nuovi rapporti tra erogatori pubblici e privati e nel rispetto della normativa nazionale e regionale sull'autorizzazione e accreditamento istituzionale.

Nella Regione Molise (strutture pubbliche e private accreditate) sono presenti 17 apparecchi TAC e 14 RMN con una offerta addirittura superiore a quella media nazionale. E' evidente che il ricorso a queste prestazioni sia eccessivo con possibili ripercussioni negative anche sulla salute dei cittadini, ed è espressione di criticità che meritano un approfondimento. Certamente si può affermare che il numero di esami, che comportano una spesa di 6 milioni di euro in totale, può e deve essere controllata ponendo in essere tempestivamente iniziative per la promozione dell'appropriatezza prescrittiva e per il controllo dell'offerta.

L'azione principale deve essere condotta a livello di contrattazione decentrata con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti del territorio, attraverso l'individuazione di tetti di prestazioni. Al fine di aumentare l'appropriatezza clinica ed organizzativa risulta necessario implementare percorsi diagnostico terapeutici per le principali patologie.

### 34. ASSISTENZA FARMACEUTICA

La regione Molise, nel rispetto della programmazione farmaceutica di cui al PSN 2008/2010 e al primo Programma Operativo 2007/2009 per il ripiano del disavanzo sanitario, ha dato avvio al processo finalizzato alla qualificazione dell'impiego della risorsa farmaco sotto il profilo della appropriatezza, sicurezza ed efficacia nonché sotto l'aspetto della sostenibilità economica.

Inoltre, al fine di garantire il perseguimento dell'obiettivo riguardante il rispetto dei tetti di spesa legislativamente previsti - *art. 5, comma 1 della Legge 222/2007 tetto spesa farmaceutica territoriale: 14% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato; art. 5, comma 5 della Legge 222/2007 tetto spesa farmaceutica ospedaliera: 2,4% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato; art. 22, comma 3 del DL 78/2009 (convertito in Legge 102/2009): rideterminazione del tetto di spesa per la farmaceutica territoriale anno 2010: 13,3% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato; art. 15, comma 2 del DL 95/2012 (convertito in Legge 135/2012): rideterminazione del tetto di spesa per la farmaceutica territoriale anno 2012: 13,1% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato* - nonché conseguire valutazione di adempienza da parte dell'organismo nazionale a ciò preposto - Comitato LEA - si è ritenuto necessario intervenire con la programmazione di azioni più mirate e dirette al superamento delle criticità riscontrate in sede di monitoraggio della spesa farmaceutica.

Pertanto, nell'ambito della strategia generale di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica a livello regionale, come prevista nei Programmi Operativi per il ripiano del disavanzo sanitario relativi all'anno 2010 e 2011/2012, si è provveduto alla individuazione di interventi diretti al riordino del sistema farmaceutico ospedaliero e territoriale e all'attuazione di politiche di contenimento della spesa farmaceutica, in ottemperanza alle disposizioni nazionali di settore nonché alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28.07.09 che, al punto 7, prevede, la *"razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzate al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale e adozione e attuazione del nuovo piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera"*.

Nello specifico, per il triennio 2012-2014, in continuità con quanto già programmato e attuato, la strategia diretta alla razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica a livello regionale si sostanzia già negli effetti di una serie consistente di provvedimenti emanati durante gli anni 2010 e 2011 nonché precedenti, come di seguito descritto sub voce "analisi di contesto".

Riguardo alla programmazione farmaceutica recata dal P.O. 2011/2012, l'AIFA esprime parere positivo - *in data 5 luglio 2011* - affermando che *<< Il programma operativo 2011-2012 della Regione Molise si avvale di una serie consistente di provvedimenti emanati durante il 2010 a regolamentazione dell'assistenza farmaceutica, che estenderà i suoi effetti economici anche negli anni successivi. Pertanto, sia l'individuazione delle azioni utili ad efficientare l'assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale, sia la relativa valorizzazione economica, beneficiano dell'accurata programmazione posta in essere durante il 2010.....d'altronde l'effettivo conseguimento di tale risultato dipenderà dalla tempestività nell'attuazione dei singoli provvedimenti e dalla completa adesione da parte degli operatori sanitari>>*.

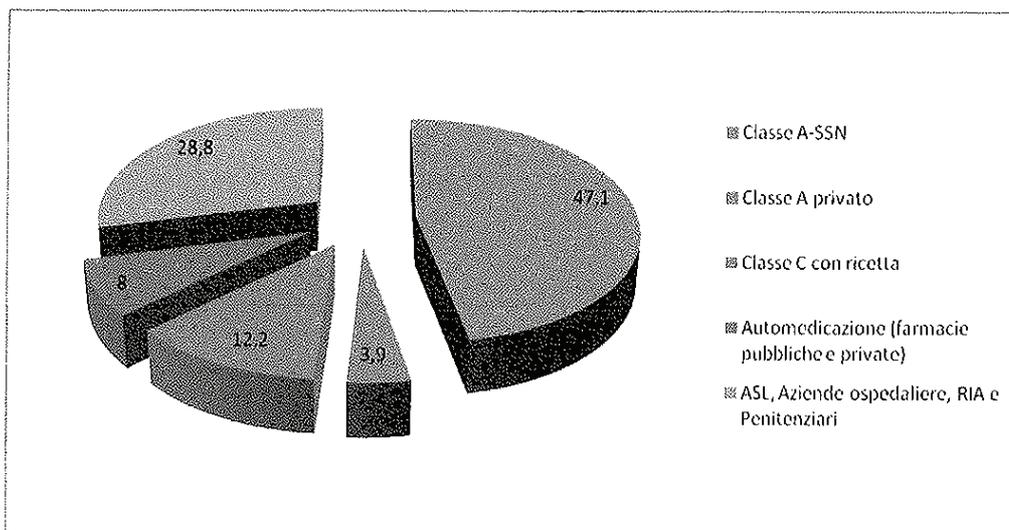
Di notevole rilievo e punto di forza appare la Convenzione quadro AIFA-REGIONE MOLISE, stipulata in data 22.12.2010, alla quale la regione Molise è addivenuta al fine di governare i processi con interventi di indubbia valenza tecnica e nel rispetto di procedure più snelle.

Difatti il ruolo dell'Agenzia, quale ente di supporto tecnico alle regioni - come sancito nel Patto per la Salute di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3.12.2009 - si sostanzia nell'affiancamento alle regioni in fase di Piano di rientro in considerazione dei tecnicismi complessi e articolati che caratterizzano la materia farmaceutica.

#### **Spesa farmaceutica (rapporto Osmed)**

Nel 2011, secondo quanto riportato nell'ultimo Rapporto Osmed, la spesa farmaceutica complessiva raggiunge a livello nazionale € 26.318 mil., di cui il 47,1% derivante dalla spesa per farmaci di classe A a totale carico del SSN, il 3,9% dalla spesa privata per farmaci di classe A, il 12,2 % dalla spesa per farmaci di classe C con ricetta, l'8,0% dalla spesa per farmaci di automedicazione ed infine il 28,8% dalla spesa delle strutture pubbliche.

Spesa lorda	2011(milioni di Euro)	%
Classe A-SSN	12.387	47,1
Classe A privato	1.026	3,9
Classe C con ricetta	3.207	12,2
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	2.113	8,0
ASL, Aziende ospedaliere, RIA e Penitenziari	7.585	28,8
Totale	26.318	100,0



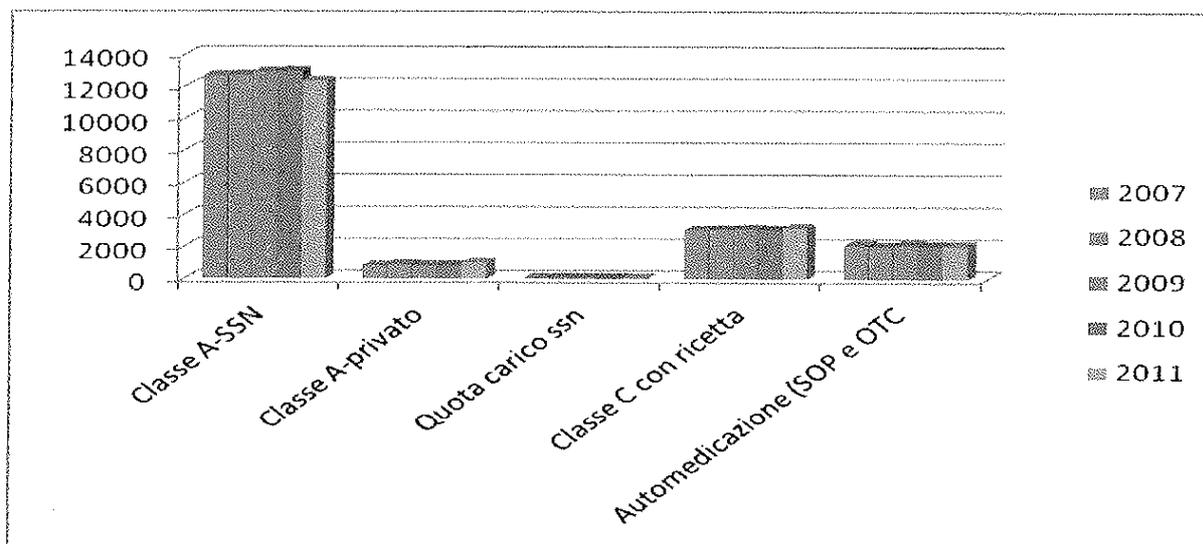
### Spesa farmaceutica territoriale<sup>^</sup> di classe A-SSN: confronto 2007-2011

<sup>^</sup> (la prescrizione territoriale effettuata dai MMG e PLS rimborsata alle farmacie pubbliche e private dal SSN esclusa la distribuzione diretta e per conto)

Spesa lorda	2007	2008	2009	2010	2011
Classe A-SSN	12.712	12.724	12.928	12.985	12.387
Classe A-privato	828	928	829	848	1026
Quota carico ssn	94	93	94	94	92
Classe C con ricetta	3.084	3.106	3.154	3.093	3.207
Automedicazione (SOP e OTC)	2.134	2.054	2.140	2.105	2.113
Totale spesa privata	6.046	6.088	6.122	6.046	6.346
Totale spesa farmac.	18.758	18.812	19.050	19.031	18.733

\* Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata da IMS) e la spesa a carico SSN (ottenuta dai dati OsMed)

Fonte: elaborazione OsMed su dati IMS Health (per i dati di spesa privata)



In Molise, nel 2011, il 50% della spesa complessiva (pari a € 112 Mil.) è rappresentato dalla spesa netta convenzionata a carico del SSN; tale valore supera di circa 8 punti percentuali quello medio Italia pari a 42%.

#### Composizione della spesa farmaceutica 2011 per regione

	Netta classe A-SSN <sup>1</sup>		Classe A privato		Classe C con ricetta		Automedicazione (farmacie pubbliche e private)		Strutture pubbliche		Totale
	spesa <sup>o</sup>	% <sup>*</sup>	spesa <sup>o</sup>	% <sup>*</sup>	spesa <sup>o</sup>	% <sup>*</sup>	spesa <sup>o</sup>	% <sup>*</sup>	spesa <sup>o</sup>	% <sup>*</sup>	spesa <sup>o</sup>
Piemonte	717	40	75	4	245	14	171	9	594	33	1.803
Val d'Aosta	20	39	3	7	7	15	6	12	14	27	50
Lombardia	1.491	41	211	6	523	14	369	10	1.012	28	3.606
Bolzano	57	35	7	4	19	12	22	13	57	35	162
Trento	74	42	6	3	24	14	22	13	51	29	178
Veneto	683	39	61	4	242	14	182	10	576	33	1.744
Friuli VG	212	43	13	3	60	12	40	8	168	34	493
Liguria	285	38	43	6	118	16	75	10	229	31	750
E. Romagna	665	37	96	5	258	14	172	10	607	34	1.798
Toscana	571	35	92	6	231	14	157	10	600	36	1.652
Umbria	146	40	10	3	51	14	32	9	129	35	368
Marche	263	39	36	5	89	13	54	8	239	35	680
Lazio	1.086	44	114	5	325	13	218	9	708	29	2.452
Abruzzo	249	47	17	3	66	13	42	8	155	29	530
Molise	56	50	0	0	13	11	8	7	35	32	112
Campania	954	46	69	3	283	13	174	8	616	29	2.096
Puglia	735	45	36	2	183	11	112	7	566	35	1.633
Basilicata	98	45	6	3	23	11	14	7	76	35	217
Calabria	367	47	34	4	96	12	55	7	228	29	780
Sicilia	965	49	79	4	264	13	139	7	510	26	1.958
Sardegna	328	45	17	2	87	12	48	7	253	35	733
<b>ITALIA</b>	<b>10.023</b>	<b>42</b>	<b>1.026</b>	<b>4</b>	<b>3.207</b>	<b>13</b>	<b>2.113</b>	<b>9</b>	<b>7.425</b>	<b>31</b>	<b>23.793</b>

<sup>1</sup> La spesa netta è ottenuta sottraendo alla spesa lorda lo sconto ed il ticket a carico dei pazienti

<sup>o</sup> Milioni di euro

<sup>\*</sup> Calcolata sul totale della spesa regionale

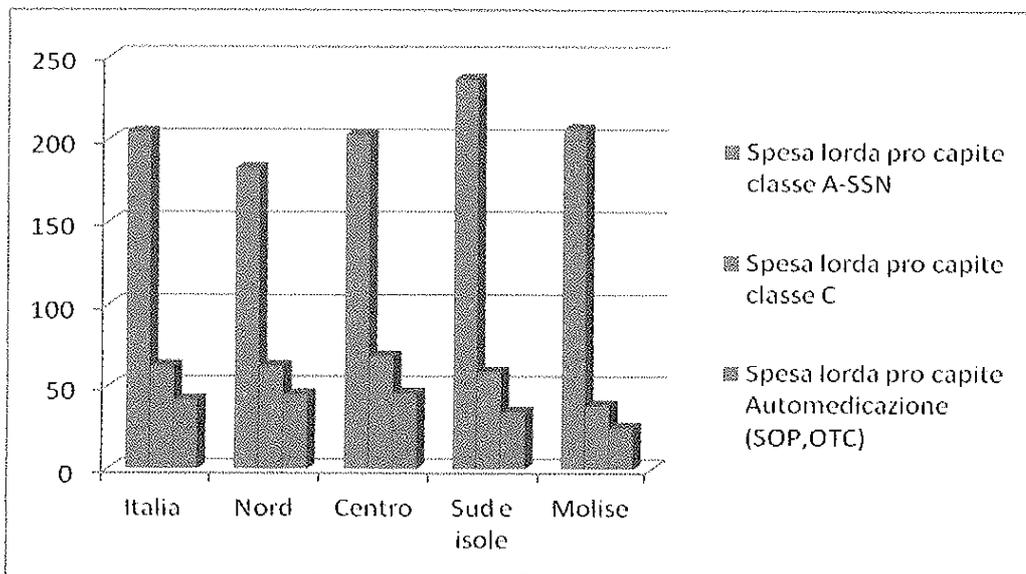
Nel 2011, in Molise il valore pro-capite della spesa lorda per farmaci di classe A-SSN è pari a € 206,1 valore vicino alla media Italia (204,3) e al valore medio Centro (202,6) ma superiore a quelli medi delle

*M*

*R*

Regioni del Nord (€182,5) e inferiore a quello della ripartizione Sud e Isole (236,5). Sul fronte della spesa privata per farmaci di classe C e da banco, invece, la Regione Molise fa registrare valori inferiori non solo in confronto a quelle dell'Italia, del Nord e del Centro, ma anche rispetto a quelle delle altre Regioni meridionali. La quote di spesa privata pro-capite del Molise relative ai farmaci di classe C e da banco (automedicazione) sono pari rispettivamente a € 39 e € 25.

Spesa farmaceutica lorda territoriale e privata 2011	Spesa lorda pro capite classe A-SSN	Spesa lorda pro capite classe C	Spesa lorda pro capite Automedicazione (SOP,OTC)
Italia	204,3	62,82	41,88
Nord	182,5	62,85	45,05
Centro	202,6	68,93	46,07
Sud e isole	236,5	58,83	34,57
<b>Molise</b>	<b>206,1</b>	<b>38,61</b>	<b>25,29</b>



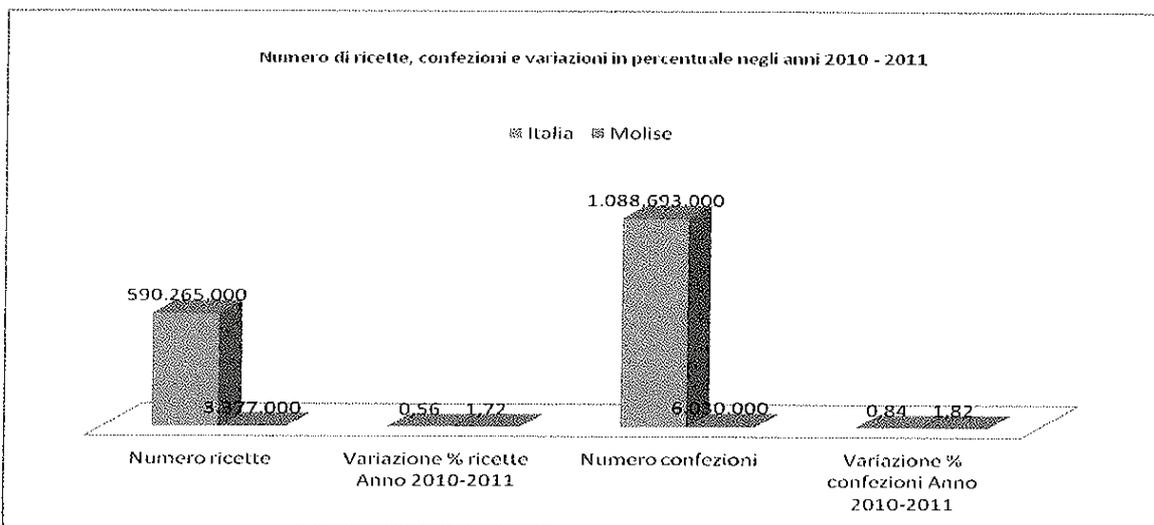
Nel periodo 2010-2011, in Molise, così come a livello nazionale, alla riduzione della spesa lorda a carico del SSN (-4,6%), si contrappone un incremento del numero di ricette e del numero di confezioni. Tale riduzione pertanto è dovuta al taglio dei prezzi e non alla riduzione della quantità prescritta ed erogata. In Molise c'è stato un aumento del +1,72% del numero di ricette rispetto al 2010 ed un aumento del +1,82% del numero di confezioni.

**Numero di ricette, confezioni e variazioni Anni 2010 – 2011 – Valori in percentuale**

Numero di ricette, confezioni e variazioni in percentuale	Numero ricette	Variazione % ricette Anno 2010-2011	Numero confezioni	Variazione % confezioni Anno 2010-2011
Italia	590.265.000	+ 0,56	1.088.693.000	+ 0,84
Molise	3.377.000	+ 1,72	6.030.000	+ 1,82

*M*

*B*



Nell'analisi della prescrizione di farmaci equivalenti sono ricompresi gli "unbranded" (farmaci generici equivalenti) e i "branded" (ex originator compresi i co-marketing).

A livello nazionale il mercato dei farmaci equivalenti ha raggiunto, nel 2011, il 32,2% sul totale della spesa farmaceutica classe A-SSN. In Molise l'incidenza degli equivalenti sulla spesa netta è passata dal +30,80% nel 2010 al +31,1%, nel 2011. Il valore maggiore, nel 2011, è stato raggiunto dalle Regioni del Centro, dove la spesa per i generici ha raggiunto il 35,80% della spesa convenzionata totale, mentre il valore registrato nelle Regioni del Nord e del Sud/Isole è pari rispettivamente a 31,3% e 31,4%.

**Spesa territoriale regionale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN: confronto 2007-2011**

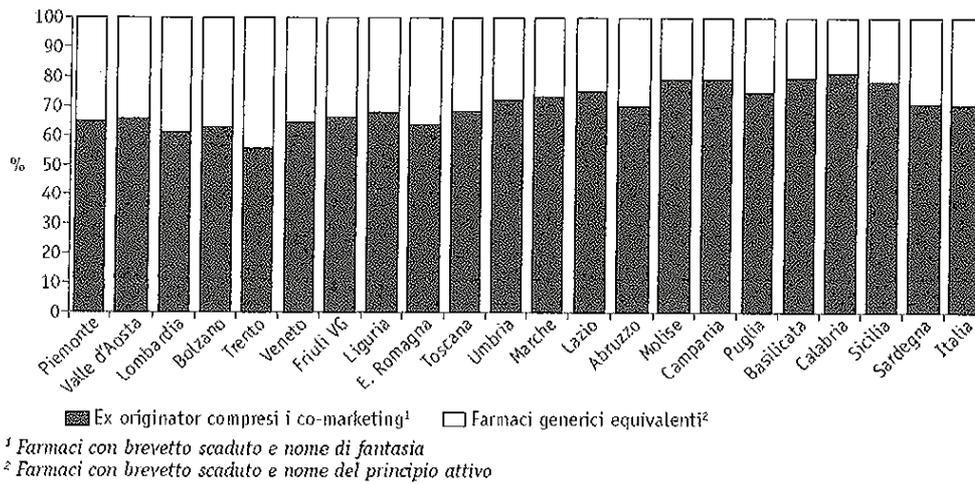
	Spesa netta pro capite pesata					% sul totale spesa netta				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2008	2010	2011
Piemonte	34,5	46,1	47,3	51,7	52,5	20,1	26,1	26,3	30,8	34,0
Val d'Aosta	32,4	42,4	43,3	47,5	50,2	18,8	25,8	25,7	28,5	31,8
Lombardia	29,6	38,5	38,3	41,7	42,1	17,3	23,4	23,0	25,9	27,2
Trentino AA	27,7	35,5	36,0	40,5	42,5	18,9	25,0	25,5	28,5	31,2
Veneto	30,4	41,1	41,2	45,3	45,4	18,4	25,7	25,6	29,2	31,8
Friuli VG	32,5	44,3	44,2	50,0	50,3	18,2	25,9	26,0	29,2	31,0
Liguria	42,3	51,1	48,6	51,3	50,1	22,8	28,3	27,1	30,1	32,0
E. Romagna	38,5	49,3	50,4	55,2	54,8	22,4	29,7	30,5	34,2	36,6
Toscana	41,0	53,2	51,9	55,3	56,0	24,5	32,9	32,4	36,7	38,5
Umbria	37,3	49,1	50,3	56,2	56,8	21,1	29,9	29,6	35,2	38,1
Marche	38,7	50,1	51,4	56,7	57,8	20,7	27,5	28,4	32,2	35,2
Lazio	47,7	59,5	59,5	64,1	66,0	19,8	27,0	27,7	31,6	34,3
Abruzzo	40,7	51,2	49,8	55,2	55,8	20,6	26,0	25,3	28,5	30,1
Molise	36,8	47,6	49,0	51,6	50,9	19,4	26,3	25,2	30,8	31,1
Campania	43,4	56,5	62,5	62,5	56,8	20,2	27,2	29,0	32,2	31,9
Puglia	50,0	61,1	62,2	64,9	61,1	23,0	28,2	26,8	29,8	32,1
Basilicata	40,1	50,8	51,7	55,4	55,8	20,4	27,1	25,8	30,6	33,2
Calabria	46,2	63,6	59,9	59,8	59,8	18,4	26,8	24,8	27,6	31,9
Sicilia	48,6	61,4	62,0	65,0	62,7	20,5	28,1	28,2	30,4	30,7
Sardegna	45,2	56,2	57,2	61,3	61,3	21,5	27,5	27,4	27,8	30,6
<b>Italia</b>	<b>39,4</b>	<b>50,7</b>	<b>51,2</b>	<b>54,7</b>	<b>54,2</b>	<b>20,3</b>	<b>27,1</b>	<b>27,1</b>	<b>30,4</b>	<b>32,2</b>
Nord	32,9	43,0	43,2	47,2	47,4	19,3	25,8	25,7	29,2	31,3
Centro	43,5	55,4	55,2	59,6	60,9	21,3	28,9	29,2	29,9	35,8
Sud e Isole	46,0	58,6	60,2	62,3	59,6	20,7	27,5	27,4	30,1	31,4

L'elaborazione è stata effettuata utilizzando le liste di trasparenza predisposte dalle Regioni

*Mi*

*RE*

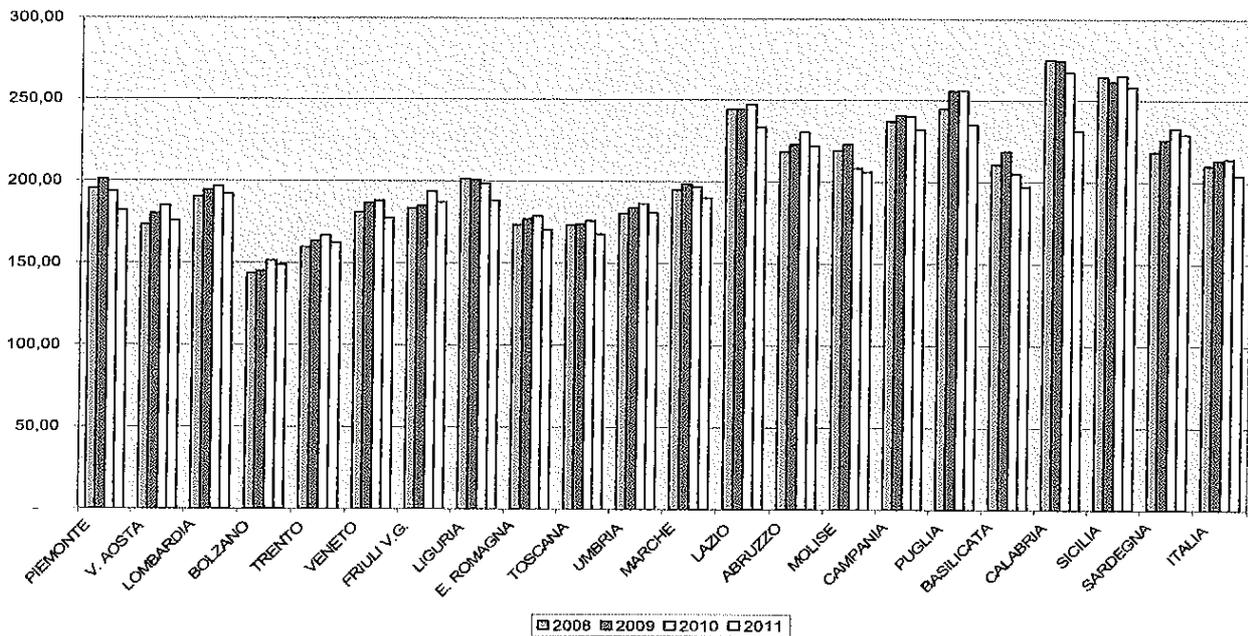
**Composizione per regione della spesa netta 2011 per farmaci equivalenti di classe A-SSN**



Di seguito si riporta la tabella recante, quale indicatore, la spesa lorda pro-capite pesata registrata negli anni 2008/2009/2010/2011 (Fonte Age.Na.S.)

I dati, opportunamente analizzati su un intervallo pluriennale, evidenziano che il Molise ha conseguito una significativa riduzione di spesa nell'anno 2010 rispetto al 2009 in quanto le principali manovre correttive sono intervenute in tale anno; il trend di riduzione si conferma anche nell'anno 2011.

**Spesa lorda pesata pro-capite in Italia quadriennio 2008-2011**



In conclusione, le ripartizioni che presentano la spesa più contenuta, in termini pro-capite, sono anche quelle che hanno rispettato il tetto del 13,3% per la spesa farmaceutica territoriale (comprensivo della spesa farmaceutica convenzionata, della distribuzione diretta, della distribuzione per conto e del ticket); nello specifico il Molise nel 2011 ha raggiunto un valore pari al 13,36%.

Per quel che concerne, infine, la spesa ospedaliera, è stata effettuata una rielaborazione sui dati NSIS 2011 ed è stata confrontata con due contesti:

- Basilicata

- Panel di regioni di riferimento comprendente 010 Piemonte, 060 Friuli Venezia Giulia, 070 Liguria, 090 Toscana, 100 Umbria

Dall'analisi emerge che la spesa ospedaliera pro capite pesata è di € 43 per il Molise a fronte di un valore pari a € 48 per la Basilicata e € 59 per il panel riferimento, con ciò significando che tale spesa fa registrare valori elevati a livello nazionale.

### ***Assistenza farmaceutica convenzionata/territoriale***

#### ***Analisi di contesto***

Le principali azioni introdotte sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale sono le seguenti:

- Servizio di dispensazione in nome e per conto.
- Erogazione farmaci utilizzati nel trattamento della sclerosi multipla
- Centri di riferimento regionali per la prescrizione dei farmaci con nota AIFA e dei farmaci del PHT con piano terapeutico
- Incremento delle prescrizioni dei farmaci equivalenti e misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva:
  - ✓ Soglie prescrittive per le categorie terapeutiche ace inibitori – sartani – statine
  - ✓ Soglie prescrittive per le categorie terapeutiche inibitori reuptake serotonina –inibitori pompa protonica – farmaci antibatterici
- Servizio di ossigeno terapia domiciliare a lungo termine
- Informazione medico-scientifica
- Manovra di contenimento della spesa farmaceutica territoriale
- Assegnazione ai Medici di medicina generale dell'obiettivo di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica convenzionata

Nello specifico:

- ***Servizio di dispensazione in nome e per conto.***

La nuova disciplina, approvata con Decreto commissario ad acta n. 41 del 02.07.2010, attiene al servizio di distribuzione dei farmaci del PHT attraverso le farmacie convenzionate della Regione – con approvvigionamento diretto da parte della struttura pubblica – e si caratterizza per il rinnovo dell'accordo regionale con le associazioni di categoria con la previsione di una riduzione delle quote di spettanza alle farmacie convenzionate e la introduzione del principio della retribuzione sotto forma di quota fissa per pezzo dispensato.

In proposito, si evidenzia che nel parere favorevole reso dai Ministeri Economia/Finanze (MOLISE-DGPROGR- 13.12.2010-000252-P), sentita l' AIFA, viene affermato che la regione ottiene un buon risultato sia nei termini dell'accordo che in termini economici

Con Decreto commissario ad acta n. 37 del 31.07.2012 si introduce un livello organizzativo più adeguato e diretto al superamento delle criticità emerse nell' attuazione del servizio con l'obiettivo ultimo di garantire efficienza, in termini di assistenza farmaceutica, ed efficacia sul piano dei risultati economici.

- ***Erogazione farmaci utilizzati nel trattamento della sclerosi multipla***

Il nuovo Accordo Regione-Neuromed – approvato con Decreto commissario ad acta n. 58 del 13.08.2010 – disciplina l'erogazione dei farmaci utilizzati nel trattamento della sclerosi multipla limitatamente al I ciclo di terapia, per i pazienti regionali, in analogia a quanto deliberato dall'Esecutivo regionale per i pazienti fuori regione; detto regime assistenziale è improntato sulla centralità dell'assistito.

Va evidenziata, al riguardo, la positiva valutazione dell'AIFA - parere Ministeri Economia/Finanze (MOLISE-DGPROGR- 29.12.2010-000268-P) - laddove si afferma che le disposizioni emanate muovono nella direzione di un miglioramento della accessibilità a farmaci importanti per pazienti affetti da una malattia di rilevante impatto sociale, riconoscendo alla Regione la necessità di far fronte alle richieste dei pazienti residenti in

Molise bisognosi di poter ottenere i farmaci - per i cicli successivi al primo - presso il presidio ospedaliero loro più vicino.

- *Centri di riferimento regionali per la prescrizione dei : farmaci con nota AIFA, farmaci del PHT con piano terapeutico*

Con Decreti commissario ad acta n. 60 del 06.09.2010/s.m.i. e n. 74 del 09.08.2011 viene operato il riassetto della rete dei Centri prescrittori dei farmaci in epigrafe - nell'ambito della ASReM e delle strutture sanitarie private accreditate, quali : Fondazione di ricerca e cura Giovanni Paolo II e Istituto neurologico IRCCS Neuromed - mediante la selezione dei Centri di riferimento regionali rispondenti a ben precisi standards qualitativi con l'obiettivo di determinare eccellenza in tali ambiti prescrittivi aumentandone i livelli di appropriatezza.

I provvedimenti, aventi natura prevalentemente organizzativa, sono stati validati dai Ministeri, previa espressione di parere positivo da parte dell' AIFA - (pareri Ministeri Economia/Finanze 15.03.2011-0000042-P e 13.03.2012-0000027-P) - con evidenziazione della possibile riduzione dei costi di gestione riferiti a capitoli di spesa sanitaria diversi dalla farmaceutica territoriale sulla quale si registra probabile invarianza di spesa.

- *Incremento delle prescrizioni dei farmaci equivalenti e misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva:*

➤ **SOGLIE PRESCRITTIVE PER LE CATEGORIE TERAPEUTICHE ACE INIBITORI – SARTANI – STATINE**

Sono individuati, con Decreto commissario ad acta n. 83 del 26.11.2010, specifici obiettivi di prescrizione nell'ambito delle categorie terapeutiche caratterizzate da criticità prescrittive.

Detti obiettivi, assunti sulla base degli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA in accordo con il Ministero dell'Economia/Finanze e con il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 11, comma 7b del DL 78/10, convertito in legge 122/10, attengono ai migliori dati di prescrizione – riguardanti il brevetto scaduto – registrati a livello intraregionale negli ambiti territoriali ASReM.

La Regione Molise risulta essere una delle prime regioni ad aver utilizzato lo strumento degli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA.

Il provvedimento è stato validato dai Ministeri, previa espressione di parere positivo da parte dell' AIFA (parere Ministeri Economia/Finanze 11.04.2011- 0000069-P) -

➤ **SOGLIE PRESCRITTIVE PER LE CATEGORIE TERAPEUTICHE INIBITORI REUPTAKE SEROTONINA – INIBITORI POMPA PROTONICA – FARMACI ANTIBATTERICI**

Con Decreto commissario ad acta n 7 del 15.04.2011 vengono individuati gli obiettivi di prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto appartenenti ad altre classi/categorie terapeutiche alto spendenti definite da AIFA, in ottemperanza all'art. 11 comma 7b del D.L. 78/2010 convertito in legge 122/10 - oltre quelle già regolamentate con il DCA n. 83/2010 –

Come per il DCA n. 83/2010 vengono analizzate le “tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente”, con riferimento alle classi terapeutiche di cui alla presente azione.

Il provvedimento è stato validato dai Ministeri, previa espressione di parere positivo da parte dell' AIFA (parere Ministeri Economia/Finanze 21.12.2011- 0000193-P) -

• ***Servizio di ossigeno terapia domiciliare a lungo termine***

Con Decreti commissario ad acta n. 102 del 28.11.2011 e n. 16 del 30.05.2012 viene affidata alla ASReM la procedura di gara per l'acquisizione diretta di ossigeno liquido e recepito l'Accordo quadro per la distribuzione dell'ossigeno liquido, mediante il canale convenzionale, ai soggetti in ossigeno terapia domiciliare (OTD), in attesa della definizione dell'intero processo di attivazione del servizio di ossigeno terapia in regime di distribuzione diretta; detto Accordo opera con uno sconto del 26% del prezzo al pubblico e garantisce la qualità del servizio e la centralità del paziente.

Il provvedimento pone in essere un intervento urgente, avente carattere provvisorio, ai fini del perseguimento di un immediato risparmio.

• ***Informazione medico-scientifica***

La regione Molise con DGR n. 116 del 9 febbraio 2007 emana le linee-guida inerenti l'attività di informazione scientifica sul farmaco promossa dalle Aziende farmaceutiche, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 326/2003 e con DGR n. 383 del 15 aprile 2009 approva il Progetto "informazione medico-scientifica aziendale", quale iniziativa programmata nell'ambito della "informazione indipendente" e della "farmacovigilanza" ascrivibile all'intervento "monitoraggio dell'uso appropriato dei farmaci" - macroarea piano di contenimento della spesa farmaceutica -

Con Decreto commissario ad acta n. 8 del 15.04.2011 viene costituita la Commissione di vigilanza e controllo sull'attività di informazione scientifica promossa dalle Aziende farmaceutiche deputata al monitoraggio delle modalità di detta attività di informazione in ambito regionale.

Il provvedimento è stato validato dai Ministeri, previa espressione di parere positivo da parte dell' AIFA (parere Ministeri Economia/Finanze 21.12.2011- 0000193-P) .

• ***Manovra di contenimento della spesa farmaceutica territoriale***

Con Decreti commissario ad acta n. 87 del 27.10.2011 s.m.i. e n. 98 del 11.12.2011 viene varata la manovra di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale.

I decreti dispongono le misure di incremento della compartecipazione alla spesa farmaceutica conseguenti all'applicazione di quanto previsto dal comma 4 dell'art. 5 della legge n. 222/2007 introducendo la categoria degli esenti reddito.

Riguardo al risultato di gestione anno 2011, i dati relativi alla spesa farmaceutica territoriale hanno fatto registrare il valore del 13,36% e, sostanzialmente, il rispetto del tetto di detto livello di spesa, determinato per tale anno nel valore pari al 13,3%.

• ***Assegnazione ai Medici di medicina generale dell'obiettivo di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica convenzionata***

Con Decreto commissario ad acta n. 31 del 13.07.2012 viene assegnato ai MMG l'obiettivo di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica convenzionata per l'anno 2012 e seguenti - individuando risultati di performance prescrittiva mediante la promozione di un processo virtuoso diretto alla riduzione di eventuali fenomeni di iperprescrizione e di sottoutilizzazione dei farmaci a brevetto scaduto/equivalenti - con l'obiettivo ultimo di ricondurre la spesa molisana in linea con le regioni più virtuose.

A tal fine , la Regione collega il 100% della quota capitaria regionale ex art. 59, lett. b, commi 15-16-17 dell'ACN con i MMG ad obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica.

∞

Le misure, innanzi descritte e già operative dall'anno 2010, dirette all'incremento dell'appropriatezza prescrittiva nonché alla razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica

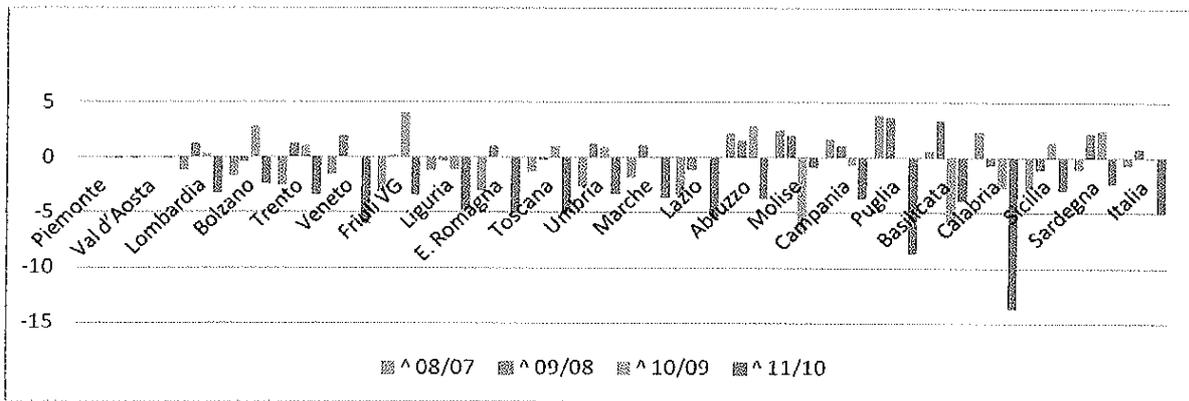


convenzionata/territoriale, hanno prodotto effetti riscontrabili mediante l'analisi dell'indicatore "spesa lorda pro-capite pesata" in termini di andamento registrato dal 2008 al 2011 (cfr. tabella).

Dalla tabella si evince il passaggio da una situazione di criticità registrata nell'anno 2008 vs 2007 e 2009 vs 2008 – con l'indicatore caratterizzato da un delta positivo – ad una situazione virtuosa nell'anno 2010 vs 2009 – con l'indicatore caratterizzato dal delta negativo più basso d'Italia, mantenendo un valore pressoché costante nell'anno 2011 vs 2010.

*Spesa lorda pro capite pesata*

	2008	08/07	2009	09/08	2010	10/09	2011	11/10
Piemonte	197,2	ND	202,0	2,38%	194,0	- 4,12%	182,0	- 6,2%
Val d'Aosta	176,8	- 3,22%	182,0	2,86%	185,9	2,10%	175,7	- 5,5%
Lombardia	195,2	- 1,18	197,6	1,21	198,4	0,40	191,9	- 3,2
Bolzano	149,1	- 1,68	148,5	- 0,40	152,8	2,81	149,0	- 2,5
Trento	164,1	- 2,56	166,2	1,26	167,9	1,01	162,2	- 3,4
Veneto	185,4	- 1,62	189,1	1,96	189,2	0,05	177,6	- 6,1
Friuli VG	185,5	- 3,18	185,8	0,16	193,7	4,08	187,2	- 3,4
Liguria	200,6	- 1,20	199,9	- 0,35	197,8	- 1,06	188,3	- 4,8
E. Romagna	177,4	- 3,04	179,3	1,06	179,4	0,06	170,2	- 5,1
Toscana	175,2	- 1,31	174,8	- 0,23	176,6	1,02	167,7	- 5,0
Umbria	183,0	- 2,62	185,3	1,24	187,1	0,96	180,9	- 3,3
Marche	195,2	- 1,90	197,4	1,11	197,3	- 0,05	190,0	- 3,7
Lazio	250,9	- 3,39	248,2	- 1,09	248,5	0,12	234,4	- 5,7
Abruzzo	220,2	2,23	223,7	1,56	230,5	2,95	221,9	- 3,7
Molise	217,5	2,48	222,1	2,07	207,9	- 6,83	206,1	- 0,9
Campania	239,8	1,71	242,6	1,15	241,0	- 0,66	232,0	- 3,7
Puglia	248,2	3,87	257,8	3,72	257,4	- 0,16	235,0	- 8,7
Basilicata	210,2	0,71	217,7	3,45	205,2	- 6,09	197,1	- 3,9
Calabria	277,0	2,42	275,1	- 0,69	267,8	- 2,73	231,2	- 13,7
Sicilia	265,0	- 2,75	262,1	- 1,11	266,0	1,47	258,1	- 3,0
Sardegna	223,6	- 1,03	228,6	2,19	234,5	2,52	229,0	- 2,4
<b>Italia</b>	<b>213,4</b>	<b>- 0,75</b>	<b>215,3</b>	<b>0,88</b>	<b>215,1</b>	<b>- 0,09</b>	<b>204,3</b>	<b>- 5,00</b>



Fonte dati: rapporti OSMED anni 2008/2011

**Assistenza farmaceutica ospedaliera**

Le principali azioni introdotte sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera sono le seguenti:

- Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera
- Revisione del PTOR e monitoraggio farmaci (dm salute 04.02.2009)
- Centro regionale per la diagnosi precoce dell' artrite reumatoide
- Centri regionali di trattamento e monitoraggio dell' artrite reumatoide
- Centro di trattamento dell'artrite idiopatica giovanile

M

Handwritten signature

- Centri di riferimento regionali per la prescrizione dei medicinali di cui alle determinazioni AIFA concernenti la riclassificazione dei farmaci H OSP 2
- Implementazione e ridefinizione del processo riguardante la gestione dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA e dei farmaci per i quali sussistono accordi extra-sconto.

Nello specifico:

• ***Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera***

Il piano, approvato con Decreto commissario ad acta n. 5 del 10.02.2010, rientra nella più generale strategia di riordino del sistema farmaceutico ospedaliero.

La manovra mira al rispetto della garanzia dei LEA, dei criteri di appropriatezza d'uso dei farmaci e della corretta gestione delle risorse disponibili.

In proposito, va evidenziato il parere favorevole reso dai Ministeri Economia/Finanze (MOLISE- DGPROGR-17.10.2010-00098-P), sulla base della certificazione AIFA in data 01.03.2010, circa l'impianto della manovra, ove emerge il riconoscimento:

- della validità clinico-assistenziale ed organizzativa delle azioni
- dell'obiettivo del miglioramento strutturale dell'efficienza del sistema assistenziale della Regione
- dell'apprezzabile sforzo di trasparente e particolareggiata quantificazione dell'impatto economico dei provvedimenti deliberati

• ***Revisione del PTOR e monitoraggio farmaci (dm salute 04.02.2009)***

Con Decreto commissario ad acta n. 76 del 09.08.2011 viene approvata la "revisione luglio 2011" del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR), oltre a recepire gli effetti sul PTOR dell'accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010, relativamente all'inserimento dei farmaci innovativi.

In particolare, si evidenzia che presso ciascun Presidio Ospedaliero della regione viene istituita la Commissione Terapeutica Ospedaliera (CTO) con il compito di adeguare il PTOR alle esigenze del Presidio Ospedaliero in cui svolge la propria attività e di formulare eventuali istanze di revisione del PTOR alla Commissione Terapeutica Regionale (CTR).

Non vengono formulate dai Ministeri osservazioni sul provvedimento, sentita l'AIFA (parere Ministeri Economia/Finanze 01.06.2012-0000101-P) con evidenziazione della non valutabilità degli effetti economici conseguenti all'adozione del provvedimento.

• ***Centro regionale per la diagnosi precoce dell'artrite reumatoide – Centro regionali di trattamento e monitoraggio dell'artrite reumatoide – Centro di trattamento dell'artrite idiopatica giovanile***

Con Decreti commissario ad acta n. 59 del 13.08.2010, n. 80 del 23.11.2010 e n. 81 del 23.11.2010 sono individuati i Centri in epigrafe – demandando al Direttore Generale dell' ASReM la istituzione del "Gruppo di coordinamento" deputato alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici anti TNF alfa – ed approvate le "linee-guida per l'uso dei farmaci biosimilari". L'individuazione dei Centri regionali di riferimento persegue l'obiettivo di aumentare i livelli di appropriatezza determinando eccellenza in un delicato ambito prescrittivo riferito ai farmaci biologici.

I competenti Ministeri Economia/Finanze hanno reso parere positivo sulla decretazione anzidetta (MOLISE- DGPROGR- 13.09.2011-000133-P).

• ***Centri di riferimento regionali per la prescrizione dei medicinali di cui alle determinazioni AIFA concernenti la riclassificazione dei farmaci H OSP 2***

Con Decreto commissario ad acta n. 78 del 09.08.2011 viene recepita la determinazione AIFA del 2 novembre 2010 con la quale sono stati riclassificati i farmaci ex HOSP2 in fascia A-PHT. La regione individua i Centri prescrittori abilitati alla prescrizione di tali farmaci e le relative strutture sanitarie pubbliche abilitate alla loro dispensazione in regime di distribuzione diretta, in attuazione di quanto disposto all'art. 3 della determinazione AIFA.

Il provvedimento è stato validato dai Ministeri, previa espressione di parere positivo da parte dell' AIFA (parere Ministeri Economia/Finanze 15.03.2012-0000032-P) con evidenziazione della invarianza di spesa per il SSN.

• **Implementazione e ridefinizione del processo riguardante la gestione dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA e dei farmaci per i quali sussistono accordi extra-sconto.**

Con Decreto commissario ad acta n. 72 del 09.08.2011 sono emanate le linee di indirizzo organizzative della gestione, da parte delle strutture sanitarie pubbliche regionali, dei farmaci soggetti a monitoraggio AIFA e/o autorizzati con procedure di rimborsabilità condizionata.

Il provvedimento, di natura sostanzialmente organizzativa, è stato validato dai Ministeri, previa espressione di parere positivo da parte dell' AIFA (parere Ministeri Economia/Finanze 26.01.2012-0000011-P) con evidenziazione della necessità di adesione delle strutture sanitarie pubbliche alla compilazione dei registri AIFA e della valorizzazione dei rimborsi ottenuti dalle Aziende farmaceutiche.

### **Obiettivi strategici**

Sono descritti, nel presente paragrafo, gli interventi operativi individuati sulla base delle attività già programmate nell'ambito del Programma Operativo 2011-2012 in attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e delle ultime novità legislative in materia farmaceutica :

- decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1 convertito con modificazioni nella legge 24 marzo 2012, n. 27 recante "Potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica, accesso alla titolarità delle farmacie, modifica alla disciplina della somministrazione dei farmaci e altre disposizioni in materia sanitaria"
- legge 7 agosto 2012 n. 135, "Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", c.d. "Spending Review"
- decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni con legge 8 novembre 2012, n. 189 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

con l'obiettivo di implementare il processo di qualificazione dell'assistenza farmaceutica e di razionalizzazione/contenimento dei livelli di spesa.

### **Assistenza farmaceutica convenzionata/territoriale**

Le azioni sul versante dell'assistenza farmaceutica convenzionata/territoriale, alla luce di quanto esplicitato nella premessa al presente paragrafo (P.O. 2011-2012 e interventi legislativi di settore), vengono di seguito identificate :

- Sviluppo di un sistema informativo locale e di un sistema per il miglioramento dell' appropriatezza prescrittiva
- Formazione MMG e PLS
- Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto
- Acquisizione diretta ossigeno medicinale
- Implementazione dell' attività di informazione scientifica dipendente ed indipendente sul farmaco



Nello specifico:

- **Sviluppo di un sistema informativo locale e di un sistema di reporting per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.**

*L'azione mira ad assicurare una maggiore appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse da parte di MMG/PLS. A tal fine, la Regione intende prevedere la realizzazione di una banca dati delle prestazioni sanitarie riconducibili al soggetto che ne ha usufruito ed al MMG/PLS scelto. In particolare, l'esistenza di un tale sistema informativo rappresenta il presupposto per monitorare ed intervenire sul ruolo dei medici prescrittori, attraverso la redazione e distribuzione di opportuna reportistica.*

- **Formazione MMG e PLS.**

*A tal proposito la Regione ha in progetto di avviare, con il supporto dell'AIFA, corsi di formazione per MMG/PLS e specialisti, prevedendo la diffusione, mediante apposito strumento, dei principali risultati riscontrati a tutti i MMG/PLS che aderiranno al programma formativo, al fine di promuovere uno strumento di formazione, di confronto e di miglioramento.*

- **Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto**

*Al fine di potenziare gli interventi già posti in essere, l'obiettivo è di incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto appartenenti alle classi/categorie terapeutiche alto spendenti definite da AIFA, in ottemperanza all'art. 11 comma 7b del D.L. 78/2010, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 15, comma 11 bis della legge 135/12.*

- **Acquisizione diretta ossigeno medicinale.**

*Come già descritto alla medesima voce nell'ambito dell'analisi di contesto, la presente azione prevede la definizione del processo di attivazione del servizio di ossigeno terapia in regime di distribuzione diretta.*

- **Implementazione dell'attività di informazione scientifica dipendente ed indipendente sul farmaco**

La presente azione prevede l'implementazione e la messa a regime delle iniziative assunte al fine di perseguire gli obiettivi connessi alla puntuale e corretta attuazione di detto strumento informativo.

La presente azione si sostanzia nelle seguenti attività:

- individuazione e organizzazione del sistema di controllo dell'attività di informazione medico-scientifica promossa dalle aziende farmaceutiche
- piani di incontri tra MMG/PLS e informatori indipendenti
- messa a regime dell'attività di informazione dipendente e indipendente mediante l'emanazione di apposito atto regolatorio.

#### **Assistenza farmaceutica ospedaliera**

Per governare/contenere la dinamica sempre crescente della spesa farmaceutica ospedaliera registrata negli ultimi anni la Regione, ancorché il relativo tetto di spesa sia stato rideterminato nella misura del 3,5% a valere dall'anno 2013 ai sensi dell'art. 15, comma 4, del D.L. 95/2012 convertito in legge 135/2012 (c.d. Spending Review), intende dare attuazione, sempre nel rispetto dei LEA, ad ulteriori interventi strategici per il governo dei principali determinanti di tale voce di spesa.

Le azioni sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, alla luce di quanto esplicitato nella premessa al presente paragrafo (P.O. 2011-2012 e interventi legislativi di settore), vengono di seguito identificate :

- Rafforzamento utilizzo farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari



- Razionalizzazione del processo di approvvigionamento/catena logistica del farmaco e potenziamento del flusso informativo
- Implementazione registri AIFA
- Revisione periodica del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) e del processo decisionale di aggiornamento.

Nello specifico:

- **Rafforzamento utilizzo farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari**

Come già descritto nell'ambito dell'analisi di contesto, con DCA n. 81/2011 sono state emanate le linee-guida in materia di utilizzo dei farmaci biosimilari.

Al fine di potenziare l'utilizzo dei farmaci biotecnologici e/o biosimilari la Regione prevede l'attivazione di ulteriori e specifiche attività di monitoraggio, formazione e informazione rivolte al personale medico interessato ( es. nefrologi, endocrinologi, oncologi ecc. ....).

La Regione avrà, inoltre, il compito di:

- emanare specifici provvedimenti in materia
- definire il budget per centro prescrittore
- coordinare il processo di monitoraggio

- **Razionalizzazione del processo di approvvigionamento/catena logistica del farmaco e potenziamento del flusso informativo.**

La Regione intende provvedere al potenziamento del flusso informativo relativo alle attività di acquisto/consumo dei farmaci nell'ambito ospedaliero in modo da colmare le criticità informative.

Inoltre intende potenziare una serie di interventi volti alla razionalizzazione dell'intero processo di approvvigionamento di prodotti farmaceutici destinati all'assistenza ospedaliera, agendo sulle principali leve di intervento quali prezzo, quantità e logistica.

- **Implementazione registri AIFA**

Come già descritto alla medesima voce nell'ambito dell'analisi di contesto, mediante la presente azione la Regione intende promuovere l'implementazione e la messa a regime dei registri dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA, nonché il consolidamento delle procedure dirette ad ottenere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate, anche in conformità con quanto disposto dall'art. 15, comma 10, del D.L. 95/2012 convertito in legge 135/2012 (c.d. Spending Review).

- **Revisione periodica del PTOR e del processo decisionale di aggiornamento**

In conformità a quanto disposto dall'art. 10, comma 5, del D.L. n. 158/2012, convertito in legge n. 189/2012, con la presente azione la Regione intende promuovere l'aggiornamento periodico, almeno semestrale, del PTOR al fine di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici. La Regione intende, inoltre, procedere alla revisione del processo decisionale di aggiornamento del PTOR in modo da renderlo maggiormente allineato alle specificità dei presidi ospedalieri.

- **Dispositivi medici**

In materia di dispositivi medici, anche al fine di governarne la spesa nel rispetto del tetto di cui al D.L. n. 98/2011 e Legge conversione n. 111/2011 e di quanto previsto dall'art. 15, comma 13, del DL

95/2012 convertito in legge 135/2012 (c.d. Spending Review), la Regione intende attivare, nell'ambito delle CTO, le sub Commissioni Dispositivi Medici (CDM), affidando alle stesse il compito di:

- definire il *Repertorio Aziendale dei Dispositivi Medici (DM)*, a partire dai DM di uso consolidato e diffuso;
- esaminare le richieste di inserimento di nuovi DM nel *Repertorio Aziendale*;
- esprimere pareri sull'inserimento o l'esclusione di DM dal *Repertorio Aziendale*;
- promuovere e sviluppare la vigilanza sui DM;
- analizzare i consumi e la spesa per aree omogenee di utilizzo;
- assicurare l'adozione e l'alimentazione del *flusso informativo di monitoraggio ministeriale dei dati di consumo e spesa dei DM* mediante raggruppamento secondo la CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici);
- effettuare il monitoraggio ed il "*follow up*" dell'uso sicuro ed appropriato dei DM in funzione della destinazione d'uso;
- promuovere ed effettuare corsi di formazione ed eventi di sensibilizzazione per un uso sicuro, economico ed appropriato dei DM.

**Assistenza farmaceutica in rapporto alla previsione di rimodulazione dei tetti di spesa ex D.L. n. 95/2012 e Legge conversione n. 135/2012 (cd. *Spending Review*)**

Ferma restando la programmazione dell'assistenza farmaceutica convenzionata/territoriale ed ospedaliera - come declinata nel paragrafo ad oggetto "obiettivi strategici" - che ha come obiettivo l'implementazione del processo di qualificazione di detti livelli essenziali di assistenza, è di tutta evidenza come il processo di razionalizzazione/contenimento dei livelli di spesa farmaceutica, contraddistinto da elevata dinamicità, sarà adeguato alle manovre previste nei provvedimenti nazionali già emanati e ivi richiamati nonché alle ulteriori disposizioni normative di settore, ove interverranno.

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned at the bottom center of the page.

## F. LE RETI INTEGRATE DEI SERVIZI

La necessaria razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti va considerata come uno strumento di miglioramento complessivo del sistema sanitario regionale e non deve in nessun modo penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino.

L'analisi delle tre reti tiene conto di alcuni elementi di fondo: le reti devono essere strettamente collegate tra loro in modo da rappresentare un modello complessivo ed unitario di sistema, e al contempo ogni rete deve perseguire una serie di obiettivi specifici da raggiungere. Le tre reti sono:

- Emergenza-urgenza
- Ospedaliera
- Territoriale

La prima rete agisce sia sul territorio, sia in sede ospedaliera, e si caratterizza per la necessità di garantire risposte efficaci in tempi rapidi; una caratteristica che spesso viene vista come una criticità e come una penalizzazione rispetto alle altre due reti.

La dislocazione di punti di soccorso è necessariamente molto capillare sul territorio, ma nel contempo richiede anche un'organizzazione in grado di valutare il paziente e di portarlo in modo congruo al posto più idoneo per il trattamento della patologia di cui soffre. I presidi ospedalieri a cui portare il paziente grave devono necessariamente disporre di una serie di capacità diagnostiche e terapeutiche disponibili nell'arco delle 24 ore giornaliere.

La ragione di questo percorso è che l'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie non programmati.

Questa funzione richiede un sistema capillare di "antenne" in grado di fare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato dove si possano effettuare le diagnostiche e le terapie che salvano la vita e che promuovono la possibilità di un recupero successivo ad una esistenza il più possibile normale.

Le attività ospedaliere programmate sono più facili da costruire se la rete ospedaliera soddisfa con tempestività ed efficacia le esigenze dell'emergenza urgenza. Nel momento stesso in cui si disegna una rete ospedaliera in grado di rispondere all'emergenza, si dà anche risposta alla maggior parte dei problemi di accessibilità geografica dei ricoveri programmati.

In tal modo, l'attività ospedaliera rimanente è molto più libera di predisporre una distribuzione in punti strategici scelti dalla Regione, oppure analizzati in una dimensione pubblico-privato atta a fornire delle risposte a tempi di attesa particolari.

In questo contesto è particolarmente importante la definizione delle attività appropriate dei reparti di post-acuzie ospedaliera, che, senza un progetto complessivo di presa in carico del paziente, tende a diventare un punto di cura "a cuscinetto" tra i reparti delle acuzie, il territorio e le attività sociali.

L'analisi dell'appropriatezza dei contatti di cura della rete emergenza-urgenza e dei ricoveri per acuzie e post-acuzie evidenzia la necessità di uno sviluppo della rete territoriale in grado di prendere in carico i pazienti e di disporre di strutture diverse e meno costose di quelle necessarie per le prime due reti. E' ormai chiaro che tutti i sistemi sanitari dovranno affrontare, nei prossimi anni, scenari sempre più caratterizzati da un divario tra risorse disponibili e domanda di salute, destinata a crescere a causa principalmente dell'aumento dell'aspettativa di vita e della maggior incidenza delle patologie croniche. Per affrontare questa sfida, occorre attivare un cambiamento sostanziale delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria ed in particolare serve puntare l'attenzione sull'assistenza territoriale, con minor concentrazione di attività e risorse sulla rete ospedaliera. La rete di emergenza-urgenza fornisce un fondamentale connettore di questo sistema, in quanto deve essere in grado di rispondere ai cittadini su tutto il territorio regionale, garantendo sicurezza e tempestività di intervento. E' altrettanto importante che vi sia appropriatezza nell'utilizzo dei servizi evitando – ad esempio - sovraffollamento dell'area emergenza-urgenza intraospedaliera per patologie di media-bassa criticità clinica che spesso possono trovare

un'adeguata e migliore risposta clinico-assistenziale nell'ambito della rete dei servizi di assistenza primaria, ove adeguatamente strutturata. Tale fenomeno, che a volte si rileva anche per i servizi cui il cittadino accede telefonicamente (numero 118), determina un uso improprio delle strutture e dei servizi che devono essere riservati alle situazioni o condizioni di reale emergenza. E' noto che il ricorso inappropriato ai servizi di pronto soccorso ha diverse motivazioni, tra cui la percezione del cittadino di un bisogno immediato in relazione a prestazioni per lui non differibili, ma in effetti non urgenti. Tale percezione sarà ben minore se il cittadino si sente accolto in una rete di assistenza primaria in grado di anticipare ed intercettare il suo bisogno di salute considerato non differibile.

A tal fine occorre sviluppare nuovi percorsi organizzativi integrati con l'obiettivo di rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute del cittadino, ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, razionalizzare le risorse presenti sul territorio.

Le varie rilevazioni del Ministero della Salute sulla capacità produttiva per i diversi sottolivelli assistenziali del territorio ne evidenzia una carenza nella maggior parte delle regioni sottoposte ai Piani di Rientro.

E' sempre più evidente che la nuova concezione dell'ospedale non può essere quella di una struttura autarchica svincolata dalle altre organizzazioni ospedaliere e territoriali di una regione, bensì è quella di un organismo integrato in un contesto assistenziale sempre più ricco. Altrettanto evidente è che l'assistenza territoriale deve divenire un sistema organico, ma come modello capace di intercettare il bisogno e di offrire una gamma di risposte ai cittadini, tenendo conto che "l'insufficiente coerenza e coordinamento nell'erogazione delle prestazioni delle cure è sicuramente la principale causa dell'inadeguata risposta ai bisogni di salute delle popolazioni" (Indagine OCSE, Hofmarcher, Oxley, Rusticelli, 2007),

Di conseguenza è necessario ridisegnare la rete ospedaliera, centrandola sul modello "Hub & Spoke", ossia un modello organizzativo caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza ad elevata complessità in centri di riferimento regionali (centri hub) supportati da una rete di servizi (centri spoke) cui compete la selezione dei pazienti, e l'eventuale invio ai centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata. Il modello Hub and spoke va realizzato in integrazione con le altre parti del sistema sanitario: la rete dell'emergenza-urgenza e quella del territorio.

Cruciale per la corretta organizzazione dell'assistenza sanitaria è l'adozione di modelli di riferimento (Linee Guida, Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziali, organizzazione per processi) e standard nazionali.

Ulteriore elemento da tenere in considerazione è l'identificazione di percorsi per patologia (trauma, ictus, infarto) che integrano i vari tipi di erogatori ed i vari livelli assistenziali.

### **35. RETE DELLA EMERGENZA-URGENZA**

La definizione della rete dell'emergenza urgenza deve essere affrontata nella consapevolezza che una programmazione in questo settore deve necessariamente considerare non solo le ricadute sull'attività ospedaliera di elezione e su quella territoriale, ma deve prevedere una vera e propria integrazione e dialogo continuo tra le tre reti, che si può ottenere solamente attraverso una programmazione contemporanea e coerente nei tre ambiti. Un obiettivo da perseguire creando e favorendo al massimo gli strumenti anche tecnologici e informatici di dialogo, accessibilità e presa in carico, pur mantenendo rigorosamente separata la mission di ciascuna di esse.

Il rationale di questo percorso è che la rete dell'emergenza-urgenza riveste un ruolo fondamentale per garantire non solo la sicurezza dell'intera popolazione (basti pensare alle potenzialità del sistema 118, dell'elisoccorso, della telemedicina che oggi consente, ad esempio, di collegare tra loro, in tempo reale, le ambulanze, i Medici di continuità assistenziale e gli ospedali di riferimento), ma incide anche sulla razionalità e l'efficienza dell'intero sistema di offerta, la cui qualità percepita da parte della popolazione è fortemente influenzata proprio dal buon funzionamento di questa rete. Pertanto, risulta cruciale una comunicazione corretta ed esaustiva sui processi di riorganizzazione che si intendono realizzare, al fine di

rendere chiaro e comprensibile il miglioramento complessivo ottenibile grazie ad una razionale rimodulazione del sistema di offerta.

Organizzare correttamente la rete dell'emergenza consente, inoltre, di impostare con razionalità la rete ospedaliera, in particolare per quanto riguarda le attività programmate, che possono essere gestite con maggiore efficacia clinica e maggiore efficienza nell'uso "intensivo" delle risorse strutturali e tecnologiche.

La necessaria razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti, dettata dalle esigenze dei piani di rientro, è finalizzata ad un uso razionale ed appropriato dei servizi e delle risorse a disposizione e non deve in nessun modo incidere negativamente sui livelli qualitativi dei servizi per il cittadino.

Utilizzare il solo criterio epidemiologico per ridefinire la rete può non dare sempre risposte efficaci. Questo compito richiede, invece, un sistema capillare di "antenne" sul territorio, in grado di formulare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato, dove si potranno effettuare le diagnostiche e le terapie che salvano la vita e che promuovono la possibilità di un recupero successivo per garantire un'esistenza il più possibile normale. Anche l'organizzazione del sistema di offerta per le attività ospedaliere programmate è più facile se la rete ospedaliera soddisfa con tempestività ed efficacia le esigenze dell'emergenza urgenza.

Obiettivo di piano è definire, in coerenza con le indicazioni del Piano di rientro 2007-2009 e successivo programma operativo 2011-2012 ed avvalendosi del contributo delle Società Scientifiche, quali iniziative specifiche devono essere intraprese riguardo alla rete della emergenza-urgenza, in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, evitando dispersione di risorse umane, mezzi e strumentazioni tecniche e garantendo un'efficace pianificazione e raccordo tra le diverse unità operative dei presidi ospedalieri e tra questi e il territorio, al fine di centrare gli obiettivi di razionalizzazione della spesa in accordo con una modalità di erogazione dei servizi qualitativamente migliore e più razionale.

Tutto ciò nell'ambito di un progetto di più ampio respiro, già avviato ed indirizzato correttamente all'interno dei decreti del Commissario ad acta che forniscono i criteri e gli elementi di base per la riorganizzazione della rete ospedaliera nel suo complesso e della rete di emergenza territoriale, in modo che le stesse siano fortemente integrate tra di loro.

In accordo con le linee guida condivise con l'AGENAS e con le Direttive Ministeriali, il percorso prevede il coordinamento in capo all'Assessorato alla Sanità, che si avvale del Direttore della Centrale Operativa 118, dei Direttori del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) e dei Direttori di distretto, nelle loro distinte funzioni per le caratteristiche peculiari di programmazione, e congiuntamente nella definizione di protocolli, linee guida e definizione di percorsi di interazione comuni ai tre ambiti (Emergenza territoriale, Emergenza Ospedaliera, Assistenza Primaria).

In particolare va individuato un settore regionale unico di riferimento per l'emergenza sanitaria (ospedaliera, territoriale - 118, continuità assistenziale) operante presso l'Assessorato alla salute con il compito di gestione delle linee guida regionali, di assegnazione dei finanziamenti / budget e di controllo complessivo del sistema composto da:

- un servizio 118, punto di riferimento per tutte le attività di emergenza territoriale-118 (dalla Centrale operativa, ai mezzi di soccorso ivi compresi elisoccorso, personale, logistica dei presidi e farmaceutica), con finanziamento dedicato;
- DEA con budget assegnato ai rispettivi presidi ospedalieri della ASREM.

Il settore regionale unico per l'emergenza si avvale di: un organismo funzionale di coordinamento, formato dal Direttore della Centrale Operativa afferenti al 118 unitamente ai Direttori dei Dipartimenti di Emergenza; gruppi di lavoro specifici da attivare gradualmente per definire forme e modalità di coinvolgimento delle diverse discipline nell'organizzazione della rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc).

In quest'ambito sono obiettivi specifici:



- l'individuazione delle priorità sulle rivisitazioni organizzative del sistema dell'emergenza a breve-medio-lungo termine quali: rete radio regionale digitale integrata anche con i settori di protezione civile;
- la definizione a livello regionale della rete dei mezzi di soccorso, dei servizi di Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (in armonia con il modello integrato di rete e con la corretta organizzazione degli ospedali Hub, Spoke e dei servizi di Pronto Soccorso), indicando i parametri numerici di riferimento;
- definizione di un criterio per la definizione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata e di base e dei punti di primo intervento indicando i parametri numerici di riferimento;
- definizione di una modulistica unica e compatibile per la Centrale operativa 118 e i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA);
- istituzione di un sistema informatico omogeneo e dialogante per 118 e DEA in linea con i tracciati ministeriali del flusso informativo "EMUR", di cui al DM 17 dicembre 2008 "Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza";
- definizione della funzione di triage e relativi protocolli, in accordo con la normativa nazionale, dalle linee guida ministeriali sull'emergenza-urgenza n.1/1996, allo specifico Accordo Stato-Regioni del 25 ottobre 2001 di approvazione delle Linee guida sul triage intraospedaliero - valutazione della gravità all'ingresso;
- definizione delle postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, integrazione con il sistema dell'emergenza e delle cure primarie);
- definizione dei percorsi per la gestione dei codici bianchi;
- definizione di linee guida e protocolli organizzativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti secondari urgenti;
- definizione della rete delle patologie complesse;
- definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale delle elisuperfici a servizio delle destinazioni sanitarie;
- organizzazione del soccorso sanitario costiero, nella considerazione delle esperienze attualmente in atto, e nelle località montane in occasione dell'iperafflusso stagionale;
- linee guida per la gestione degli incidenti maggiori e maxi-emergenze;
- definizione degli indicatori per la verifica e la valutazione delle attività facendo riferimento ai manuali di accreditamento, alle norme di legge ed ai criteri definiti dalle Società Scientifiche di settore.

Di seguito è affrontato il contesto attuale e la proposta di piano per le principali componenti della rete di emergenza:

- a) l'emergenza territoriale: la centrale operativa 118; le postazioni territoriali;
- b) l'emergenza ospedaliera

#### a) *La rete di emergenza territoriale*

##### a1) *La centrale operativa 118 del Molise (Sistema di Emergenza Territoriale 118 - SET-118)*

La risposta della centrale Operativa 118 si concretizza principalmente nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei.

La Centrale 118 è stata individuata dalla normativa regionale come unitaria per l'intero bacino di utenza regionale (DGR n. 1788 del 30 maggio 1996 di attivazione del "118" del Molise e DGR n. 833 del 15 giugno 1998 che la denomina "Centrale Operativa 118 - Servizio di Emergenza Territoriale "Molise Soccorso"). E' un'Unità operativa complessa inserita nel DEA di II livello di Campobasso e gestisce, con procedure condivise, l'attività di emergenza territoriale su tutto il territorio, tramite ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo e tutti gli eventuali altri mezzi, medicalizzati e non, che intervengono nel soccorso sanitario.

La Regione provvede a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto delle indicazioni nazionali e degli standard previsti in sede di conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali.

La necessaria razionalizzazione e riduzione delle postazioni non può basarsi su un criterio di tipo semplicistico, che si limiti alla considerazione della quantità degli interventi e/o dei chilometri percorsi, che da solo porterebbe a gravi squilibri di copertura territoriale; occorre avviare un lavoro tecnico assai più complesso, che non può prescindere, per nessuna ragione, da alcuni fattori tutti egualmente determinanti:

- l'utilizzo di un criterio omogeneo e razionale stabilito a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità per assicurare la copertura del territorio con i mezzi medicalizzati, attorno ai quali si dispone poi la rete delle ambulanze di base;
- lo svolgimento di incontri di informazione e condivisione con le istituzioni che governano il territorio, al fine di evitare visioni localistiche, che squilibrano il sistema.

Come già evidenziato, la Regione Molise, in attuazione del D.P.R. 27 marzo 1992, ha definito nel corso degli anni e con specifiche normative, la Centrale Operativa 118 "Molise Soccorso" come unitaria in ambito regionale, assegnando all'Ospedale di Campobasso le funzioni proprie del Sistema di allarme sanitario. La stessa opera in collegamento diretto con le postazioni territoriali e con gli ospedali (Servizi di Pronto Soccorso, UTIC, Rianimazione, Neonatologia) e coordina gli eventuali mezzi aerei impiegati, il trasporto organi, farmaci ed équipe sanitarie.

La Centrale Operativa 118 è strutturalmente organizzata per il coordinamento e la gestione delle tecnologie sanitarie delle maxi emergenze, eventi NBCR (Nucleari, Biologici, Chimici, Radiologici), catastrofi.

L'obiettivo primario rimane quello di garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati al problema prioritario di salute espresso dal cittadino, ma nel contempo si persegue l'ottimizzazione dei tempi, la razionalizzazione degli interventi e l'inserimento sempre maggiore di protocolli di attività condivisi e rispondenti agli standard.

Il sistema risponde in media a 75.000 chiamate l'anno, che hanno generato circa 27.500 interventi sanitari con coordinamento dei mezzi a terra e 10 interventi con mezzi aerei.

La Centrale Operativa 118 coordina 23.909 interventi anno (dato 2011) con invio di mezzo, di cui trasportati in ospedale n. 11.276, trattati a domicilio n. 12.633. Inoltre sono state gestiti n. 674 interventi risolti con consulto telefonico e n. 2.982 indirizzati a diverso setting assistenziale.

Si evidenzia che il numero di interventi con chiamata al 118 coordinati e gestiti per criticità è stato nell'anno 2011 pari a:

Codici di invio:

- n. 3.483 con codice di gravità bianco in ingresso gestite con consigi telefonici senza intervento (14,57%);
- n. 5.084 con il codice di gravità di invio verde (6,70%);
- n. 15.358 con codice di gravità di invio giallo (64,24%);
- n. 3.467 con codice di gravità di invio rosso (14,50%);

Codici di rientro:

- n. 1.611 con codice di gravità di rientro bianco (6,74%);
- n. 10.689 con codice di gravità di rientro verde (44,71%);
- n. 10.564 con codice di gravità di rientro giallo (42,93%);
- n. 960 con codice di gravità di rientro rosso (4,02%);
- n. 385 deceduti (1,61%).

L'intera attività operativa della Centrale 118 in Molise è garantita con un omogeneo supporto informatico, appositamente studiato e dotato di elevata affidabilità, con un alto livello di capacità di protezione dei dati. La comunicazione fra le varie strutture interessate all'evento (trasmissione dati clinici, quali ECG, dati paziente ecc.), sarà ulteriormente implementata per consentire la trasmissione di dati clinici e strumentali, sviluppando e migliorando i protocolli sanitari impiegati nel servizio di emergenza-urgenza attraverso la tecnologia di cui si è già dotata.

La peculiarità della Centrale Operativa 118 unica della Regione Molise, che copre un bacino di utenza limitato, rispetto a quello orientativamente ottimale di 0,6-1,2 milioni di abitanti, che imporrà onerosi investimenti nelle tecnologie di supporto e nelle dotazioni di personale, dovrà essere compensata con una assoluta appropriatezza della funzione di triage per ottimizzare l'uso delle risorse.

Gradualmente, in linea con lo sviluppo delle direttive nazionali, dovranno essere individuate e valorizzate le funzioni aggiuntive da attribuirsi alla Centrale Operativa, tenendo conto delle linee di indirizzo ministeriali del luglio 2011, concernenti "Continuità delle cure in un sistema integrato – Modelli organizzativi 118 e continuità assistenziale", integrative dell'Accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011, in coerenza con le indicazioni europee che prevedono l'istituzione del numero unico "116117" per il bisogno di assistenza medica non urgente. La Centrale operativa dovrà adottare modalità operative che privilegino l'integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali in una logica di rete, per garantire la presa in carico delle persone con cronicità o bisogni sociosanitari complessi nell'ambito dell'assistenza primaria.

La centrale operativa 118 potrà progressivamente gestire, con forti opzioni di rinnovamento, le seguenti attività:

- servizio di Emergenza Urgenza Territoriale favorendo i rapporti con le diverse istituzioni coinvolte nella gestione dell'emergenza-urgenza anche in vista del progressivo adeguamento al numero unico europeo 112, di imminente attivazione;
- gestione delle Attività connesse alle Maxiemergenze;
- gestione del Servizio di Trasporto Secondario Interospedaliero Protetto di Paziente Critico, compreso il coordinamento del trasporto interospedaliero neo-natale;
- cogestione del trasporto organi ed équipe sanitaria per le attività di espanto organi;
- cogestione del Servizio di Continuità Assistenziale;
- eventuale gestione o cogestione dei trasporti ordinari (i trasporti ordinari tra ospedali saranno messi in capo alla Centrale operativa 118, con conseguente razionalizzazione dei servizi e delle convenzioni in essere nei vari presidi ospedalieri e previa definizione di precisi protocolli tra le Direzioni Sanitarie di presidio e il Direttore della Centrale 118, approvati dalla ASREM e validati dalla Regione).

La formazione degli operatori del 118 e dell'emergenza ospedaliera (medici e infermieri), compreso il personale volontario e dipendente non sanitario, è in capo alla Regione Molise che ha la esclusiva Certificazione, e deve essere effettuata attraverso il necessario coinvolgimento della Centrale 118 e dei Dea di primo e di secondo livello.

#### *a2) Le postazioni territoriali della Regione Molise*

Il sistema dell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della Regione Molise ha un'articolazione territoriale progettata nella seconda metà degli anni novanta.

In quegli anni, il fabbisogno delle postazioni di soccorso avanzato veniva approvato dalla già citata deliberazione della Giunta regionale del Molise 30 maggio 1996, n. 1788, che individuava il numero massimo di ambulanze di soccorso avanzato per ognuna delle aziende sanitarie locali allora presenti sul territorio regionale, sulla base di indicatori quali: il numero di abitanti, il territorio di competenza, i tempi di percorrenza ed alcuni correttivi tra cui l'orografia del territorio, le vie di comunicazione, flussi turistici stagionali, la distribuzione dei presidi ospedalieri dotati di DEA o Pronto soccorso.

La definizione del fabbisogno di ambulanze medicalizzate utilizzava i criteri classici: estensione territoriale (circa 300 kmq per ogni postazione territoriale); viabilità e tempi di percorrenza (max. 20-30 min. per

raggiungere le aree periferiche estreme del territorio con popolazione sparsa afferente ad ogni postazione) tenendo conto delle difficoltà orografiche e climatiche (vie interne montuose e collinari tortuose ed impervie, clima ostile in buona parte dell'anno); densità abitativa e popolazione servita (mediamente 70-80 ab./kmq.).

Dal 1996 la strategia organizzativa della Regione Molise per la dislocazione delle postazioni di soccorso avanzato conferma l'assetto approvato con la citata delibera regionale.

Il numero di postazioni di soccorso con personale medico ed infermieristico a bordo, alla data del 31 dicembre 2011, è di n. 16 Mezzi di Soccorso Avanzato (M.S.A.) con operatività giornaliera h. 24 . Non vi sono ad oggi postazioni di base.

Il personale delle 16 postazioni avanzate, all'occorrenza si sdoppia e va costituire l'automedica (dotata di medico ed infermiere) o l'ambulanza di base (con due soccorritori volontari) in rapporto alle esigenze del tipo di intervento da praticare, sulla base di specifici protocolli e potendo contare, quali mezzi di trasporto, sull'ambulanza o sull'automedica.

Secondo i criteri di determinazione del fabbisogno di postazioni avanzate, secondo la seguente formula:

$$(P.R.P. : 60.000) + (P.R.M : 40.000) \quad (S.P.: 350 \text{ Kmq.}) + (S.M. : 300 \text{ Kmq.})$$

----- + ----- = numero MSA

2

2

dove:

P.R.P. = Popolazione residente in area di pianura

P.R.M. = Popolazione residente in area montana e pedemontana.

S.P. = Superficie pianura

S.M. = Superficie montana

M.S.A. = mezzo di soccorso avanzato sia nella forma di auto medica (A.S.A.), ambulanza di soccorso avanzato (M.S.A.), ambulanza di soccorso avanzato di base (M.S.A.B.).

Il Molise avrebbe dovuto prevedere 12 postazioni di soccorso con personale medico e infermieristico a bordo, che sono state incrementate a 16 in considerazione delle vie di comunicazione, i flussi urbani di traffico e i vincoli orografici. Anche l'analisi condotta sul numero e sui tempi degli interventi svolti, già precedentemente descritti, in particolare sui codici di gravità giallo-rossi, conferma la congruità del fabbisogno di 16 postazioni.

Tutto ciò anche in considerazione dell'indicazione dell'AGENAS di rafforzare la rete territoriale di soccorso come condizione essenziale - ancorché transitoria - per garantire i livelli di assistenza in urgenza durante la riorganizzazione della rete ospedaliera, in un contesto che vede il territorio ancora non completamente organizzato. Inoltre, il maggior numero di ambulanze consente di garantire con i medesimi mezzi ulteriori funzioni, quali i trasporti secondari urgenti e, almeno in parte, i trasporti ordinari, la cui gestione deve essere separata e regolata da appositi protocolli operativi, da quella dei trasporti di emergenza.

Le tre aree d'intervento suddividono la popolazione residente (dati Istat 1/1/2011) in tre bacini d'utenza: Campobasso, Isernia, Termoli, ciascuno con popolazione ed estensione territoriale complessivamente equivalenti.

### L'elisoccorso

La regione Molise, in base ad accordo stipulato con la regione Abruzzo, dispone di un servizio di elisoccorso, che nel termine di esecuzione del presente piano triennale, dovrà essere ulteriormente rafforzato,



allestendo elisuperfici o altri siti attrezzati per l'atterraggio, per fronteggiare eventi eccezionali, durante periodi stagionali con difficili condizioni climatiche per la viabilità ordinaria, e – in ogni caso – per tutti gli interventi di soccorso che richiedono tempestività di trasferimento non altrimenti risolvibile.

Tale piano potrà trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente alle destinazioni collegate all'attività HEMS (Servizio medico di emergenza con elicotteri) e alle relative norme operative, che riguardano quei siti, individuati a diversi livelli, su cui si svolgono le manovre di decollo e atterraggio degli elicotteri. In adesione a quanto già previsto nelle JAR-OPS 3 (la normativa internazionale di riferimento), anche la normativa italiana recepisce in proposito la distinzione seguente:

- destinazioni sanitarie (ospedali HUB);
- elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;
- elisuperfici a servizio di comunità isolate;
- siti HEMS.

Il nuovo modello organizzativo, fermo restando che le ambulanze sono fornite da associazioni di volontariato, determina il seguente fabbisogno di personale:

- n° 96 unità infermieri a tempo pieno, per le postazioni territoriali
- n° 96 unità medico, per le postazioni territoriali
- n. 1 postazione per il Soccorso sanitario costiero, elisoccorso, maxiemergenze, centri antiveleni, in coordinamento con le regioni viciniori, così come per le altre funzioni interregionali da presidiare con personale reperibile.

### *a3) La Continuità Assistenziale*

La razionalizzazione dovrà opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate presso la Centrale Operativa 118, con apposito nucleo di gestione delle stesse.

Dovranno essere messe a disposizione della Continuità Assistenziale le stesse dotazioni tecnologiche della Centrale Operativa 118, con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza.

Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale, come specificato nel relativo paragrafo, riorganizzando il servizio in funzione di una più razionale ed appropriata rete territoriale e ospedaliera dell'emergenza.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite nel momento in cui il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal già citato D.M. 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (GU n. 9 del 13 gennaio 2009), andrà a regime.

Ferma restando l'allocazione dei Centralini di chiamata della Continuità assistenziale presso la Centrale Operativa 118, la rete delle postazioni potrà essere integrata nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA). E' da prevedere un'adeguata formazione dei Medici di continuità assistenziale come risorsa integrativa dei PTA e come interfaccia con il sistema di emergenza.

### **b) la rete della emergenza ospedaliera**

#### Premessa metodologica

Per quanto riguarda la rete della emergenza ospedaliera, si fa riferimento ai *criteri proposti da Agenas (Monitor, n. 27 del 2011), rivisti alla luce degli interventi legislativi per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (c.d. "Spending Review") di cui al decreto legge n. 95 del 2012 convertito nella legge 135 del 2012, art. 15, che ha, tra l'altro, operato una riduzione degli standard sulla dotazione media regionale dei posti letto ospedalieri posti a carico del SSN, fissato in 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,7 dedicato alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.*



Dal punto di vista generale, i citati criteri organizzativi individuano un Centro "HUB" ogni 600.000-1.200.000 abitanti e uno "Spoke" in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza intorno a 150.000 – 300.000 abitanti, stabilendo altresì che, qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di D.E.A. superi i 60 minuti, il centro "HUB" può fungere anche da "Spoke" per il bacino di competenza.

Nel ribadire la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione come asse portante dell'organizzazione del soccorso, occorre prevedere un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza.

In questo contesto, gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera devono divenire una vera e propria Rete di risorse professionali che secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, sia messa in grado di spalmare le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza. In particolare dai centri di eccellenza (D.E.A. zonali e sovrazonali), caratterizzati da elevati livelli tecnologici e competenze di alto livello, deve svilupparsi una funzione vasta di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di D.E.A. e dei punti di primo intervento che dovranno essere direttamente collegati allo "Spoke" di competenza.

### **Funzioni di HUB**

In generale le funzioni per i Centri "HUB", previste come già si è detto per un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, possono essere erogate anche da un unico presidio ospedaliero o da diversi presidi aggregati in poli.

L'Ospedale deve essere dotato, oltre che delle funzioni previste per il Centro "Spoke", anche delle strutture che attengono alle discipline a maggiore complessità, non previste nel Centro "Spoke" o comunque non in tutti i Centri "Spoke".

In particolare, le strutture previste esclusivamente nel Centro "HUB" sono rappresentate dalla Terapia Intensiva Neonatale con annesso Servizio di Trasporto Neonatale, nell'ambito di un Punto Nascita di II° livello, un centro funzionale di riferimento per il Trauma Maggiore realizzato attraverso la cooperazione delle strutture interessate, l'unità di Neurologia con annessa unità per lo Stroke, un centro di Chirurgia Cardiovascolare, un'unità di Terapia Intensiva cardiologica con annesso laboratorio di Emodinamica Interventistica, un'unità di Malattie Infettive con Isolamento.

Visto il ridotto bacino di utenza dell'ospedale Hub rispetto ai parametri metodologici, è consigliabile prevedere per le specialità di alta complessità tecnologica e che richiedono particolari volumi di attività non garantiti dalla domanda, accordi con regioni limitrofe, potenziando i servizi di trasporto in urgenza.

Devono essere presenti o disponibili H. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Il Pronto Soccorso del Centro "HUB" deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e di letti per la Terapia Subintensiva, anche a carattere multidisciplinare.

Le funzioni attribuite al Centro "HUB" del Molise sono integrate dalle funzioni particolarmente specifiche, svolte in un unico Centro sovra regionale in accordo con Regioni limitrofe (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Trattamento delle Amputazioni, Microchirurgia, Chirurgia della mano, , Centro Antiveneni), perché tali attività non presenti nella nostra Regione vanno allocate nei presidi che sono riferimento per le reti delle patologie complesse (nello specifico rete del politrauma).

Analogamente tutta una serie di funzioni specialistiche mediche e chirurgiche, sebbene non strettamente collegate all'emergenza (Trapianti, Centro rete Oncologica, ecc.) vanno collocate presso un HUB a valenza sovra regionale, in funzione del volume di attività.

Per queste patologie devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alla Centrale Operativa 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto.

### ***Funzioni di "SPOKE"***

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di "Spoke" ", previste come già si è detto per un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Centro HUB o al Polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

È ubicato in un Presidio Ospedaliero che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio – alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Il Personale medico è costituito da Medici della disciplina Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, operante in guardia attiva. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

L'Ospedale è dotato di Struttura di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Endoscopia in Urgenza, Psichiatria.

Son presenti o disponibili h. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Medicina trasfusionale.

Le funzioni proprie del Centro "Spoke" possono essere, nella fase di riorganizzazione, anche erogate da più strutture integrate su più presidi.

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri HUB o occasionalmente in Centri Sovraregionali, gestiti in accordo con la Centrale Operativa 118. A questo proposito si rende necessario l'affidamento al sistema 118 della gestione dei trasferimenti secondari urgenti.

### ***Punti di Primo Intervento (PPI)***

Sono Punti di primo intervento (PPI) le postazioni del servizio 118 con autoambulanza, dotata di personale medico ed infermieristico (MSA), operanti nell'arco delle 24 ore giornaliere, che dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto soccorso dell'ospedale di riferimento.

I Punti di primo intervento, situati negli ospedali riconvertiti di Agnone, Larino e Venafrò, dove è stimata una casistica inferiore a 6.000 accessi annui, potranno fornire prestazioni ambulatoriali per situazioni di minore criticità, avvalendosi di ambienti e dotazioni tecnologiche idonee. Sono assegnati fin dall'inizio alla gestione del 118 ed a regime, presumibilmente entro un anno dalla loro attivazione, saranno trasformati in postazioni medicalizzate del 118.

Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema "118".

Per garantire un corretto funzionamento della rete dell'emergenza-urgenza risulta più che sufficiente l'apporto dei tre presidi ospedalieri di Campobasso, Termoli ed Isernia con la concentrazione in questi presidi delle attività sanitarie dell'intera regione.



Di conseguenza la rete della emergenza-urgenza della regione Molise, anche alla luce dei parametri sopra esposti, si articola sinteticamente così:

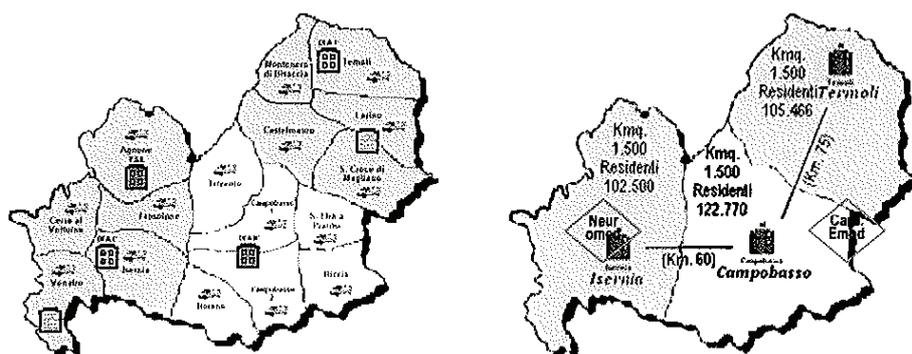
HUB	SPOKE	PRESIDI TERRITORIALI
CAMPOBASSO	TERMOLI	LARINO
	ISERNIA	AGNONE --VENAFRO

Si conferma, pertanto, nell'ambito del presente Piano, l'obiettivo – già presente nel Piano di rientro 2007-2009 e successivo programma operativo 2011-2012 - della riconversione degli ospedali di Agnone, Larino e Venafro che da ospedali per acuti si trasformano in Presidi di Assistenza Territoriale, mantenendo le funzioni ospedaliere per Lungodegenza e Riabilitazione.

Nei presidi riconvertiti sono allocate le funzioni distrettuali relative all'assistenza primaria, avendo cura di separare rigorosamente la rete della emergenza urgenza in capo al 118 dalla rete territoriale, allo scopo di evitare pericolose ambiguità per il cittadino e ulteriori implementazioni di risorse impropriamente utilizzate.

In particolare, l'ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso è sede di DEA di II Livello, mentre gli ospedali di Isernia e di Termoli, che assorbiranno le funzioni degli ospedali riconvertiti, rispettivamente di Agnone e Venafro per Isernia e di Larino per Termoli, assumeranno il ruolo di ospedali sede di DEA di I<sup>^</sup>, livello dovendo servire ognuno di essi un'area di circa 1.500 kmq. ed una popolazione residente di circa 100.000 residenti.

La seguente rappresentazione grafica sintetizza l'organizzazione data alla rete di emergenza della Regione Molise con l'integrazione tra SET-118, presidi ospedalieri ed istituti di alta specialità.



Alla costituzione della Rete per l'Emergenza concorrono l'IRCCS Neuromed, per la sua vocazione alle Neuroscienze, e la Fondazione di ricerca e cura "Giovanni Paolo II", per la sua caratteristica di centro di Cardiocirurgia e di Emodinamica Interventistica.

Per tutte le altre specialità non presenti in regione si farà riferimento ai centri delle regioni limitrofe attraverso accordi e protocolli concordati.

In questa organizzazione, va previsto di individuare, quali componenti minime del DEA di I Livello (Spoke) le Unità Operative Complesse (U.O.C.) di:

*Mi*

*R*

- Medicina e Chirurgia di Accettazione d'Urgenza – P.S ( Pronto Soccorso);
- Anestesia e Rianimazione.

mentre nel DEA di II Livello, (HUB) le U.O.C. di:

- Medicina e Chirurgia di Accettazione d'Urgenza – P.S ( Pronto Soccorso);
- Anestesia e Rianimazione;
- Centrale Operativa – Servizio di Emergenza Territoriale e"118"

Per queste U.O. sarà presente la guardia attiva, mentre per tutte le altre specialità sarà possibile, in base ai carichi di lavoro, tenere guardie in reperibilità domiciliare.

### **36. La Rete Ospedaliera**

La fisionomia ed il ruolo dell' "ospedale" nell'attuale panorama sta radicalmente mutando, trasformandosi gradualmente, da luogo di riferimento per qualsiasi problema di una certa rilevanza di natura sanitaria e spesso socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico in grado di fornire risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico a problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità.

Tale specifica caratterizzazione del ruolo dell'ospedale nel complesso della rete assistenziale sanitaria, richiede coerenti programmi di riassetto strutturale e di riqualificazione dell'intera offerta, unitamente a programmi di prevenzione, al potenziamento dell'assistenza territoriale, all'integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza-urgenza, nonché all'incremento del grado di appropriatezza, rispetto al quale risulta prioritario:

- attuare processi di deospedalizzazione, favorendo il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale;
- promuovere la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni con conseguente loro trasformazione nei nuovi modelli di offerta territoriale;
- sviluppare il sistema dell'assistenza domiciliare;
- incrementare le strutture residenziali per la riabilitazione e gli anziani non autosufficienti;
- sviluppare, anche attraverso adeguate politiche di aggiornamento e formazione, quello che è stato definito lo spazio del «governo clinico»;
- rimodulare il sistema di remunerazione per scoraggiare artificiose induzioni di domanda;
- implementare ulteriormente il sistema informativo finalizzato all'incremento non solo dell'efficienza ma anche della qualità, in grado di generare un adeguato set di indicatori.

#### ***Le indicazioni sulla razionalizzazione della rete ospedaliera***

Lo sviluppo e l'implementazione delle reti ospedaliere e dei processi assistenziali rappresentano un adempimento essenziale del sistema sanitario nazionale al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema sì da garantire l'integrazione dei percorsi assistenziali per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici.

Le reti sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema perché consentono, tra l'altro, la possibilità di erogare al paziente la continuità delle cure, l'assistenza integrata in termini multidisciplinari e pluriprofessionali, la differenziazione dei contributi professionali; l'utilizzo più efficiente dei sistemi di staff, la condivisione di *good e best practice*, la maggiore equità di accesso ai servizi, la centralizzazione del paziente nel percorso di cura, maggiori disponibilità di risorse; economie di scala, la

condivisione dei costi di ricerca e sviluppo, la maggiore circolazione delle informazioni, con conseguente accelerazione dei processi di diffusione dell'innovazione.

Le reti, inoltre, costituiscono il presupposto per il concretizzarsi di un diritto alla salute equo, nonché per contrastare le disuguaglianze assistenziali, ancor più accentuate nell'attuale scenario in cui, a seguito dell'emergere di nuove prospettive aperte dalle recenti ricerche scientifiche, necessita, da un lato, tendere al progressivo specializzarsi di alcune parti del sistema, dall'altro, contrarre i costi a causa dell'indebolimento dei sistemi di *welfare*.

L'affermarsi delle logiche di rete costituisce, dunque, lo strumento per mantenere vivi i requisiti di equità ed etica che da sempre caratterizzano il sistema sanitario italiano.

Secondo le indicazioni contenute nella proposta di PSN 2011-2013, tra le varie reti occorre dapprima affrontare la rete dell'emergenza-urgenza, in termini di risposta territoriale ed ospedaliera, poi la rete ospedaliera e successivamente le reti cliniche.

In particolare, tra le reti che vedono coinvolti il 118 ed il sistema ospedaliero deputato all'emergenza, vanno considerate prioritarie le reti assistenziali per le patologie tempo-dipendenti, rappresentate dalle reti per l'Arresto cardiaco, per la Sindrome Coronarica Acuta, per lo Stroke, per il trauma maggiore e per le insufficienze respiratorie. Tali reti, insieme alla rete per l'emergenza neonatale e per il trasporto materno assistito, per le quali il riferimento resta il centro Hub di Campobasso, sono state già definite nelle linee generali ed è stato rinviato al comitato di coordinamento regionale per l'emergenza la definizione dei dettagli operativi e del ruolo dei centri Spoke.

La riorganizzazione della rete ospedaliera si inserisce, dunque, nel più ampio progetto di riequilibrio con le altre componenti dell'assistenza sanitaria, quali, in particolar modo, la prevenzione e l'assistenza territoriale, nell'ottica del rispetto del principio di equità. In tale contesto un ruolo fondamentale assume la riconversione dei piccoli ospedali, per i quali, attesa la concreta ed effettiva difficoltà ad acquisire determinate caratteristiche di complessità, è necessario prevedere lo sviluppo di una duplice integrazione, vale a dire verso gli ospedali maggiori e verso le funzioni assistenziali distrettuali, al contempo salvaguardando il patrimonio culturale ed imprenditoriale che essi rappresentano per le comunità locali, per le quali costituiscono una importante risorsa.

La razionalizzazione della rete ospedaliera comporta la necessità di stabilire il fabbisogno di prestazioni per specialità ed area geografica, il corrispondente numero di posti letto e di strutture organizzative, nonché l'organizzazione dei singoli presidi sulla base di parametri condivisi.

La razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni ospedaliere e l'incremento delle attività in ricovero diurno consentirà di portare a termine, nelle Regioni in cui il processo non è ancora concluso, la riorganizzazione della rete ospedaliera, adeguando la funzionalità e la dotazione di posti letto regionali agli standard previsti dalla normativa vigente.

### ***Le linee evolutive del sistema ospedaliero della regione Molise***

La riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Molise si inserisce nell'ambito di un processo di rimodulazione avviato dal Piano di rientro 2007-2009 e successivo programma operativo 2011-2012 2007/2009, approvato con deliberazione di G.R. n. 362 in data 27/03/07 e con la legge regionale 9 maggio 2008, n. 12, articolo 19, comma 2, in cui lo sviluppo della rete ospedaliera e la riduzione del tasso di ospedalizzazione già costituivano obiettivi specifici ed operativi.

Le prime linee di indirizzo in materia di posti letto sono state fornite con deliberazione di G.R. n. 167 in data 27/02/07 recante: *"Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005. Adempimenti 2005 3.1 e 3.2 e integrazione Programma operativo triennio 2007/2009 accordo ai sensi dell'art. 1, comma 180, della L. 311/04. Chiusura dei posti letto e adozione dello standard dei 4,5 + 0,5% posti letto per 1000 abitanti per il riordino posti letto rete ospedaliera regionale"*, emanata in corso di elaborazione del Piano di rientro, come successivamente integrata con deliberazione di

G.R. n. 283 in data 20/03/09: "P.O. di rientro 2007/2009. Obiettivo specifico 11. Obiettivo operativo 11.1 Rimodulazione rete ospedaliera anno 2009. Provvedimenti."

La rimodulazione in parola è stata, inoltre, oggetto della successiva programmazione di carattere generale costituita dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010, approvato con Legge regionale del 26 novembre 2000, n. 34 recante modifiche alla legge regionale 1 aprile 2005, n. 9 avente ad oggetto: "Riordino del Servizio sanitario Regionale", che dedica un'apposita sezione al riassetto della rete ospedaliera regionale.

Sinteticamente, la metodologia seguita dal Piano di Rientro 2007 – 2009 e dal precedente Piano sanitario regionale è stata basata sui seguenti criteri: valutazione della dotazione dei posti letto per struttura; tasso di ospedalizzazione per distretto di residenza; tasso di ospedalizzazione regionale articolato tra ricoveri regionali ed extraregionali, in mobilità passiva; rapporto tra mobilità attiva e passiva; prevalenza dei DRG potenzialmente inappropriati.

La stessa avrebbe dovuto determinare la chiusura di 362 posti letto ospedalieri nel corso del triennio 2007 – 2009, tale da ricondurre la dotazione ospedaliera regionale da un numero di 1883 pp.II. attivati a quello di n. 1521.

In seguito al Commissariamento della Sanità, il Commissario ad *acta*, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24/07/09, è stato incaricato di procedere alla realizzazione di tutta una serie di interventi per il ripiano del debito sanitario tra i quali, al punto 2) *il riassetto della rete ospedaliera, secondo un'analisi del fabbisogno e la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.*

Tale obiettivo ha costituito, tra l'altro, adempimento a quanto stabilito dall'art. 8 *quater*, del D.Lgs. 502/92, e dalla Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007) all' art. 1, comma 796, lettere s) t) ed u), in combinato disposto, in ordine alla necessità di addivenire ad una ricognizione del fabbisogno delle strutture accreditate per prestazioni di assistenza ospedaliera.

Nel contempo, in data 3 dicembre 2009, è stato stipulato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, il nuovo Patto per la Salute, per gli anni 2010-2012, recepito nella Legge Finanziaria per il 2010 (Legge 23 dicembre 2009, n. 191) il quale all'art. 6, rubricato "Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri", prescrive chiaramente una riduzione dello *standard* di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR, non superiore a 4 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, entro il 31 dicembre 2010 prevedendo, altresì, una compatibilità di variazione del 5% in relazione al peso della popolazione ultrasettantacinquenne.

Nella fase attuale gli standard dotazione media regionale dei posti letto ospedalieri posti a carico del SSN sono stati ridefiniti dal decreto legge n. 95 del 2012 convertito nella legge n. 135 del 2012, all'art. 15, che prevede una dotazione complessiva di 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,7 dedicato alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Il DCA n. 19/2010 non è stato validato dai Ministeri affiancanti, per cui è stato oggetto di successive modifiche e integrazioni. In ogni caso alla luce dello stato di avanzamento del riordino della rete ospedaliera, delle osservazioni ministeriali e di quelle fornite dalle parti sociali, politiche, operatori ecc., in sede di confronto sul progetto di PSR, quest'ultimo viene, in questa sede, rimodulato al fine di pervenire ad una appropriata ristrutturazione della rete ospedaliera finalizzata anche ad un affiancamento del modello organizzativo con rivisitazione delle strutture complesse oggi superiori alla media nazionale.

Va rilevato, infine, che quanto disposto dai citati decreti commissariali è adeguato con il presente documento ai nuovi standard della rete ospedaliera individuati dalla citata legge n. 135 del 2012.

#### ***Ruolo e funzioni della rete ospedaliera privata nella regione Molise***

Relativamente alla rete ospedaliera privata, nel corso del 2011 è stato completato il procedimento di rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere private presenti nella Regione Molise,

con l'emanazione dei relativi decreti commissariali nn. 21-22-23-24-25/2011 in data 30.06.2011, pur con la necessità di completare alcuni percorsi.

Sul punto, si evidenzia il rilevante ruolo assegnato, nel panorama sanitario regionale, alle strutture IRCCS Neuromed e Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II", accanto alle quali si situano le altre strutture ospedaliere private, per le quali è previsto un sostanziale mantenimento delle attuali attività.

Infatti, il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria prevede, tra l'altro, l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza-urgenza, la quale richiede l'esistenza, presso i presidi, di una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per pazienti gravi.

La programmazione sanitaria regionale, sotto il profilo assistenziale, mira a realizzare la piena integrazione dell'I.R.C.C.S. "Neuromed" di Pozzilli e della Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II" all'interno del sistema sanitario regionale, mediante i programmi operativi di attuazione del Piano.

Pertanto, si conferma l'accreditamento per l'I.R.C.C.S. "Neuromed" per le discipline neurologiche e neurochirurgiche, con annesso trattamento chirurgico endovascolare per quanto complementare con la vocazione specialistica dell'Istituto medesimo nelle neuroscienze.

Per la Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II" si procederà alla rimodulazione dell'accreditamento; la conseguente nuova organizzazione intende rispondere alle seguenti esigenze:

- favorire il contenimento della mobilità passiva, soprattutto per quanto attiene alcune attività di alta specializzazione (es. cardiocirurgia);
- garantire una risposta ai bisogni assistenziali fondata sul principio dell'appropriatezza organizzativa e clinica, selezionando i setting assistenziali in relazione alle reali esigenze di complessità di assistenza ed intensità delle cure;
- integrare l'offerta assistenziale della Fondazione nell'ambito della rete ospedaliera regionale, divenendo funzionale al conseguimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale;

La rimodulazione dell'accreditamento prevede l'individuazione di quattro aree di attività, che caratterizzano il ruolo della Fondazione nella rete assistenziale della regione Molise.

- **Area cardiovascolare**, compresa la cardiocirurgia e la chirurgia vascolare (compresi i grossi vasi) si compone delle specializzazioni chirurgiche sia riferite all'area cardiaca che dei vasi, della competenza medica di area cardiologica e delle strutture necessarie per garantire l'assistenza ad alta intensità di cura (UTIC e terapia intensiva).
- **Area oncologica** con vocazione prevalentemente chirurgica, dove le attività di oncologia medica, di onco-ematologia e di radioterapia rappresentano il necessario complemento per un percorso di cura oncologico integrato (medico-chirurgico). L'area oncologica è strutturata secondo due sotto aree: una chirurgica ed una medica. L'area chirurgica comprende quella generale, la toracica, la ricostruttiva e la maxillo facciale. Queste due specialità sono inserite in modo prevalentemente funzionale alle attività chirurgiche di natura oncologica. Nell'ambito della chirurgia generale, vista la specificità delle competenze professionali presenti nella struttura, è possibile prevedere la senologia, la chirurgia oncologica ginecologica, l'endocrino-chirurgia nonché l'endoscopia digestiva. L'area medica comprende sia l'oncologia medica – strettamente intesa -, l'onco-ematologia e la radioterapia. L'oncologia medica e la radioterapia sono previste per garantire ai pazienti oncologici la possibilità di completare il proprio percorso di cura nell'ambito della Fondazione, in presenza di linee guida e PDTA, che prevedono combinazioni chirurgia-chemioterapia-radioterapia per i pazienti affetti da tumori. Il mantenimento dell'oncoematologia risponde all'esigenza del bisogno assistenziale presente in regione e altrimenti non soddisfatto e tiene conto della presenza di dotazioni infrastrutturali, che garantiscono diverse camere sterili per il trattamento di pazienti con specifica patologia leucemica.

- **Area della riabilitazione**, necessaria per il completamento dei percorsi assistenziali, indispensabile per la gestione della fase post-acuta sia in ambito cardiovascolare che oncologico. La dotazione appare funzionale alle attività in acuzie sopra esposte.
- **area dei servizi diagnostici**, indispensabile per i percorsi assistenziali e di cura sopra individuati. Le dotazioni tecnologiche e infrastrutturali rispondono alle esigenze r.

### **Rimodulazione Rete Ospedaliera**

La legge n. 135 del 2012 stabilisce uno standard di posti letto pari al 3,7‰ per abitanti, rivedendo i parametri precedentemente fissati dal Patto della Salute 2010-2012 che prevedeva uno standard di Posti Letto pari al 4‰ per abitanti, con possibilità di incremento del 5% per la popolazione anziana pervenendo al 4,2‰ abitanti.

Nella regione Molise, alla data del 1 gennaio 2011 risultavano 319.780 residenti. L'adeguamento allo standard su indicato, in applicazione dei principi richiamati alla base della razionalizzazione della rete ospedaliera, comporta la seguente dotazione di posti letto da destinare a ricoveri ospedalieri per pazienti acuti e post acuti.

POPOLAZIONE	319.780	PL
STANDARD NAZIONALE PL/1000	3,7	1.183
POSTI LETTO PER ACUTI	3,0	959
POSTI LETTO PER LUNGODEG. E RIABILIT.	0,7	224

A tale risultato si perviene per effetto dei provvedimenti adottati e da intraprendere relativi a:

- Rimodulazione della Rete Ospedaliera secondo il fabbisogno.
- Accorpamento di Unità Operative.
- Integrazione Pubblico/Privato.
- Riequilibrio dei volumi assegnati agli operatori privati.
- Istituzione della Chirurgia Ambulatoriale Complessa.
- Attivazione di Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.).
- Trasferimento di ricoveri in Pacchetti Ambulatoriali Medici.
- Implementazione dell'Assistenza Territoriale e Domiciliare.

In tal senso è stata effettuata la valutazione del fabbisogno reale della popolazione residente ed un'analisi completa della mobilità interregionale passiva ed attiva, data l'affluenza (alto Indice di Attrazione) dei pazienti extraregionali verso gli Ospedali molisani, ma in misura preponderante verso gli ospedali privati.

L'analisi è stata realizzata sulla scorta di uno studio delle schede di dimissione ospedaliere (SDO) che ha valutato i principali Indicatori Ospedalieri quantitativi, qualitativi e di efficienza quali: Tasso di Utilizzo, Degenza Media, Occupazione Giornaliera Media, Indice di Attrazione, Peso Strutture, Indice di Case-Mix, tasso di Appropriatezza e percentuale di inappropriatezza, analisi per macroarea di degenza.

L'analisi dei D.R.G. è stata effettuata per: M.D.C. (Major Diagnostic Category); numero di erogazione per singolo D.R.G.; Regime di Ricovero; Tipologia M/C; Raggruppamento per Classi; Peso relativo, Setting Assistenziale.

Con gli Accordi di Confine con le Regioni Limitrofe (Accordo con la Campania è stato già perfezionato, con l'Abruzzo è in via di definizione, e sono in via di perfezionamento gli accordi con Puglia e Lazio) onde poter ridurre la mobilità sia in entrata che in uscita relativa alle prestazioni di basso peso.

Tutte le suddette valutazioni ed azioni inducono una fenomenologia innovativa che permetterà alla Regione Molise di avere, nella rimodulazione della rete, una dotazione di Posti Letto pari a massimo 1.183 per acuzie, riabilitazione e lungodegenza, tenuto conto sia della riduzione delle discipline ad ampio bacino di utenza che il Molise non attiverà sia dei flussi di mobilità in entrata, che sostanzialmente compensano la riduzione medesima.

La sintesi della domanda soddisfatta nelle strutture a gestione pubblica e presso le strutture private, con i flussi di mobilità attiva e passiva, è esposta nell'*allegato 2*.

La rimodulazione della rete ospedaliera regionale è descritta nelle tabelle 1, 2 e 3, allegate.

Nella tabella n°1 è descritta la rete ospedaliera pubblica articolata sui tre bacini di utenza: Campobasso , Termoli – Larino , Isernia – Venafro – Agnone.

Come riportato nelle note, si forniscono le seguenti indicazioni:

1. Occorre stipulare accordi tra l'ASReM e Fondazione Giovanni Paolo II per garantire la funzione di emergenza-urgenza relativa alla disciplina di cardiocirurgia.
  2. L'unità operativa complessa di **Pneumologia** è riferimento dei servizi territoriali di pneumotisiologia per il trattamento domiciliare e ambulatoriale di BPCO, patologie neuromuscolari, SLA, fibrosi polmonari, tracheostomizzati.
  3. Le unità operative della disciplina di **Pediatria** di Termoli e Isernia sono strutture semplici della unità operativa complessa di Campobasso.
  4. Le unità operative della disciplina di **Psichiatria** sono unità operative semplici afferenti alla direzione del Centro di salute mentale di riferimento.
  5. Si è applicato lo standard generale di 3,66 posti letto per 1000 abitanti, compensando il potenziale incremento di posti letto in rapporto al saldo di mobilità attiva, in misura preponderante afferenti alle strutture private accreditate, con la riduzione per le discipline a vasto bacino di utenza (grandi ustionati, unità spinale, trattamento amputazioni, microchirurgia, trapianti, centro antiveleni, microchirurgia e chirurgia della mano, etc.), per le quali dovranno essere stipulati accordi con altre regioni.
  6. Disciplina **Odontostomatologia**: è previsto un presidio dotato di un "riunito odontoiatrico " per interventi su pazienti non collaboranti effettuati da specialisti ambulatoriali che potranno utilizzare per un eventuale degenza letti delle discipline chirurgiche.
  7. L'ospedale di Agnone assume la configurazione di PRESIDIO OSPEDALIERO DI ZONA PARTICOLARMENTE DISAGIATA, dotato di unità operativa complessa unica di medicina generale, lungodegenza e rieducazione funzionale. Nell'ospedale è possibile effettuare una chirurgia elettiva in Day Surgery o, se necessario, in Week Surgery, per i casi non dimissibili in giornata, con appoggio nei letti di medicina.
  8. **Neurochirurgia** ad indirizzo traumatologico.
  9. I rettangoli dei vari colori indicano che per quella disciplina le unità operative fanno parte di un'unica unità operativa complessa.
- 10. SERVIZI SENZA POSTI LETTO:**
- **Direzione medica** di presidio, da cui dipendono gli uffici di accettazione e archivio clinico, statistica, servizi infermieristici, ausiliari e di accoglienza, l'ufficio relazioni col pubblico.
  - **Ufficio di coordinamento amministrativo**, da cui dipendono le funzioni di amministrazione del personale, degli acquisti e magazzino economico, di area tecnica di competenza dei presidi.
  - **Anatomia patologica**, unità operativa complessa unica per i tre presidi.
  - **Psicologia clinica** e assistenza sociale, unità operativa unica per i tre presidi, assicurata anche part time da personale di altre unità operative.
  - **Patologia clinica**.
  - **Radiodiagnostica e medicina nucleare** a Campobasso, **Radiodiagnostica** unità operativa a Isernia e Termoli.
  - La **Neurofisiopatologia**, è prevista nell'ambito della unità operativa complessa di Neurologia .

- **Farmacia Ospedaliera**, unità operativa unica per i tre presidi con unità operative semplici negli ospedali di Isernia e Termoli per la gestione delle farmacie di presidio le cui funzioni comprendono la distribuzione diretta dei farmaci.
- La funzione assistenziale di **Anestesia** è assicurata in ciascun presidio dell'unità operativa complessa di Anestesia e Rianimazione con posti letto.
- **Medicina trasfusionale unità operativa complessa** a Campobasso con unità operative semplici a Isernia e Termoli.
- Le discipline ospedaliere di Agnone, Larino e Venafro sono complementari con quelle presenti nel poliambulatorio distrettuale.

#### ***Adeguamento della rete ai modelli organizzativi del Piano sanitario regionale***

La descritta riarticolazione della rete ospedaliera si basa sui seguenti criteri organizzativi per le strutture pubbliche:

- tempestiva risposta all'emergenza;
- progressiva riqualificazione della rete ospedaliera idonea ad erogare le prestazioni per le patologie in fase acuta;
- riconversione dei posti letto ospedalieri in esubero in posti letto dedicati alla residenzialità extraospedaliera risultanti carenti o strategicamente rilevanti (RSA e Hospice);
- classificazione delle strutture sanitarie basata sulla tipologia e quantità delle prestazioni erogate e sui livelli di complessità della struttura organizzativa clinica delle specialità presenti e delle tecnologie disponibili;
- riconversione di alcune piccole strutture ospedaliere in strutture territoriali a diversa destinazione.

#### ***Il calcolo del fabbisogno di strutture organizzative***

Nel disegno della rete ospedaliera occorre tener conto di una serie di requisiti:

- l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza-urgenza che richiede presso i presidi una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i gravi infortunati;
- le caratteristiche dimensionali della rete ospedaliera esistente permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza.

Le indicazioni sopra evidenziate hanno permesso alcune considerazioni:

- il perseguimento dell'appropriatezza, togliendo ricoveri inappropriati agli ospedali, libera presso gli stessi una capacità produttiva che può essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera. Il numero di ricoveri appropriati degli ospedali destinati a costituire la rete ospedaliera futura si riduce complessivamente rispetto alla situazione esistente. Pertanto, permane la capacità di assorbire una buona parte dell'incremento dell'attività di post-acuzie. La rimodulazione della rete ospedaliera comporta, quindi, l'erogazione di prestazioni presso strutture in grado di garantire la sicurezza e la qualità di cura, nonché una riconversione effettiva delle strutture sedi di PPI (Punto di Primo Intervento) per l'attività territoriale;
- la riduzione dei ricoveri a seguito del ricalcolo sopradescritto comporta, inoltre, la possibilità di una redistribuzione delle discipline.

#### ***Numero di posti letto per disciplina***

La rete ospedaliera è sottoposta a tutti i vincoli strutturali dei presidi esistenti, ai tempi necessari per ogni intervento strutturale, nonché alla possibilità di attivare in tempi brevi le reti di emergenza e territoriale.

Il numero di posti letto, corrispondente al percorso di appropriatezza dei ricoveri descritto sopra, permette una riduzione della capacità produttiva per le discipline interessate. Come già evidenziato, non è possibile, nei tempi previsti dal Piano, ampliare in modo significativo la capacità per le discipline poco rappresentate nella Regione. Tuttavia sono stati introdotti alcuni correttivi per l'incremento di alcune specialità.

Alcune discipline sono rare, in quanto riguardano malattie che per diffusione sono poco presenti sul territorio. La necessità di offrire una buona qualità di prestazioni porta ad una concentrazione in poche sedi sul territorio con un grande bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i grandi ustionati, la cardiocirurgia, ecc.. Normalmente esse trovano posto in una o più AO, oppure possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della Regione ed essere oggetto di contrattazione tra Regioni confinanti.

Altre discipline sono di media diffusione e presenti presso una o più strutture nell'ambito di ciascuna area geografica.

Le discipline ad alta ed altissima diffusione sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico.

Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina si è seguito il percorso qui descritto:

- Identificare, partendo dai ricoveri appropriati secondo la metodologia già presentata, per ciascuna disciplina, il tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la struttura della popolazione e la mobilità attiva/passiva "strutturale", porta complessivamente ad un dato compatibile con l'obiettivo nazionale. Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital, ma non il nido.
- Individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni.
- Determinare il tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo.
- Calcolare, sulla base dei punti precedenti, il numero regionale totale di posti letto.
- Sulla base dei ricoveri appropriati e delle considerazioni di opportunità determinare la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici.
- Calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

#### ***L'articolazione dei posti letto all'interno della rete ospedaliera***

Le strutture ospedaliere pubbliche sono articolate nei seguenti gruppi secondo il ruolo all'interno della rete, sulla base del modello "Hub & Spoke".

- L'ospedale di riferimento è considerato HUB, sede di Dea di II livello e di strutture centrali, deve disporre di tutte le specialità e deve essere anche sede delle specialità con una diffusione rara sul territorio.
- I presidi ospedalieri di base con attività specializzate indicati come Spoke, sedi di Dea di I livello e con un ruolo importante per le specialità di media diffusione sul territorio.

Le strutture private svolgono, secondo gli indirizzi del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, un ruolo per assicurare i livelli essenziali di assistenza all'interno della rete ospedaliera. A seguito di accordi e linee guida regionali, è a carico dell'ASReM la definizione degli accordi per assicurare la correttezza nell'utilizzo dei setting assistenziali e delle diverse strutture della rete ospedaliera.

Le discipline sono assegnate alle aree geografiche sulla base della produzione appropriata erogata. All'interno di ciascuna area geografica si individua la quota di prestazioni appropriate in capo alle strutture private e si prosegue con l'attribuzione della quota relativa alle strutture pubbliche, ai presidi di riferimento e a quelli di base con attività specializzate sulla base della capacità produttiva attuale. Eventuali aggiustamenti di prestazioni e relativi posti letto tra quota pubblica e privata dovranno essere risolti attraverso trattative a livello regionale e/o di ASReM.

L'articolazione delle strutture organizzative di dimensioni appropriate e per bacino di utenza si basa sui criteri dettati da Agenas per i piani di riorganizzazione sanitaria delle regioni in Piani di rientro, pubblicato sulla rivista "Monitor" n. 27 del 14 aprile 2011.

### ***Considerazioni a livello di specialità***

Nell'ambito dell'intervallo indicato per ciascuna specialità è possibile comporre il singolo ospedale in modo che le strutture complesse di ciascuno siano compatibili con il ruolo nell'ambito del sistema emergenza-urgenza. Eventuali strutture semplici possono essere articolate in modo da completare la rete della singola patologia/specialità.

All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuzie con l'attività territoriale:

- Materno infantile (applicazione delle linee guida nazionali)
- Emergenza cardiologica
- Ictus cerebrale
- Trauma grave
- Cure psichiatriche
- Oncologica
- Insufficienza renale

Sono previsti dei gruppi di lavoro per articolare, all'interno dei valori complessivi, le reti per specialità e con delle scadenze strette per la presentazione dei loro risultati:

- Rete Infarto
- Rete ICTUS
- Rete Traumatologica
- Rete Neonatologia e Punti nascita
- Rete Medicine specialistiche
- Rete Oncologica
- Rete Pediatrica
- Restanti reti

La cardiologia è prevista presso i presidi sede di DEA di primo e secondo livello nonché a supporto della cardiocirurgia.

Negli ospedali saranno attivati percorsi clinici che integrano le chirurgie specialistiche come l'ortopedia e traumatologia con la medicina generale in modo da garantire la visione olistica della cura.

La terapia intensiva neonatale è prevista come struttura complessa soltanto presso l'HUB, mentre i servizi di neonatologia saranno presenti nella maggior parte dei punti nascita come strutture semplici.

Appositi documenti individueranno la articolazione di ciascuna rete.

### ***L'attivazione della rete ospedaliera***

L'attivazione della rete ospedaliera deve essere gestita integrando le azioni delle altre due reti necessarie per la sanità regionale: la rete di emergenza-urgenza e la rete territoriale. È, di conseguenza, indispensabile procedere contestualmente all'attivazione di tutte e tre le reti.

In parallelo è necessario l'approfondimento delle reti per patologia/specialità e la definizione di regole di comportamento tra i presidi interessati (*Hub and Spoke* per patologia) e con il territorio.

Il confronto tra la situazione esistente e l'applicazione appropriata dei criteri sin qui indicati evidenzia la necessità di una razionalizzazione di ampie dimensioni della Rete Ospedaliera in essere. L'applicazione totale potrebbe, però, richiedere dei cambiamenti strutturali non possibili a breve termine. È compito dell'ASReM studiare la situazione reale per identificare le possibilità all'interno del periodo di applicazione del Programma operativo 2011-2012 e del presente Piano sanitario regionale. Il metodo corretto è quello di un'analisi attenta di rete per specialità rispetto al proprio bacino di utenza.

Sono individuati i seguenti ulteriori criteri organizzativi per quanto non definito da altri provvedimenti che l'ASReM deve rispettare nel processo di riorganizzazione delle attività.

- L'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione costituisce un'unica struttura complessa alla quale afferiscono le attività di rianimazione, anche quando dotate di posti letto, e le attività anestesologiche; i posti letto di terapia intensiva attribuiti alle singole strutture sono da intendersi comprensivi dei posti letto di rianimazione e di quelli di terapia intensiva post chirurgica.
- A supporto delle strutture dotate di posti letto chirurgici possono essere attivati, nell'ambito delle dotazioni previste e nel rispetto dei requisiti della normativa vigente, posti letto di terapia Sub-Intensiva post operatoria chirurgica, previa autorizzazione regionale.
- Le consulenze specialistiche delle discipline assenti nei presidi pubblici devono essere assicurate in ambito Aziendale.
- Le Unità di lungodegenza, laddove presenti negli ospedali pubblici, sono qualificate come strutture semplici polispecialistiche aggregate alle Unità di medicina interna.
- Il numero dei posti tecnici di dialisi, laddove è previsto il servizio di dialisi, sarà definitivamente individuato in un apposito piano dialisi regionale. La relativa attività rientra nel setting ambulatoriale e i posti non rientrano nello standard per acuti. Comunque laddove presenti l'UO di Nefrologia e il servizio di dialisi questi costituiscono un'unica unità operativa.

## G. STRUMENTI PER IL GOVERNO E LA GESTIONE DEL S.S.R.

### **37. IL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO**

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale ha una rilevanza strategica perché, se ben organizzato, esso produce la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea su tutto il territorio regionale. Il sistema Informativo Regionale è unitario a livello regionale e comprende i dati e le informazioni prodotte dai sistemi informativi dell' Azienda Sanitaria e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati della regione. In questo modo, è possibile intercettare tutti gli aspetti della domanda di salute della popolazione regionale per organizzare nella dovuta maniera dinamica un'offerta efficace di servizi sanitari, rendendola più efficiente attraverso il monitoraggio dei processi di produzione dell'assistenza sanitaria e dei loro costi.

La regione Molise nello sviluppo del proprio Sistema informativo Sanitario Regionale, in coerenza con l'assunto del ruolo centrale del paziente, intende indirizzare tutti gli sforzi possibili per strutturare ogni tipo di accesso al Sistema Sanitario, in funzione della massima facilità di fruizione dei servizi offerti.

#### ***Governo dei flussi istituzionali***

Obiettivo primario di questo sistema è l'attivazione di un processo finalizzato al controllo e al coordinamento di tutte le attività connesse alla rilevazione, monitoraggio e invio alle amministrazioni centrali competenti dei flussi informativi sanitari della Regione Molise. Tale procedura porterà l'amministrazione regionale a raggiungere principalmente tre obiettivi:

- realizzare un sistema di monitoraggio e controllo interno delle informazioni trasmesse
- intervenire con azioni correttive allorquando si riscontrano carenze quali-quantitative delle informazioni
- rispettare gli adempimenti in termini di debiti informativi, previsti a norma di legge dagli organi centrali

I flussi informativi obbligatori, se non considerati soltanto come un onere dai soggetti coinvolti, saranno un utile strumento di lavoro e di controllo, sia delle specifiche attività che dell'intero sistema sanitario regionale.

L'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM), è la generatrice della quasi totalità dei flussi, in quanto è al suo interno che si svolgono le attività alle quali i flussi fanno riferimento.

La Direzione Generale per la Salute quale centro di controllo e di decisione svolge soprattutto funzioni di coordinamento, e di verifica qualitativa dei dati rilevati. In particolare, Il Servizio Sistema Informativo Sanitario (SIS) governa l'intero processo, svolgendo funzioni di coordinamento, monitoraggio e raccordo fra gli organismi coinvolti a livello locale (ASReM, Servizi Regionali) e centrale (Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istituto Superiore di Sanità, Istat etc..).

#### ***Gestione dei principali flussi***

Le due macrocategorie di flussi intesi come debiti informativi sono quelli che:

- alimentano il Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute (NSIS)
- quelli che afferiscono al Sistema TS - Tessera Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

#### ***Il sistema NSIS***

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute, si basa sulla cooperazione e l'integrazione di diversi sistemi informativi regionali e locali, costituisce:

- lo strumento di governo e supporto dei flussi informativi del Servizio Sanitario Nazionale;

- la fonte di riferimento dei dati utilizzata a livello nazionale per le misure di qualità, efficienza, appropriatezza e costo del SSN, nonché per le misure relative all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

La banca dati NSIS regionale, nel corso degli anni è diventata sempre più ricca di informazioni contenenti un maggior dettaglio sull'attività sanitaria svolta all'interno degli Ospedali e sul territorio.

I flussi di governo "storici" (FLS/HSP./ STS – SDO – CEDAP – Distribuzione diretta -ecc.) rispettano le tempistiche e le specifiche tecniche del NSIS, ma non tutti sono oggetto di un pieno controllo qualitativo.

Al fine di far fronte ad una migliore qualità del flusso, il recente decreto del Commissario ad Acta n.89 del 02/11/2011: "Definizione dei ruoli e responsabilità ASReM, Regione e Sistema Informativo Sanitario nella gestione dei flussi informativi", ha individuato i responsabili di ciascun flusso.

I principali obiettivi per proseguire il percorso evolutivo dei flussi NSIS sono:

- la messa a regime dei flussi informativi già avviati, come ad esempio il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, il sistema informativo finalizzato alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, il sistema informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza
- il sistema informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto
- l'attivazione in tempi brevi degli applicativi per i quali si è ancora in debito informativo come quello relativo alle dipendenze e alla salute mentale
- il maggiore rispetto delle tempistiche di trasmissione
- un più attento monitoraggio delle informazioni trasmesse

### ***Il sistema Tessera Sanitaria***

Il sistema informativo Tessera Sanitaria consente il monitoraggio della spesa sanitaria e la verifica della appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione dei dati delle ricette mediche relativa alla farmaceutica e specialistica a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva, il sistema informativo consente l'individuazione certa ed univoca sia dell'assistito (tramite il codice fiscale riportato sulla Tessera Sanitaria, "certificato" dall'Agenzia delle entrate), sia del medico prescrittore (tramite il codice identificativo della ricetta, assegnato univocamente al medesimo medico dalla ASL competente in fase di consegna del ricettario).

La rilevazione dei dati delle ricette avviene presso i singoli erogatori delle prestazioni (farmacie, laboratori, ambulatori pubblici e privati convenzionati) i quali, attraverso la lettura ottica del codice fiscale dell'assistito dalla Tessera Sanitaria e del codice identificativo della ricetta, consentono l'associazione certa ed univoca fra i dati della ricetta, il relativo medico prescrittore e l'assistito fruitore della prestazione.

In questa ottica il CUP Regionale deve ricoprire il ruolo centrale nel Sistema Informativo Regionale di collettore unico delle informazioni relative all'effettiva erogazione delle prestazioni di specialistica facilitando la generazione del debito informativo verso il Ministero delle Finanze definito dal sistema Tessera sanitaria.

In tal modo il Sistema Tessera Sanitaria consente all'ASReM e alla Regione di disporre in modo tempestivo di un patrimonio informativo inerente le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, tale da poter potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e intervenire sull'appropriatezza prescrittiva, costituendo uno strumento potente di programmazione e di contenimento del settore sanitario

### **Interoperabilità dei flussi**

Per elevare il livello di interoperabilità del sistema dei flussi sanitari regionali con i sistemi nazionali (NSIS, Sistema TS), si prevede di attuare degli interventi mirati per l'invio dei flussi con modalità tecnologicamente

più avanzate. In particolare si sta lavorando per far in modo, laddove i sistemi centrali lo consentano, di attivare sistemi di cooperazione applicativa web-services.

### *L'evoluzione futura*

Per il futuro il ruolo dell'NSIS sarà ancora più determinante nei processi di finanziamento del sistema sanitario italiano a seguito delle norme di attuazione del federalismo fiscale ancora oggetto di intensa discussione. A partire dal 2013, tali norme prevedono l'utilizzo di criteri di definizione dei fabbisogni dei Sistemi Sanitari Regionali basati su standard rilevati in alcune regioni di riferimento fra gli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

Il SIS si propone di alimentare la banca dati nazionale con dati regionali esaustivi, omogenei e rappresentativi della realtà gestionale molisana per restituire in maniera tempestiva e completa lo stato del Sistema Sanitario Regionale.

Tale obiettivo sarà raggiunto realizzando un primo nucleo di sistema di Monitoraggio basato sulla tecnologia del datawarehouse che permetterà di storicizzare e correlare tutte le informazioni relative alle attività assistenziali. Per rendere più efficace l'azione di monitoraggio e controllo l'uso del datawarehouse sarà messo a disposizione ai diversi livelli decisionali dell'Azienda Sanitaria e della Regione trasferendo al suo interno le richieste provenienti dall'Art 50 della L.326/03.

Le finalità del SIS dovranno quindi assicurare:

- la compatibilità con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS)
- l'interconnessione e l'interoperabilità dei diversi sistemi informativi dell'Azienda Sanitaria, dei sistemi delle strutture accreditate, delle farmacie, dei Medici di medicina generale, dei Pediatri di libera scelta e dei professionisti convenzionati con il SSR
- l'integrazione delle informazioni relative alle attività svolte, ai servizi forniti ed ai percorsi di cura garantiti ai cittadini.

È prevedibile nel lungo periodo l'evoluzione dell'attuale Sistema Informativo Sanitario della Regione Molise verso un Sistema di Sanità Elettronica Regionale determinata dalla consapevolezza dell'indispensabile supporto del SIS, quale sistema integrato regionale, all'intero processo assistenziale, diagnostico e clinico, garantendo una forte integrazione tra le attività eseguite dal territorio e quelle ospedaliere, colmando l'attuale gap esistente tra questi due ambiti e sostenendo il modello assistenziale regionale.

Gli obiettivi del medio termine debbono essere individuati a partire dallo stato attuale di informatizzazione dei servizi sanitari e dalla necessità di introdurre una sostanziale evoluzione del modello di erogazione dei servizi con l'obiettivo di semplificare l'accesso alla cura da parte del cittadino e di coinvolgerlo nella gestione della propria salute.

D'altra parte, il quadro che emerge dalla attuale situazione regionale dei servizi della sanità e dell'innovazione tecnologica a supporto degli stessi e che trova riscontro a livello nazionale<sup>10</sup>, anche nelle regioni più evolute, è la preponderanza dello sviluppo di servizi in aree quali quelle della gestione e dei processi di governo della sanità piuttosto che in quelle legate all'accesso ai servizi, al supporto ai professionisti ed agli operatori, ed ai processi operativi (prescrizioni, referti.....) e clinici.

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SIS) all'attuale lo stato di attuazione ha, infatti, già realizzato diversi progetti che hanno interessato sia la componente amministrativo contabile dell'Azienda sanitaria sia la componente sanitaria.

Il processo di sviluppo del Sistema Informativo Integrato Sanitario Regionale verso il Sistema di Sanità Elettronica della Regione Molise dovrà essere pertanto governato a livello regionale operando in direzione :

- della valorizzazione delle esperienze in atto e della tutela degli investimenti effettuati;

---

<sup>10</sup> Si veda in proposito lo studio sui LITIS Livelli di Innovazione Tecnologica In Sanità promosso da FederSanità Anci e dal Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica

- della convergenza delle azioni di innovazione verso un insieme di soluzioni e servizi condivisi ed interoperabili;
- del contenimento e della razionalizzazione della spesa e contemporaneamente del controllo della appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate.

Questa trasformazione deve interessare profondamente i sistemi informativi a supporto del SSR ed i punti di forza che consentono la sua attuazione sono identificabili nella realizzazione di una “intelaiatura” metodologica, tecnologica, architettonica e di ambienti operativi che dovrà prevedere almeno la realizzazione di componenti di cooperazione applicativa, di identificazione degli utenti e controllo degli accessi e di realizzazione dei Portali di erogazione dei servizi.

### **38. IL MONITORAGGIO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE**

**INTERVENTI PER LA DISPONIBILITÀ DI DATI ECONOMICI GESTIONALI E PRODUTTIVI DEL SSR, AI SENSI DELL'ART. 79, COMMA 1 SEXIES LETT. C), DELLA L. 133/2008 – RISORSE EX ART. 20, L. N.67/1988 –**

#### **IL CONTESTO E L'ESIGENZA DELLA REGIONE**

L'analisi delle criticità riscontrate nell'attuazione del Piano di Rientro evidenzia la necessità di un deciso miglioramento delle capacità di monitoraggio, controllo ed indirizzo del Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso e a livello di ASReM. Ciò richiede alla Regione (anche per rispondere ai Ministeri affiancanti) un salto di qualità nella gestione dei processi finalizzati alla disponibilità tempestiva di *dati economici, gestionali e produttivi generati a livello locale*. La Regione ha l'esigenza di andare oltre la semplice funzione di “richiesta e raccolta” dei dati dell'ASReM ed intende attivare un piano d'azione regionale per intervenire sui modelli organizzativi e gestionali aziendali che porti al disegno e alla realizzazione di nuovi processi per l'ottenimento di flussi informativi stabili, strutturati e continuativi.

A tal fine, vengono identificate due principali componenti dell'azione evolutiva:

- la costruzione di solidi processi per la produzione dei flussi informativi gestiti a livello locale, che possa migliorare in modo determinante la disponibilità di dati tempestivi ed affidabili necessari per il governo dell' Aziende e per il complesso del SSR;
- la crescita, tra gli operatori del sistema, delle competenze gestionali e di monitoraggio, della capacità nell'utilizzo di metodologie e di sistemi a supporto dei processi per la produzione, la rilevazione e l'analisi dei dati.

La Regione intende rispondere a tale necessità mediante lo sviluppo di un modello di monitoraggio basato su metodologie innovative e sulla conoscenza di dettaglio delle caratteristiche della domanda e dell'offerta sanitaria, che, alimentata attraverso il consolidamento delle informazioni provenienti dal livello locale, possa arrivare a fornire una chiara e profonda lettura dei fenomeni a livello regionale.

Il modello deve offrire gli elementi utili a governare e monitorare l'andamento gestionale a livello aziendale e, stante l'unicità della struttura aziendale locale, conseguentemente, di sistema sanitario regionale nel suo complesso, attraverso la disponibilità di informazioni rilevanti ai fini di una lettura sempre più articolata, raffinata ed affidabile delle determinanti dell'equilibrio economico dell'ASReM, in funzione dei relativi dati di costo e di ricavo, dei correlati volumi di produzione e delle risorse del FSR trasferito.

Affinché gli interventi siano armonizzati e funzionali al conseguimento degli obiettivi del Piano di Rientro, risulta parimenti prioritario che il livello regionale ed il livello locale risultino dotati delle stesse metodologie e strumenti di lettura, interpretazione ed utilizzo dei dati.

In questo modo:

- risulterà potenziata la capacità di valutazione in sede regionale dei risultati gestionali conseguiti dalle diverse strutture, anche mediante l'analisi comparativa di dati di attività e dei costi della gestione di ciascuna;
- saranno garantite le condizioni affinché la Regione possa confrontare i propri risultati gestionali con quelli relativi alle altre regioni italiane;
- analogamente, a livello locale, il programma svilupperà competenze, metodologie e processi operativi, funzionali alla produzione ed all'analisi di dati utili per il governo del sistema a livello aziendale.

Potrà essere così rafforzata la capacità di governo complessivo del SSR e, al tempo stesso, saranno assicurate una maggiore trasparenza delle informazioni gestionali ed una migliore leggibilità della situazione economico-finanziaria della Regione, anche ai fini delle verifiche presso i Ministeri affiancanti.

Una volta a regime, i flussi informativi implementati, il rinnovamento dei processi e lo sviluppo della cultura e delle necessarie capacità manageriali costituiranno un investimento immateriale permanentemente a disposizione delle singole strutture sanitarie del Sistema sanitario regionale, che potrà fruirne per il governo della sanità a livello aziendale e per il mantenimento dell'equilibrio gestionale di lungo periodo, anche successivamente alla fase legata al Piano di rientro.

## IL PROGRAMMA DA REALIZZARE E GLI STRUMENTI

All'interno del quadro di requisiti e priorità sopra descritto, la Regione Molise intende avvalersi della possibilità offerta dal legislatore attraverso l'art. 79, comma 1 sexies lett. c), della legge 133/08, che prevede, per le Regioni in Piano di rientro, l'opportunità di utilizzare risorse ex art. 20 da "investire" nella realizzazione di un programma finalizzato a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, *"per consentirne la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa, ai fini dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale, in attuazione dei piani di rientro. I predetti interventi devono garantire la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e con i modelli dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS)"*. Le finalità per le quali la Regione Molise ritiene di ricorrere alle risorse rese disponibili attraverso l'art. 79 sono la *progettazione e la realizzazione del modello di monitoraggio del sistema sanitario* volto a garantire la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati provenienti dalle aziende e necessari per il governo della spesa, il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza e la verifica sull'avanzamento delle azioni previste, al fine del rientro dal disavanzo regionale e dell'attuazione della riforma del SSR. Si intende, pertanto, cogliere questa opportunità per iniettare nel sistema regionale strumenti e competenze volte, nel medio termine, a garantire la diffusione di specifico know-how tecnico-manageriale, l'introduzione di processi gestionali stabili e la disponibilità di un sistema per la produzione e raccolta di informazioni trasparenti ed affidabili attraverso le quali:

- governare e monitorare l'andamento della gestione e delle azioni di risanamento a livello aziendale e di Sistema sanitario regionale nel suo complesso;
- comprendere e valutare tempestivamente i dati di produzione ed i costi ad essi associati;
- individuare le determinanti dei risultati economici, al fine di garantire l'adozione di azioni correttive e di razionalizzazione coerenti ed efficaci.

Un elemento essenziale, parte integrante del disegno e della realizzazione del modello di monitoraggio, è costituito dalla definizione di un *sistema di controllo di gestione* basato su una metodologia omogenea tra Regione ed Azienda, che si adatti al governo e alla gestione delle diverse tipologie di realtà operative che operano sul territorio regionale. Il sistema dovrà disporre delle informazioni necessarie per la rilevazione dei costi, finalizzata sia alla valorizzazione economica delle prestazioni erogate, sia all'analisi dei costi aziendali per natura (classificazione dei costi in base alla causa economica dell'evento che ha prodotto il

costo) e, infine per destinazione (costi di produzione rilevati per singola struttura di erogazione o per livelli di assistenza). Il programma comprenderà la realizzazione del modello presso l'ASReM.

Il Modello di Monitoraggio che si vuole realizzare dovrà garantire, in ottemperanza al già citato art. 79, comma 1 sexies lett. c), della L. 133/08, la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (di seguito SiVeAS), di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e con i modelli dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale .

Per il disegno concettuale e la realizzazione del programma, la Regione intende inoltre avvalersi della valutazione di analoghe esperienze già adottate presso altre Regioni in materia di programmi e sistemi per l'acquisizione ed elaborazione di dati economici, gestionali e produttivi delle aziende sanitarie, ricavate da recenti studi di settore. Ciò premesso, l'intervento che si delinea attraverso il programma "Art. 79" si pone in continuità rispetto alle attività connesse ai servizi di consulenza e Project Management a supporto del monitoraggio piano di rientro e in modo complementare rispetto a tutte le attività in essere per lo sviluppo del Sistema Informativo Sanitario Regionale, in quanto:

- riguarda l'aspetto realizzativo e implementativo del sistema di monitoraggio a livello aziendale e regionale (raccolta, validazione, conservazione e presentazione dei dati e del reporting);
- ricomprende attività finalizzate ad assicurare la coerente evoluzione e il supporto operativo nella realizzazione pratica dei processi di monitoraggio a livello aziendale e regionale;
- definisce gli indirizzi e predispone gli studi di fattibilità per l'adeguamento dei sistemi gestionali finalizzati all'alimentazione dei dati necessari al sistema di monitoraggio;
- definisce un approccio sistematico dei sistemi di controllo di gestione aziendale e ne prevede l'avvio.

In termini realizzativi è fondamentale che il sistema diventi produttivo in tempi rapidi, prevedendo un approccio modulare di progressivo arricchimento ed affinamento dei processi di raccolta dati e monitoraggio. La Regione, infatti, non può attendere il completamento di tutte le attività finalizzate al conseguimento del massimo livello di dettaglio prevedibile, ma dovrà essere in grado di cogliere tempestivamente i benefici progressivamente offerti dall'avanzamento dei progetti sul livello locale.

È pertanto ragionevole ritenere che per l'entrata a regime del programma sia necessario un arco temporale triennale.

#### **GLI OBIETTIVI E I RISULTATI ATTESI DALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA**

Attraverso il programma descritto nei precedenti paragrafi sarà possibile perseguire obiettivi individuabili nella diffusione e consolidamento a livello aziendale della "cultura aziendale", delle competenze, della conoscenza manageriale/gestionale e delle relative procedure organizzative necessarie a:

- raccogliere, con i dovuti livelli di dettaglio, accuratezza, completezza, omogeneità e tempestività i dati economico-gestionali e produttivi residenti presso tutte le strutture locali;
- garantire l'alimentazione del modello di controllo previsto, anche attraverso la raccolta sul campo dei dati necessari. Tale attività dovrà progressivamente ridursi, sino ad annullarsi, in funzione dell'effettiva messa a regime dei moduli informatici (in corso o che si rendessero necessari) e la conseguente disponibilità "in automatico" degli stessi dati;
- applicare metodologie di analisi dei dati idonee a sviluppare efficaci azioni di benchmarking a livello regionale, al fine di individuare le criticità gestionali sia in termini di risultati conseguiti sia in termini di stato attuazione delle azioni, e quindi di indirizzare le eventuali azioni correttive;
- implementare in modo efficace il modello di monitoraggio garantendo la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del SiVeAS e con i modelli dei dati del NSIS;
- affinare, anche sulla base delle esperienze realizzate in altri contesti regionali, linee guida Regionali per il controllo di gestione e applicarle a livello locale.

L'intervento progettuale prevede che le strutture del SSR beneficino:

- dell'attività di affiancamento sul campo e di formazione, prevista e resa disponibile con il presente programma di investimento;
- di una quota di risorse, messe a disposizione dal programma, per la progettazione o l'ammodernamento delle procedure organizzative di produzione e di analisi gestionale dei dati, nonché dei relativi sistemi informatici.

I prodotti delle attività messe in atto per il raggiungimento degli obiettivi specifici possono essere sintetizzati come segue:

1. progettazione di un **modello di monitoraggio del SSR**, coerente con le metodologie definite nell'ambito del **SiVeAS** e con i modelli dei dati del **NSIS**;
2. **disegno della metodologia regionale di controllo di gestione** aziendale (da incorporare nel modello di monitoraggio), in grado di offrire strumenti adeguati per la rendicontazione della spesa a livello di prestazioni erogate, centri di costo, dipartimenti, distretti e azienda;
3. **consolidamento e aggiornamento della mappa dei flussi informativi "esistenti"** a supporto del monitoraggio;
4. individuazione e realizzazione degli interventi di **adeguamento dei sistemi gestionali** dell'ASReM;
5. realizzazione degli strumenti in grado di produrre immediatamente una base dati strutturata in grado di garantire l'**alimentazione dei flussi di monitoraggio sul livello nazionale e regionale**;
6. **affiancamento sul campo** delle strutture del SSR, nelle fasi di realizzazione e messa in produzione dei nuovi processi di raccolta e di gestione dei dati previsti dal modello di monitoraggio, per l'ammodernamento delle **procedure organizzative** di produzione e analisi dei dati;
7. **supporto operativo continuo** alle strutture sanitarie nell'attività di produzione dei dati necessari all'alimentazione del modello monitoraggio;
8. **applicazione della metodologia regionale del controllo di gestione**, in particolare:
  - applicazione del modello di controllo di gestione a livello locale e regionale e definizione dei flussi e dei processi di alimentazione per la parte non prevista dalla gara ASReM per i sistemi informativi;
  - definizione dei requisiti funzionali per l'eventuale adeguamento dei sistemi gestionali locali e realizzazione dell'interfacciamento verso gli strumenti di supporto al modello di monitoraggio.
9. **supporto al cambiamento organizzativo locale** richiesto dalla necessità di produrre flussi informativi sistematici e continui di attività.

Di seguito sono indicate le fasi di sviluppo del progetto:

#### 1. Progettazione del modello di monitoraggio del SSR

- A. Disegno concettuale della struttura del modello di monitoraggio.
- B. Analisi dettagliata delle componenti in base alle finalità di controllo.
- C. Descrizione dettagliata dei parametri da osservare e rilevare attraverso:  
disegno dei flussi e delle regole di alimentazione;  
disegno delle caratteristiche del data base e dello strumento di intelligence;  
disegno del reporting a livello regionale, aziendale, di distretto e dipartimento.

#### 2. Disegno del sistema di controllo di gestione (contabilità analitica dei costi)

- A. Acquisizione esperienze di altre regioni.
- B. Disegno della metodologia regionale e produzione delle linee guida da adottare a livello Aziendale.

Mi

R

- C. Strutturazione della contabilità analitica e del modello di rendicontazione.
- D. Definizione delle modalità di allocazione dei costi sui centri di costo, sulle prestazioni e sui servizi.
- E. Reporting e confronto periodico con il budget e gli standard di costo.
- F. Raccordo e integrazione del modello di rendicontazione all'interno del sistema di monitoraggio.

### **3. Analisi dei fabbisogni informativi a livello aziendale**

- A. Analisi dei flussi informativi "esistenti" e capacità dei sistemi gestionali di produrre le informazioni richieste.
- B. Individuazione delle necessità di intervento sui sistemi locali.
- C. Stesura di specifiche dettagliate ai fini della copertura dei fabbisogni e lo sviluppo dei sistemi gestionali locali.
- D. Predisposizione di un piano di adeguamento dei sistemi gestionali aziendali, con particolare riferimento alla integrazione verso il Sistema Informativo Direzionale.

### **4. Interventi di adeguamento dei sistemi locali**

- A. Identificazione degli specifici interventi da realizzare per l'azienda, strutturando il piano per fasi realizzative che consentano il conseguimento di risultati a 6, 12 e 18 mesi.
- B. Individuazione della responsabilità di realizzazione degli interventi e delle risorse necessarie all'esecuzione degli stessi.
- C. Attivazione di uno strumento di monitoraggio continuo delle implementazioni e creazione di un report regionale e locale di project management.
- D. Attivazione degli interventi.

### **5. Realizzazione del modello di monitoraggio del SSR**

- A. Realizzare, già a partire dal primo anno di progetto, gli strumenti in grado di produrre immediatamente una base dati strutturata in grado di garantire l'alimentazione dei flussi di monitoraggio sul livello nazionale e regionale.
- B. Fornire i requisiti funzionali per integrare l'Osservatorio e-health, che costituirà il Sistema Informativo Direzionale.

### **6. Affiancamento sul campo nelle fasi di realizzazione, impostazione organizzativa e messa in produzione**

- C. Disegno dei processi organizzativi finalizzati alla raccolta e alla gestione dei dati previsti dal modello di monitoraggio.
- D. Revisione dei processi gestionali ad elevato impatto sulla efficacia operativa, la corretta rilevazione degli eventi e l'omogeneo trattamento degli stessi.
- E. Identificazione degli interventi di carattere organizzativo che portano alla tempestiva disponibilità delle informazioni richieste.
- F. Organizzazione e strutturazione delle fasi di chiusura dei vari processi contabili e gestionali.
- G. Omogeneizzazione delle modalità di rilevazione dei fenomeni aziendali.

### **7. Supporto operativo continuo all'ASReM**

- A. Supporto operativo continuo nell'attività di produzione dei dati necessari all'alimentazione del modello di monitoraggio del SSR.
- B. Revisione di processi e procedure operative di controllo e documentazione dei nuovi flussi
- C. Supporto alla verifica di correttezza dei dati prodotti e del reporting ottenuto.
- D. Supporto alla acquisizione delle metodologie di analisi e utilizzo dei dati ai fini gestionali.
- E. Verifica della coerenza di CE e SP a livello locale con le risultanze della reportistica prodotta dal nuovo modello di monitoraggio.

## **8. Realizzazione del modello di controllo di gestione**

Assistenza al trasferimento dei requisiti funzionali ai fini della realizzazione del modello di controllo di gestione con riferimento a:

- i flussi e i processi di alimentazione;
- supporto alla produzione e rappresentazione dei dati;
- supporto nell'attività di verifica sull'accuratezza, completezza e qualità dei dati prodotti;
- supporto nell'interpretazione dei dati e della reportistica prodotta;
- definizione del successivo programma operativo di sviluppo del progetto a livello regionale.

### ***Ambito adeguamento sistemi informativi aziendali ex art. 79***

- A. Identificazione degli specifici interventi da realizzare.
- B. Individuazione della responsabilità degli interventi e delle risorse necessarie all'esecuzione degli stessi in ambito aziendale.
- C. Attivazione di uno strumento di monitoraggio continuo degli interventi e creazione di un report regionale e locale di project management.
- D. Attivazione della integrazione verso il Sistema Informativo Direzionale con la realizzazione dei moduli di alimentazione del sistema di monitoraggio.
- E. Attivazione degli interventi.
- F. Collaudo software.

### ***Ambito progetto altri Progetti di informatizzazione***

Adeguamento dell'Osservatorio e-Health alle esigenze del modello di monitoraggio del SSR definito, alimentato dai flussi individuati nelle fasi precedenti.

## **9. Supporto al cambiamento organizzativo.**

### ***39. POTENZIAMENTO DEL SISTEMA DEI CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI***

In sede di programmazione degli obiettivi di razionalizzazione e di riqualificazione dell'assistenza del SSR molisano, occorre parimenti identificare le linee di azione per il monitoraggio e il controllo degli erogatori, sia pubblici sia privati, per garantire il rispetto delle politiche di programmazione regionale e, conseguentemente, l'appropriatezza delle prestazioni rese. Tali linee di azione devono, in particolare, essere guidate da principi quali:

- la verifica formale degli impegni contrattuali degli erogatori pubblici e privati verso la Regione Molise;
- l'individuazione di situazioni che potenzialmente possono alterare:
  - la garanzia di un processo di diagnosi e cura appropriato del paziente, minimizzandone i possibili rischi;
  - la misura della domanda soddisfatta e quindi la corretta programmazione sanitaria che su questa si basa.

Al fine di aumentare il controllo sull'attività ospedaliera e territoriale, aspetto essenziale per garantire equità e razionalizzazione nella distribuzione delle risorse in un sistema di finanziamento a prestazione iso-risorse, l'attività ispettiva Regionale deve:

- aggiornare e produrre i criteri, le procedure e le linee di indirizzo regionali per la redazione dei controlli ispettivi;
- effettuare il controllo sugli ospedali pubblici sotto diretta gestione ASReM, nonché delle due Strutture di Alta Specialità (IRCSS Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II<sup>^</sup>) sotto diretta gestione regionale;
- verificare la regolarità dei controlli effettuati dall'ASReM sulle strutture private accreditate, validarne i dati trasmessi e mettere in pratica ulteriori controlli, laddove ritenuti necessari o se richiesti dalle Regioni con cui sono stati stipulati gli Accordi di Confine;
- attivare il contraddittorio regionale per dirimere eventuali controversie tra ASReM e strutture private;
- monitorare gli Archivi della Molise Dati, sia informatici che cartacei (Tabulati SDO);
- controllare che avvenga la regolare trasmissione dei Flussi informativi al Ministero della Salute ed al Coordinamento Nazionale T.U.C. per la compensazione interregionale (File A, B, C, D,E,F, G) e provvedere alla chiusura degli Accordi bilaterali annuali;
- elaborare statistiche e report per la governance del sistema regionale;
- stabilire le misure sanzionatorie, ove applicabili, per l' ASReM e per le strutture private, dei comportamenti opportunistici, fenomeni distorsivi, implementazioni inappropriate e tariffazioni incongrue delle prestazioni.

Per quanto riguarda i singoli erogatori pubblici e privati si evidenzia l'importanza della condivisione completa e tempestiva del flusso informativo in questione. A tal proposito in merito al rispetto dei requisiti minimi di compilazione e condivisione, si prevede quanto segue:

- per le strutture pubbliche, inclusione tra i criteri di valutazione dell'operato del Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo, dei responsabili di unità operativa, dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa. L'accertamento di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione Molise e il Direttore Generale aziendale;
- per le strutture private, costituiscono condizione vincolante per la liquidazione della relativa prestazione e per la determinazione dell'entità economica dei rinnovi contrattuali per l'anno successivo. I ricoveri per i quali la relativa SDO non sarà pervenuta nelle modalità previste ed entro i termini stabiliti non potranno essere liquidati in un momento successivo. L'accertamento delle irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno, costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione Molise e la struttura privata accreditata e può comportare riflessi sui volumi economici riconoscibili in sede di rinnovo del contratto.

La condivisione di dati accurati e completi del flusso SDO è condizione necessaria affinché sia possibile assicurare un monitoraggio capillare e tempestivo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a livello regionale.

A tal fine l'attività ispettiva della Regione deve attivare un controllo sistematico dei dati del flusso SDO attraverso la realizzazione di analisi riguardanti:

- controlli di appropriatezza clinica e di setting assistenziale;
- elaborazione di un set di indicatori ospedalieri quantitativi, qualitativi e di efficienza per il monitoraggio totale di SDO e ricoveri
- il numero di ricoverati rispetto al numero di posti letto accreditati complessivo e con dettaglio per ciascuna struttura;
- per i soli erogatori privati, l'andamento nel tempo della percentuale di erogazione del budget complessivo e con dettaglio per ciascuna struttura.

I risultati di tali analisi dovranno essere predisposti con cadenza semestrale in *report* di sintesi riguardanti l'attività di controllo, e per ciascuna delle strutture coinvolte nell'attività di monitoraggio, dovranno anche riportare:

- indicazioni relative alla tempestività e all' accuratezza dei dati forniti;
- il numero dei controlli effettuati, che, nel complesso, dovrà essere coerente con le soglie minime individuate dalla normativa nazionale (L. 133/2008, DM 10.12.2009);
- gli indicatori sulle non conformità riscontrate e sul livello di inappropriately delle prestazioni;
- l'impatto economico delle decurtazioni derivanti dalla diversa codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e quindi da una diversa classificazione delle prestazioni erogate;
- le somme effettivamente recuperate a fronte delle decurtazioni previste.

#### **40. CREAZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO GESTIONALE DELLE SDO**

L'analisi delle criticità riscontrate nell'attuazione del Piano di Rientro e nella predisposizione del Piano Operativo 2011 -2012 impone alla Regione la necessità di un decisivo miglioramento delle capacità di indirizzo, monitoraggio e controllo del SSR nel suo complesso e a livello di ASReM, attraverso una migliore gestione dei processi finalizzati alla disponibilità tempestiva di dati sanitari, economici e gestionali generati a livello locale.

La Regione intende avviare un piano d'azione per intervenire sui modelli organizzativi e gestionali aziendali che porti al disegno e alla realizzazione di nuovi processi per l'ottenimento di flussi informativi stabili e strutturati, in grado di assicurare la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati ASReM necessari per il governo della spesa, il monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza e la verifica sull'avanzamento delle azioni previste per il rientro dal disavanzo regionale e l'attuazione della riforma del SSR.

Si intende, pertanto, cogliere questa opportunità per introdurre nel sistema regionale strumenti e competenze volte, nel medio termine, a garantire la diffusione di specifico know-how tecnico manageriale, l'introduzione di processi gestionali stabili e la disponibilità di un sistema per la produzione e raccolta di informazioni trasparenti ed affidabili attraverso le quali:

- Governare e monitorare l'andamento gestionale e delle azioni di risanamento a livello aziendale e di sistema sanitario regionale nel suo complesso;
- Comprendere e valutare tempestivamente i dati di produzione ed i costi ad essi associati;
- Individuare le determinanti dei risultati economici, al fine di garantire l'adozione di azioni correttive e di razionalizzazione coerenti ed efficaci.

Il modello di Monitoraggio che si vuole realizzare dovrà garantire la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVEAS) e con i modelli dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS).

#### **41. ACCORDI INTERREGIONALI PER LA MOBILITÀ**

L'art. 19 ("Mobilità interregionale") del Patto per la Salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009, Rep. n. 243/CSR, prevede la stipula tra Regioni confinanti di Accordi volti al controllo della mobilità interregionale. Tale articolo è stato previsto al fine di conseguire un livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica attraverso il governo della domanda e della offerta; pertanto le Regioni confinanti devono stipulare intesa ed individuare adeguati strumenti per disciplinare la mobilità sanitaria.

Tali strumenti servono a:

- monitorare valori di scambio molto elevati che possono non essere adeguatamente programmabili;
- evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e/o differenti metodologie di determinazione dell'appropriatezza clinica e gestionale;
- favorire la gestione di attività con scala superiore a quella regionale;

- facilitare percorsi di appropriatezza, attraverso l'emanazione di Linee Guida ad hoc;
- controllare eventuali comportamenti opportunistici degli operatori del sistema.

Gli Accordi di Confine definiscono anche:

- controlli tramite la definizione di tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda;
- volumi programmati di ricoveri o di giornate di degenza;
- tariffe congrue;
- abbattimento delle tariffe una volta superato il volume programmato (regressione tariffaria);
- tetto massimo di ricoveri, superato il quale non verrà riconosciuto alcun valore;
- tetto massimo per l'attività ambulatoriale con particolare riferimento a quelle prestazioni che comportano scambi di maggiore rilevanza economica;
- tetti di attività per le strutture con rilevanti volumi di attività e mobilità attiva.

A tal fine devono essere individuati meccanismi di *Controllo ed Indicatori* di attività, che oltre a monitorare la stessa, riducano anche la mobilità per prestazioni di basso peso, mentre favoriscano quella delle prestazioni cosiddette di "*Alta Complessità*", anche per l'abbattimento delle liste di attesa. La Regione Molise, sul cui territorio insistono strutture private il cui bacino di utenza risulta essere ampiamente superiore a quella regionale (Fondazione Giovanni Paolo II<sup>^</sup> ed IRCCS Neuromed), con la stesura degli accordi interregionali vuole definire in maniera condivisa i principi per l'accreditamento di queste strutture (quantificazione dei posti letto destinati prevalentemente a cittadini non residenti) a cui corrisponde il riconoscimento economico diretto dalle Regioni di provenienza dei pazienti. Infine, gli accordi interregionali devono essere stipulati con l'aggiuntivo scopo di contenere la mobilità passiva, con particolare riferimento a quella relativa a prestazioni di medicina specialistica che possono e devono essere assicurate localmente, ma comunque attuando un monitoraggio della mobilità di confine.

Con il D.C.A. n. 2 del 01/02/2010 – Regolamentazione e il D.C.A. n. 10 del 19/03/2010 - Piano delle Attività e' stato stipulato l'accordo di mobilità con la regione Campania.

Per gli Accordi con le altre Regioni confinanti: Lazio, Puglia ed Abruzzo, alle quali va aggiunta la Basilicata, stante la contiguità e l'affinità di quest'ultima Regione con Puglia e Campania sono stati avviati i primi contatti per la stipula di Accordi Triennali (2012 – 2014) e sono già state elaborate le Linee -Guida, mentre è in corso di perfezionamento il Piano delle Attività.

## **42. IL GOVERNO CLINICO**

Il governo clinico è il sistema volto al perseguimento di standard di qualità ed eccellenza in sanità, attraverso il miglioramento continuo dell'assistenza erogata e delle performance dei professionisti sanitari. Esso costituisce la prospettiva unificante nella gestione degli aspetti clinici ed economici delle prestazioni sanitarie e va implementato all'interno dell'azienda, a garanzia dell'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali relativi all'assistenza sanitaria. Il sistema del governo clinico è descritto nei presupposti strutturali e funzionali e nelle aree di seguito elencati.

### ***Presupposti strutturali e funzionali del governo clinico***

- Gestione Risorse e Servizi: l'efficacia aziendale nella gestione degli strumenti e dei processi tipici, dalla programmazione e controllo alle risorse umane, dai servizi ausiliari alle risorse strumentali.

- Ricerca e Sviluppo: le capacità dell'Azienda e delle unità operative assistenziali di promuovere e pianificare attività di ricerca e innovarsi attraverso il trasferimento dei risultati della ricerca, propria o di terzi, per il miglioramento dell'attività assistenziale.
- Cultura dell'apprendimento: la gestione della crescita professionale del personale medico e assistenziale, le prassi per la diffusione delle expertise, la capacità di attivare percorsi di miglioramento basati sull'esperienza.
- Sistemi Informativi: la dotazione di sistemi di acquisizione e trattamento delle informazioni di carattere gestionale e sanitario e la qualità delle informazioni disponibili.

### *Are del governo clinico*

- Evidence Based Medicine: la pratica della medicina basata sull'integrazione dell'esperienza clinica del medico con la migliore evidenza scientifica disponibile applicata alle caratteristiche ed ai valori del singolo paziente.
- Accountability: i sistemi di rintracciabilità delle azioni di tutte le professionalità sanitarie (medici, infermieri ed altri operatori sanitari), attraverso l'individuazione univoca dei responsabili degli atti clinici.
- Audit clinico: la revisione organizzata e strutturata tra pari, volta ad esaminare sistematicamente la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con standard espliciti, al fine di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza.
- Misurazione delle Performance Cliniche: la capacità dell'azienda e delle strutture operative di monitorare sistematicamente i risultati della pratica clinica in termini di efficacia, appropriatezza, efficienza, qualità e tempi.
- Valutazione e miglioramento delle attività cliniche: l'utilizzo sistematico dei sistemi di misurazione delle performance per valutare e programmare il miglioramento delle pratiche assistenziali sia da parte dell'organizzazione che del singolo professionista.
- Health Technology Assessment: la valutazione multidisciplinare delle diverse tecnologie sanitarie (farmaci, vaccini, dispositivi medici, grandi apparecchiature diagnostiche e terapeutico-riabilitative, procedure mediche e chirurgiche, sistemi di organizzazione e gestione, sistemi informativi, sistemi di supporto all'attività clinica) focalizzata sugli effetti delle stesse sullo stato di salute della popolazione, sulla performance tecnica e di efficacia, sui costi, sulle ripercussioni etiche, sociali e culturali, e volta a fornire strumenti decisionali per l'allocazione delle risorse.
- Sistemi di qualità: la gestione formalizzata della qualità, il grado di diffusione ed utilizzazione degli strumenti per la gestione dell'organizzazione e dei processi assistenziali, per il monitoraggio e gli eventuali interventi migliorativi degli stessi.
- Risk management: il complesso di procedure/programmi intrapresi per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per lo staff, per i visitatori e l'incidenza di eventi indesiderati preventivabili nonché la perdita economica che ne deriva per l'organizzazione.
- Informazione, partecipazione del cittadino/paziente: i percorsi e le modalità di informazione e comunicazione, costanti e strutturati, per favorire la condivisione e la partecipazione effettiva della persona assistita e/o del suo caregiver alle decisioni assunte nell'ambito delle strutture operative assistenziali.

L'Azienda sanitaria articola le dimensioni della Clinical Governance attraverso l'elaborazione, diffusione ed implementazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, procedure e piani di intervento; l'elaborazione di documenti di programmazione; la definizione e l'applicazione di indicatori di processo, output ed outcome che consentano valutazioni ex-ante, in itinere ed ex-post.

All'interno delle Aziende sanitarie un'importante funzione di governance è assolta dal Dipartimento, chiamato a favorire, attraverso soluzioni organizzative efficaci, l'omogeneità, la trasmissione, la diffusione e l'utilizzo degli strumenti del governo clinico, promuovere l'analisi delle attività cliniche e supportare l'integrazione dei processi assistenziali.

L'Audit clinico prevede un'attenta valutazione dei casi da analizzare ed un'accurata preparazione del momento d'incontro e di confronto tra colleghi e si conclude con la stesura di una relazione e di un piano di azioni di miglioramento, che indichi priorità e responsabilità degli interventi, per far fronte alle criticità rilevate nell'analisi dei casi.

Un altro aspetto da valutare è quello del *risk management clinico*, altro strumento indispensabile per garantire il miglioramento continuo della qualità. Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM 1999). Esistono due possibilità per approcciarsi al problema degli eventi avversi in sanità.

La prima, si focalizza sul comportamento umano come fonte di errore, attribuendo l'incidente ad un comportamento aberrante. Il rimedio è quindi costituito dalla riduzione della variabilità inappropriata del comportamento umano e lo sforzo di prevenzione dell'errore si concentra sul miglioramento della conoscenza e della formazione individuale.

La seconda possibilità, si focalizza sulle condizioni nelle quali cade l'errore, che è visto come il risultato di un fallimento del sistema, inteso come insieme di elementi umani, tecnologici e relazionali, fortemente interconnessi, interattivi e finalizzati ad un obiettivo comune. Il rimedio è indirizzato verso i problemi nascosti e profondi ed ad una rimodellizzazione dei processi.

Gli obiettivi del prossimo triennio sono così individuati:

- adozione di programmi di miglioramento continuo della qualità assumendo l'Audit Clinico quale principale strumento di funzionamento dei dipartimenti clinici;
- programmazione di una formazione ed aggiornamento del personale sul campo sulla base di progetti condivisi a livello collegiale;
- funzionamento regolare del collegio di direzione con relativo regolamento e verbali delle riunioni svolte;
- messa a regime di tutte le iniziative per la gestione del rischio clinico così come individuate nell'atto aziendale.

### **43. IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA**

#### **Premessa**

Il fenomeno delle liste d'attesa rappresenta un problema per ogni servizio sanitario capace di offrire un livello d'assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato.

La sua complessità, per l'impatto che determina sia sull'organizzazione del SSR che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni garantite dai LEA, richiede che il governo delle liste rappresenti un obiettivo prioritario in materia di salute. Nella Regione Molise tale attività di gestione e di governo per il contenimento dei tempi di attesa costituisce ancora di più una sfida, nel momento in cui il SSR è sottoposto ad una profonda verifica organizzativa per la necessità di riduzione dei costi e razionalizzazione delle spese. E' facile infatti in questo caso che ogni provvedimento pensato e adottato nell'ottica del risparmio di risorse economiche, se non accompagnato da un impegno nel riequilibrio e nel recupero di efficienza organizzativa e strategie di governo e gestione sia della domanda di prestazioni che dell'offerta, possa tradursi in una grande difficoltà del Cittadino a vedere soddisfatto il suo legittimo diritto a risposte al suo bisogno di salute in tempi adeguati da parte del sistema.

Risulta chiaro quindi che in questo scenario il problema non può essere risolto solo attraverso tentativi di ampliamento dell'offerta e di aumento dei volumi di produzione, ma anche e forse soprattutto, dati gli obiettivi di governo economico del sistema, attraverso una migliore e attenta strategia di governo e gestione della domanda e dell'offerta, che deve tener conto sia dell'appropriatezza sia di criteri di priorità nell'erogazione della prestazione richiesta.

La Regione Molise da tempo ha assunto tra gli obiettivi prioritari del propri SSR quello di riuscire ad intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

### ***Il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa 2011-2013***

Per le motivazioni espresse in premessa e in coerenza con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), come da Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, con Decreto del Commissario ad Acta n. 70 del 2 agosto 2011 la Regione Molise ha approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2011-2013.

Nel PRGLA vengono dunque fissati i tempi massimi di attesa per la Regione Molise da garantire almeno al 90% dei richiedenti le prestazioni sanitarie presso le strutture sanitarie erogatrici e si precisa l'individuazione dei criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche e ai ricoveri ospedalieri e la corretta definizione delle prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche (primo accesso) rispetto ai controlli.

I tempi massimi di attesa per le singole prestazioni sono definiti in base alla classe di priorità indicata al momento della richiesta.

### ***I percorsi diagnostici e terapeutici***

Poiché le azioni di prevenzione primaria e secondaria rappresentano un metodo efficace per la riduzione dell'incidenza e della mortalità sia per le neoplasie che per le malattie dell'apparato cardiovascolare nel PRGLA si è proceduto quindi alla definizione di specifici percorsi diagnostici e terapeutici (PDT) in cui l'assistenza per le patologie viene dettagliata in una erogazione sequenziale e coordinata di prestazioni sanitarie, erogate alcune in regime ambulatoriale e altre in corso di degenza ospedaliera e svolte secondo una tempistica adeguata e garantita per l'utente del SSR.

In linea con le indicazioni del PNGLA la Regione Molise è impegnata a garantire agli utenti del SSR tempi massimi di attesa di 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento in cui è stata effettuata l'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti per i seguenti PDT:

- Neoplasia del Colon-Retto
- Neoplasia del Polmone
- Neoplasia della Mammella
- By-pass aortocoronarico.

### ***Il Programma Attuativo Aziendale***

Entro 60 giorni dall'adozione del presente Piano Sanitario la ASREM adotta un Programma Attuativo Aziendale, coerente con gli indirizzi e le direttive del PRGLA 2011-2013 e nel quale dovranno essere definite e sviluppate le politiche complessive di intervento da parte della ASREM medesima per il contenimento dei Tempi d'Attesa.

Il Programma Attuativo si prefigge di:

- governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSR, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso;

- razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte dell'Azienda Sanitaria, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sanitarie;
- gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione;
- garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva;
- velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami diagnostici e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio;
- utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione;
- promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa, che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'Azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio.

### **Contenuti del Programma Attuativo Aziendale**

Il Programma Attuativo Aziendale deve recepire gli standard regionali sui tempi massimi d'attesa per le prestazioni sanitarie previsti dal Piano Regionale, integrando eventuali ulteriori provvedimenti successivamente adottati in materia dalla Regione, nonché recepire e adottare le indicazioni contenute nelle Linee Guida approvate.

Nel Programma Attuativo Aziendale devono essere definite e sviluppate le politiche complessive di intervento da parte della ASREM per il contenimento dei Tempi d'Attesa, considerando gli obiettivi, gli indirizzi e le linee operative tracciate nel Piano Regionale.

In particolare, il Programma Attuativo Aziendale provvede a recepire i tempi massimi di attesa individuati dal Piano regionale e a prevedere le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la partecipazione alla spesa (ticket) .

Il Programma Attuativo Aziendale individua le modalità o la specificazione delle strutture erogatrici, nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa sono garantiti almeno al 90% dei cittadini richiedenti e assicura la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti web aziendali), nonché prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia) .

I sistemi di garanzia per i cittadini sono individuati secondo le seguenti indicazioni:

- *Prenotazione oltre i tempi massimi previsti:* in tal caso il cittadino avrà diritto ad effettuare la prestazione, anche di bassa o media complessità, presso strutture private accreditate individuate dalla ASREM, senza alcun onere aggiuntivo a carico degli assistiti. In tal caso e a tale scopo, nel caso in cui il cittadino intenda avvalersi di tale opportunità, il servizio CUP si farà carico di dare una corretta informazione sui professionisti e sulle strutture potenzialmente utilizzabili. Con tale attestato e presentando la ricevuta/fattura relativa alla prestazione eseguita in regime di libera professione o presso struttura privata accreditata, il cittadino potrà recarsi successivamente presso la cassa riscossione ticket e avrà diritto al rimborso della quota pari alla compartecipazione alla spesa prevista per la prestazione richiesta.
- *Mancata erogazione nel giorno stabilito della prestazione prenotata:* la ASREM e le strutture private accreditate dovranno prevedere misure di presa in carico del paziente con percorsi alternativi per l'esecuzione della prestazione sanitaria prenotata. Nel caso in cui il cittadino sia stato tempestivamente informato della impossibilità a garantire la prestazione nel giorno già stabilito, potrà essere riprenotato.

Il Programma Attuativo Aziendale deve contenere un piano di azione con un cronoprogramma per l'attuazione di tutte le misure previste nello stesso e la ASREM provvederà semestralmente ad inviare alla Direzione Generale per le Politiche della Salute un report delle attività svolte e delle misure adottate.

Eventuali risarcimenti al cittadino per il mancato rispetto dei tempi programmati, potranno essere stabiliti in sede di Commissione conciliativa istituita presso l'ASREM.

#### **44. IL SISTEMA UNICO REGIONALE DI PRENOTAZIONE: IL CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE REGIONALE E IL CALL CENTER SANITARIO**

Dall'anno 2000 la Regione Molise ha attivato un Centro Unificato di Prenotazione (CUP), al fine di semplificare e velocizzare le prenotazioni per prime visite, esami diagnostici e controlli, con la possibilità di conoscere anche i relativi tempi di attesa.

Il sistema CUP regionale è sostanzialmente già organizzato secondo il modello indicato nelle Linee Guida Nazionali (accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010) come Centro Unificato di Prenotazione, un sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, finalizzato, a regime, a gestire l'intera offerta delle prestazioni sanitarie erogate presso le strutture pubbliche, private accreditate, intramoenia. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

L'attuale CUP regionale, al momento ancora organizzato secondo un sistema di possibilità di prenotazione per aree territoriali, entro l'anno 2013 sarà riorganizzato secondo un unico ambito regionale corrispondente all'unificazione amministrativa nell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM). Tale modalità permetterà la possibilità di prenotazione unificata presso tutte le strutture sanitarie della Regione da qualsiasi postazione periferica autorizzata.

La possibilità di prenotazione presso tutte le strutture sanitarie pubbliche regionali è comunque già oggi garantita attraverso il Call Center Sanitario. Dal gennaio del 2007 è infatti attivo sul territorio regionale il Call Center Sanitario che affianca il CUP regionale nel sistema delle prenotazioni per tutto il territorio regionale. Esso risponde ad un numero verde unico, collegato al CUP regionale, che consente a tutti i cittadini della regione di prenotare telefonicamente le prestazioni prescritte, salvo poi perfezionare la procedura presso gli sportelli per il pagamento del ticket.

È pertanto auspicabile che nel medio periodo il CUP Regionale evolva verso un nuovo sistema che permetta di garantire:

- la possibilità di prenotare prestazioni di qualsiasi tipologia purché afferenti all'ambito socio sanitario;
- la multicanalità di accesso al servizio integrando più strettamente l'attuale Call center e proponendo l'utilizzo di dispositivi portatili e di strumenti web (portali, portali vocali, ecc);
- il ricorso alle metodologie di datawarehouse per storicizzare tutte le informazioni trattate ai fini del monitoraggio; il datawarehouse dovrà essere opportunamente arricchito con le altre informazioni di "scenario" necessarie al controllo dei fenomeni presenti in diversi sistemi (Assistito, Medico, Farmaco,...);
- il monitoraggio dei LEA;
- l'utilizzo della Customer Relationship Management (CRM) per verificare la rispondenza presso l'utenza della qualità dei servizi erogati.

#### **Aspetti organizzativo-gestionali del CUP regionale**

Il corretto funzionamento del Sistema CUP è reso possibile da un servizio di Back-office e uno di Front-office, deputati alle funzioni di programmazione e gestione degli accessi.

Il Back-office cura la programmazione e la manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione.

Le attività di cui il Back-office è responsabile sono le seguenti:

##### **- Organizzazione dell'offerta regionale**

Nell'ottica della evoluzione del sistema CUP verso uno strumento regionale finalizzato al contenimento dei tempi di attesa l'organizzazione dell'offerta delle prestazioni sanitarie a livello regionale



rappresenta il fulcro dell'intero sistema. L'organizzazione dell'offerta regionale dovrà essere supportata, pertanto, da uno strumento informatico a supporto del Back-office che dovrà garantire:

- la gestione dell'intera offerta (SSR, regime convenzionato, libera professione, intramoenia);
- il supporto alla organizzazione delle strutture eroganti per quanto attiene alle attività di erogazione;
- l'attenta programmazione ed il monitoraggio dell'offerta;
- il supporto alla comunicazione ai cittadini.

- **Gestione e programmazione delle agende di prenotazione.**

L'agenda di prenotazione rappresenta l'unità minima per la gestione del sistema di offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale; essa deve contenere tutte le informazioni necessarie per una corretta prenotazione:

- il catalogo delle prestazioni prenotabili e la relativa classificazione (tipologia, disciplina, branca specialistica, ecc.);
- le indicazioni delle possibili preparazioni per l'utente per l'erogazione di ciascuna prestazione;
- le avvertenze per l'operatore CUP per la prenotazione della prestazione stessa;
- le differenti tipologie di profili di accesso alla prenotazione della prestazione (agenda prenotabile da operatori CUP, dalle farmacie, ecc.);
- i dati di chi eroga la prestazione (la struttura con i vari livelli: l'ubicazione dell'ambulatorio, l'equipe, il medico, ecc.) e di quando viene erogata (gli orari di servizio, i periodi di apertura e chiusura);
- il regime di erogazione della prestazione (SSN, intramoenia, ecc.) con le relative tariffe;
- la classe di priorità di accesso della prestazione e i parametri necessari al calcolo delle disponibilità da assegnare dinamicamente alle fasce di priorità. Qualora i posti relativi ad una classe di priorità rimangano inoccupati, nei giorni immediatamente precedenti la scadenza dovranno essere resi disponibili alla prenotazione in un'altra classe di priorità, allo scopo di utilizzare al meglio la capacità di offerta di ciascuna Azienda;
- la gestione separata dei primi accessi (sia visite che prestazioni diagnostico-terapeutiche) rispetto agli accessi successivi;
- riferimento alla disponibilità di erogazione della prestazione nel rispetto dei tempi d'attesa (tracciare la "rinuncia" del cittadino ad un "appuntamento").

- **Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione**

Il Back office ha anche il compito di provvedere alla diffusione delle informazioni indirizzate sia agli operatori del CUP che ai punti di erogazione necessarie per la corretta gestione del sistema.

In particolare, nella fase di realizzazione del CUP regionale, si rende necessaria una formazione specifica agli operatori che fornisca tutti gli elementi utili al corretto utilizzo del sistema modificato per rispondere alle nuove modalità di funzionamento.

Il processo di comunicazione si rivolgerà con strumenti predisposti ad hoc e differenziati, agli operatori e ai professionisti con l'indicazione degli impegni da assolvere nei confronti dei cittadini e dei percorsi e delle modalità adottate dall'Azienda per rispettare i tempi previsti dalla normativa regionale.

- **Gestione degli aspetti di carattere informativo e informatico**

Il Back Office deve occuparsi anche della gestione e manutenzione degli archivi anagrafici essenziali per la corretta gestione del sistema CUP regionale; questi aspetti sono indispensabili anche per una adeguata alimentazione dei flussi informativi (art.50, Flusso C, ecc..) necessari per il monitoraggio dei tempi d'attesa e di altri parametri utili alla programmazione aziendale e regionale, anche ai fini della rimodulazione dell'offerta.

- **Monitoraggio per il governo delle liste di attesa**

Il sistema CUP deve consentire al Back-office di gestire e raccogliere le informazioni anche ai fini del monitoraggio delle liste d'attesa secondo quanto previsto nelle "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa" emanate dal

Ministero della Salute come previsto dal PNGLA 2010-2012, condivise con le Regioni, le Province autonome e l'AGENAS.

L'attività di Back-office dovrà essere garantita per gli aspetti gestionali dalla ASREM in collaborazione con la società regionale Molise Dati con il coordinamento e la supervisione del Servizio Informativo Regionale, secondo gli indirizzi e le indicazioni fornite dall'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari, organismo regionale referente per la materia delle Liste di Attesa che ha responsabilità di programmazione, coordinamento generale delle azioni, controllo della corretta attuazione del PRGLA e dell'attività di monitoraggio del sistema.

Per quanto riguarda il Front-office, per l'accesso ai servizi e la gestione del processo di prenotazione il sistema CUP regionale è organizzato per offrire un'offerta più ampia possibile di canali di accesso, al fine di garantire il più elevato livello possibile di fruibilità per il cittadino.

Sono disponibili oggi le seguenti modalità di fruizione:

- Sportelli presidiati siti presso una struttura erogatrice con operatore dedicato;
- Prenotazione telefonica con un numero verde dedicato a cui si può rivolgere l'utente per parlare con un operatore di call center ed effettuare la prenotazione;
- Prenotazioni effettuate direttamente per via informatica dai Medici di Medicina Generale;
- Prenotazioni effettuate presso le Farmacie territoriali, tramite postazioni di lavoro presidiate, integrate con il Sistema CUP.

Per raggiungere gli obiettivi fissati, oltre al potenziamento delle modalità già in uso, si dovrà prevedere di offrire servizi innovativi che permettano di :

- effettuare le prenotazioni on line in modalità
  - multicanale (cellulare, portale vocale, e-mail)
  - multi presidio (totem posti all'interno dei Comuni, dei Supermercati, di altri uffici pubblici);
- effettuare le prenotazioni direttamente da operatori sanitari (medici , infermieri,...);
- effettuare le prenotazioni direttamente nelle diverse branche specialistiche allo scopo di semplificare il percorso assistenziale dell'utente;
- permettere il recupero in modalità on-line da parte dei cittadini dei referti;
- effettuare i pagamenti della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) utilizzando le carte di debito;
- ricordare al cittadino l'approssimarsi della data dell'appuntamento fissato ed invitarli a disdire o a confermare.

#### **Indicatori di performance del sistema CUP regionale**

Secondo le indicazioni delle Linee Guida Nazionali nel PRGLA sono individuati i seguenti indicatori di performance del sistema CUP regionale che dovranno essere oggetto di valutazione annuale:

- numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici
- numero di utenti e di accessi medi giornalieri
- numero di prenotazioni effettuate
- saturazione delle agende
- misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate
- statistiche di prenotazioni/prestazioni prenotate, dettagliate/sintetiche, raggruppate per struttura, unità erogante, punti di prenotazione
- variazioni dei volumi di offerta

Il monitoraggio delle performance del sistema CUP sarà effettuato utilizzando il datawarehouse in cui verranno memorizzate tutte le informazioni relative al ciclo prenotazione-erogazione. L'uso del nuovo strumento permetterà ai diversi livelli decisionali (Azienda Sanitaria, strutture di Back-office e responsabili di Front-office) di effettuare analisi del fenomeno prescrittivo/erogativo secondo le numerose dimensioni



proprie (tempo, assistito, medico prescrittore, struttura di erogazione, ecc.). Le risultanze delle analisi saranno fruibili via internet tramite appositi report la cui struttura potrà essere navigata fino a giungere all'individuazione delle informazioni atomiche.

### **Iniziative di information & communication technologies (ICT) per lo sviluppo di funzionalità informatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale. Implementazione di sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e per l'uso della telemedicina**

La Regione Molise ha razionalizzato nel Piano Strategico di attuazione del Sistema Telematico Molise (Piano STM) una serie di interventi nel settore ICT con l'intenzione di guidare la transizione della Regione e della comunità molisana nel suo complesso (cittadini, imprese, terzo settore) verso la Società dell'Informazione ed affermare il ruolo della Pubblica Amministrazione sia in qualità di "policy maker" che di soggetto attivo ed utilizzatore di tutte le opportunità messe a disposizione dalla Società dell'Informazione stessa.

Nell'ambito del programma relativo alla Società dell'Informazione nella Regione Molise sono stati sviluppati alcuni specifici interventi connessi alla Sanità.

In particolare, oltre alle applicazioni sanitarie esistenti e già in esercizio quali ad esempio il CUP regionale, i principali interventi riguardano la realizzazione dei programmi connessi all'utilizzo dei Fondi Art. 20 L. 67/88 (S.I.S.R.), F.E.S.R. (E-Health) e dell'Accordo di Programma Quadro in materia di E\_government e Società dell'informazione nella Regione Molise.

I progetti relativi alla Rete dei Medici di Medicina Generale e Telemedicina e Teleformazione su larga banda intendono contribuire al miglioramento della strategia regionale, per la razionalizzazione dei Sistemi Informativi Sanitari, in accordo con la politica di Sanità Elettronica e nell'ottica dello sviluppo dei servizi secondo il modello SPCoop (Sistema Pubblico di Cooperazione applicativa).

In particolare, il progetto "Rete di Medici" consente di attuare quanto previsto dal DPCM 26 marzo 2008 (collegamento in rete dei medici) attraverso l'attivazione a livello regionale del Fascicolo Sanitario Elettronico che svolgerà anche funzioni di "Sistema di Accoglienza Regionale" (SAR) per la raccolta delle prescrizioni mediche e per l'invio telematico delle ricette al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) del MEF.

Allo stesso modo il progetto "Rete dei Medici" permetterà l'attuazione del decreto del 2 novembre 2011, che definisce i temi e le modalità di dematerializzazione della ricetta medica cartacea.

Con riferimento alle tematiche connesse al fascicolo sanitario elettronico e più in generale all'interoperabilità dei sistemi di prescrizione sanitaria è da evidenziare la partecipazione della Regione Molise al progetto sperimentale IPSE - Interoperabilità Patient Summary E-prescription. IPSE è un progetto per la sperimentazione di un sistema per l'interoperabilità europea e nazionale delle soluzioni di fascicolo sanitario elettronico (componenti "Patient Summary" ed "ePrescription").

L'obiettivo principale del progetto è quello di sviluppare una soluzione di "Fascicolo Sanitario Elettronico" unico, realizzato attraverso la cooperazione e l'interoperabilità dei differenti sistemi sanitari regionali, sia italiani che europei, e di verificare la possibilità di scambiare a livello transnazionale le prescrizioni con particolare riguardo a quelle specialistiche. In Italia le regioni coinvolte nel progetto sono 10 (Lombardia, Friuli, Veneto, provincia di Trento, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Sardegna).

### **L'informazione e la comunicazione ai cittadini**

Un importante aspetto dell'azione della Regione Molise in materia di liste di attesa è lo sviluppo di una strategia di migliore informazione e comunicazione ai cittadini sui tempi di attesa e su tutte le attività relative. Nel PRGLA si impegna la ASREM a garantire una corretta informazione ai cittadini/utenti in materia di accesso alle prestazioni sanitarie e di tempi di attesa per la loro erogazione. Nel Programma Attuativo Aziendale dovrà essere predisposto un adeguato Piano di Comunicazione Aziendale che contenga modalità e strumenti di corretta informazione ed efficace comunicazione, anche attraverso il costante aggiornamento del sito web aziendale.

Nella prospettiva di elaborazione di un corretto Piano di Comunicazione dovranno essere istituiti tavoli di confronto con i rappresentanti di associazioni di tutela del diritto alla salute dei cittadini.

### **Il monitoraggio dei tempi di attesa**

Il monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono effettuate secondo le due consolidate modalità ex post ed ex ante.

La modalità ex post di monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali prevede la rilevazione dei dati attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003, con le implementazioni informative necessarie riportate nel DM 18 marzo 2008 recante "Revisione del decreto ministeriale 27 luglio 2005, attuativo del comma 5 dell'art.50 della Legge n. 326 del 2003 (Progetto Tessera Sanitaria), concernente i parametri tecnici per la trasmissione telematica delle ricette").

Nella modalità di rilevazione ex ante del monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali ci si basa su una rilevazione effettuata in un periodo indice stabilito a livello nazionale. Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN. Il periodo indice è rappresentato dalla prima settimana dei mesi di aprile e ottobre di ciascun anno.

## 45. LE RISORSE UMANE

La valorizzazione delle risorse umane rappresenta una condizione necessaria per avviare le strategie di cambiamento prefigurate dalla programmazione regionale e per la migliore utilizzazione delle professionalità sotto il profilo dell'efficienza e della qualità. Il coinvolgimento di tutti i professionisti nei diversi processi di integrazione costituisce lo strumento principale per consentire il raggiungimento di tali obiettivi.

Occorre, pertanto, assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

Parallelamente occorre porre in essere azioni che consentano contestualmente lo sviluppo professionale, quali

- la rivisitazione dell'attuale organizzazione del lavoro in relazione agli obiettivi assistenziali ed ai nuovi modelli organizzativi previsti dal PSR;
- il miglioramento del processo di definizione del fabbisogno di competenze, in relazione ai bisogni della popolazione ed allo sviluppo della tecnologia;
- la programmazione della dotazione organica in base al fabbisogno necessario a soddisfare il servizio richiesto e nel rispetto delle esigenze di razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse;
- la definizione di una dotazione organica che favorisca la valorizzazione delle professionalità e la loro integrazione;
- la rivisitazione dei percorsi tra individuazione del fabbisogno e sistema formativo.

La ridefinizione delle dotazioni organiche e delle professionalità richieste dal SSR rende necessario reperire le risorse adeguatamente formate, per cui la formazione e l'aggiornamento del personale si configurano quale leva strategica per realizzare le linee di cambiamento, oltre che organizzative anche culturali, valorizzando le competenze professionali, da un lato, e la centralità della persona dall'altro.

### ***Criteria per la determinazione triennale delle dotazioni organiche (d.p.r. n. 165/2001, art. 6) e del fabbisogno annuale del personale***

#### **A. La metodologia per la revisione della dotazione organica di personale**

I criteri prendono in esame:

- tipologia e quantità di servizi e prestazioni ("prodotti") che l'azienda intende erogare in un determinato periodo (su cui calibrare la struttura dell'offerta);
- quantità di lavoro delle diverse professionalità necessario per un "prodotto", dato un contesto operativo in un periodo di riferimento (condizioni di produzione dei servizi e delle prestazioni).

La valutazione della tipologia e quantità di servizi e prestazioni tiene conto:

- del dato storico, rielaborato secondo i basilari parametri di appropriatezza condivisi a livello scientifico,
- della ragionevole stima delle maggiori prestazioni che l'azienda sarà in grado di erogare,
- degli effetti indotti dalla flessibilità organizzativa per dipartimenti e dalla introduzione di innovazioni tecnologiche e di procedure operative,
- dal sistema delle competenze (divisione del lavoro), fortemente evolutosi negli ultimi anni per effetto della ridefinizione dei profili professionali,
- degli apporti dei servizi di supporto attualmente esternalizzati,

- delle funzioni di direzione, controllo, amministrazione, coordinamento, vigilanza, e, più in generale di staff, non standardizzabili.

In definitiva, il percorso operativo complessivo sarà così articolato:

#### Fase analitica

1. Analisi organizzativa sistemica;
2. Definizione del problema organizzativo
3. Messa a fuoco degli spazi di azione (vincoli - margini)

#### Fase di progetto

4. Definizione dei nuovi spazi di azione;
5. Definizione dell'organigramma;
6. Definizione dei meccanismi operativi;
7. Processi/tempi di implementazione.

#### B. Vincoli e margini dell'azione

I vincoli ed i margini dell'azione sono individuati principalmente nei seguenti:

- Finanziari, in base alle leggi nazionali e regionali;
- Strategici, connessi alla soltanto parziale disponibilità attuale di fondi destinabili all'ammodernamento strutturale;
- Organizzativi, essendo soltanto in nuce l'organizzazione dipartimentale delle unità operative, nonché per il cambiamento culturale che il lavoro dipartimentale rappresenta per gli operatori.

Per definire l'organigramma sono individuate preliminarmente le principali strutture dell'azienda e le unità operative di ciascuna struttura in aderenza ai piani regionali vigenti. Vanno anche individuate le principali linee di attività e i correlati indicatori di riferimento:

- DRG, prestazioni ambulatoriali, accesso al pronto soccorso, numero esami di laboratorio e di radiologia, numero interventi chirurgici, numero parti e nascite, guardie, attività di terapia intensiva, consulenze interne, pazienti disabili, ecc., per le attività sanitarie;
- numero dipendenti, volume di beni e servizi da acquistare, contratti in outsourcing, decentramento/accentramento operativo, entità del bilancio, complessità organizzativa delle aree e strutture, numero di prenotazioni e tickets, per le attività di supporto amministrativo gestionale.

Sulla scorta di questi dati, tradotti in tempi di impegno, è definito il fabbisogno di personale e le dotazioni organiche delle strutture:

- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale,
- in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività (case mix),
- con riferimento all'organizzazione dipartimentale delle strutture secondo il percorso delineato dal decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni e dai provvedimenti attuativi della Regione,

- tenendo conto del numero, tipologia, dimensione delle unità operative e servizi che compongono il dipartimento, valutando le condizioni logistiche e la dotazione delle tecnologie sia in termini quantitativi che qualitativi,
- tenendo conto delle procedure operative e della presenza, o meno, dei servizi appaltati,
- assicurando i necessari supporti amministrativi alle attività sanitarie sulla base delle dimensioni e delle funzioni delle strutture e dei dipartimenti,
- quantificando le ore lavorative effettive (al netto dei riposi settimanali, ferie, festività, malattie, congedi vari) come da annessa tabella, in modo che siano evitati il ricorso al lavoro straordinario per le normali esigenze di servizio, l'accumulo di ferie non godute e, salvo eccezioni, l'assunzione di personale a tempo determinato per assenze di lunga durata (malattie, gravidanza e puerperio, permessi per elezioni a carica pubblica e simili),
- assumendo che, inderogabilmente, tutti i ruoli e le posizioni funzionali saranno ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e che le "mansioni" comprendono sia quelle tipiche del lavoro affidato a ciascun operatore, sia le attività accessorie ma immediatamente e necessariamente connesse, o strumentali, allo svolgimento di quelle mansioni al fine di eliminare ogni forma di parcellizzazione burocratica e formalistica delle caratteristiche lavorative degli operatori.

#### **C. L'obiettivo generale**

L'obiettivo di fondo è quello di rendere effettiva l'unitarietà dell'azienda, ossia la migliore possibile integrazione funzionale dei servizi, strutturati con criteri di complementarità, di facile accessibilità, di qualificazione specialistica e tecnologica.

I criteri vengono anche utilizzati nella presente fase di riorganizzazione aziendale e risanamento economico dell'azienda per programmare turni di lavoro ordinari, straordinari e di pronta disponibilità.

#### **D. Gli obiettivi specifici**

Sono stati inoltre considerati e perseguiti i seguenti obiettivi specifici:

##### Sistema di emergenza – urgenza

Pronto soccorso (medicina e chirurgia d'urgenza): la dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni ivi compresa l'osservazione dei pazienti in astanteria nell'arco delle 24 ore.

Il sistema di emergenza-urgenza è integrato con le guardie attive dipartimentali e, nei casi prescritti, di unità operativa, con il personale medico di discipline equipollenti.

Le guardie mediche sono integrate da turni di pronta disponibilità, secondo le esigenze individuate dalla direzione medica di presidio e dalla direzione sanitaria aziendale.

##### Aree di degenza

La dotazione complessiva del personale è dimensionata per garantire assistenza medica ed infermieristica adeguata al numero e alla tipologia dei pazienti (dimensione delle unità operative e case-mix) presenti nelle unità operative e nel dipartimento.

##### Day Surgery

La day surgery è di tipo multidisciplinare, e si avvale di personale infermieristico proprio.

##### Attività ambulatoriale di diagnosi e cura

Il medico responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio è affiancato da personale infermieristico di supporto in numero proporzionale al numero degli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività che si presume di poter svolgere.

Per l'attività diagnostica strumentale e di laboratorio è impegnato personale medico, sanitario laureato e tecnico in numero adeguato alla tipologia, al volume delle prestazioni erogate, alle tecnologie in dotazione. L'organizzazione del servizio nelle 12 ore giornaliere tiene conto, tra l'altro:

- dell'esigenza di assicurare la puntuale esecuzione dei protocolli per l'effettuazione degli esami propedeutici ai ricoveri ordinari programmati e di day surgery, con l'obiettivo di contenere la durata delle degenze ed evitando accessi ripetuti degli utenti;
- dell'esigenza di ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni e i tempi di refertazione con l'obiettivo di contenere le liste d'attesa al di sotto degli standards fissati dalla Regione.

#### Servizi complementari

I controlli di fisica sanitaria saranno garantiti dal servizio interno di Sicurezza e protezione dei lavoratori in staff alla direzione sanitaria aziendale.

L'assistenza psicologica all'interno degli ospedali è garantita da un pool di psicologi in staff alla direzione medica di presidio.

Ugualmente è organizzato il servizio di dietetica e di consulenza di scienza dell'alimentazione per le esigenze di tutte le strutture.

#### e. Gli aspetti organizzativi di carattere generale

La dotazione organica delle singole unità operative è meramente indicativa dei carichi di lavoro individuati, che per loro natura sono variabili nel tempo ed in rapporto al contesto operativo. Pertanto la dotazione del personale è da intendersi globalmente assegnata ai dipartimenti e le destinazioni di servizio saranno stabilite secondo i piani di attività e le effettive necessità desumibili dal budget annuale.

L'impiego del personale si conforma al principio stabilito dall'art. 47, comma 4, punto 5, della L.833/78, secondo cui le assunzioni avvengono nella qualifica funzionale e non implicano la titolarità di un posto specifico. La mobilità del personale avverrà nel rispetto delle garanzie contrattuali e, per quanto concerne i dirigenti sanitari, della disciplina di appartenenza.

Nelle strutture complesse ove la direzione sia stata prevista come medica, o in alternativa, come di altra professione sanitaria, la selezione per il conferimento dei relativi incarichi è aperta indifferentemente a medici o altri sanitari laureati in ottemperanza alle norme di concorso vigenti.

#### f. Processi/tempi di implementazione

I processi/tempi di implementazione della dotazione organica seguono la pianificazione annuale delle attività espressa dal budget e la gradualità imposta dalle leggi vigenti in materia di reclutamento del personale, col vincolo dell'equilibrio di bilancio.

#### 46. LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO.

La Regione Molise è impegnata ad assicurare l'efficienza e la miglior qualità della produzione dei servizi erogati dal Sistema Sanitario regionale, coniugandola al contenimento della spesa ed alle strategie del sistema.

In tale contesto la formazione, intesa sia come formazione permanente del personale sanitario sia come formazione di accompagnamento ai processi di sviluppo organizzativo dell'Azienda Sanitaria Regionale, assume un valore determinante per diffondere e radicare la cultura della tutela della salute e per garantire un'offerta di servizi sanitari efficaci e appropriati.

L'obiettivo della formazione è, quindi, in funzione strategica, quello di sviluppare le competenze individuali - intese come conoscenze, capacità e comportamenti - e l'organizzazione sanitaria nel suo complesso, in termini di efficienza delle prestazioni, qualità dei servizi, e di risultati raggiunti nel miglioramento della salute dei cittadini.

Lo sviluppo del nuovo sistema formativo regionale va necessariamente collegato ai bisogni reali di salute della popolazione molisana, ai bisogni di formazione connessi alla pianificazione strategica che il sistema sanitario regionale ha definito con la L.R. 1 aprile 2005, n.9, come modificata dalla L.R. 26 novembre 2008, n.34, con il Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico per il triennio 2007 - 2009 e con i successivi Programmi Operativi relativi agli anni 2010-2011 e 2012.

La Regione Molise attuerà la formazione degli operatori sanitari con riferimento agli obiettivi formativi di interesse regionale già individuati con DGR n. 381/15.04.2009 e successivamente integrati con la DGR n.74/14.02.2011, ed in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale e con gli Accordi Stato Regioni del 5 novembre 2009 e del 19 aprile 2012 in materia di Formazione Continua in Medicina.

Gli obiettivi individuati dalla Regione per orientare i programmi di formazione rivolti agli operatori della sanità e per definire le adeguate priorità di interesse del Servizio Sanitario Regionale, sono riconducibili alle attività sanitarie e socio sanitarie collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza, prevedono tematiche coerenti con le aree elencate negli Accordi Stato Regioni del 5 novembre 2009 e del 19 aprile 2012 in materia di Formazione Continua in Medicina e sono riferibili alle tre tipologie di obiettivi formativi:

- a) *obiettivi formativi tecnico-professionali* - finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività e nella disciplina di appartenenza;
- b) *obiettivi formativi di processo* - finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie;
- c) *obiettivi formativi di sistema* - finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari.

Non si possono, inoltre, considerare non preminenti alcune caratteristiche socio-demografiche e sanitarie esistenti nella Regione Molise, che suggeriscono spunti per una formazione ancor più efficace e completa.

Ci si riferisce, particolarmente

- alle specifiche e molteplici necessità di una fascia di utenza largamente rappresentata nella Regione Molise e fortemente sbilanciata verso le decadi di età più avanzata;
- a tante altre fragilità (bambini, adolescenti, tossicodipendenti, pazienti psichiatrici);
- alla presenza di alcune patologie che, per la loro ubiquitaria endemicità nella regione, richiedono una attenzione e un governo clinico al passo con la continua evoluzione della scienza medica.

Per tali aree tematiche, come per tutto quanto si occupa di tutela della salute, diventa indispensabile una omogeneizzazione degli interventi su tutto il territorio regionale.

Il processo di sviluppo del sistema della formazione si esprimerà attraverso

- l'analisi delle esigenze di sviluppo professionale degli operatori in relazione alle realtà territoriali. Questa comprende la rilevazione dei bisogni di salute della popolazione, l'analisi dei bisogni organizzativi delle politiche regionali e aziendali, l'analisi dei bisogni formativi del personale;
- la programmazione di una pluralità di interventi finalizzati all'aggiornamento sistematico delle conoscenze, allo sviluppo dinamico di competenze tecniche e organizzative e allo sviluppo delle attitudini e delle potenzialità;
- la realizzazione di diverse tipologie di attività, utilizzando metodologie didattiche volte a favorire l'apprendimento individuale e organizzativo, che rendano gli operatori protagonisti attivi e responsabili del proprio percorso formativo.

I profondi cambiamenti legati al Piano di rientro hanno determinato una richiesta di nuove competenze connesse all'evoluzione degli assetti organizzativi, dei processi di cura e assistenziali.

La riorganizzazione dell'Azienda Sanitaria Regionale ha originato la creazione di nuovi ruoli o la riconversione e riqualificazione professionale (aumento di responsabilità, cambio di funzioni, modifica delle procedure di lavoro a seguito degli accorpamenti tra servizi).

Ciò rende necessario un tipo di formazione che risulti fortemente legata al contesto operativo del personale sanitario e che tenga conto della varietà dei ruoli e delle attività professionali effettivamente svolte nei diversi livelli e posizioni funzionali nelle strutture e nella rete di servizi del sistema sanitario regionale.

Occorrerà, quindi, supportare i processi di riqualificazione del personale impegnato nelle nuove strutture sanitarie assistenziali (RSA – PTA) e sviluppare la formazione con riferimento agli obiettivi perseguiti dal Piano di rientro, comunque riconducibili alle aree di intervento formativo di cui ai citati Accordi Stato-Regioni, quali:

- Politiche del farmaco;
- Miglioramento della Qualità e Governo clinico;
- Umanizzazione delle cure;
- Approvvigionamento di beni e servizi: (compresi i farmaci);
- Riduzione tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni;
- Potenziamento assistenza domiciliare
- Integrazione socio-sanitaria;
- Sistema dell'emergenza/urgenza sanitaria.

In relazione agli obiettivi di salute di cui al presente P.S.R., andranno sviluppati percorsi formativi specifici nell'ambito delle azioni di contrasto alle principali patologie, per una qualificazione avanzata del personale

sanitario (medici, infermieri, fisioterapisti, farmacisti) nelle relative aree specialistiche e nella medicina del territorio.

Per evitare di incorrere in una improvvisazione infruttuosa nella programmazione, organizzazione e gestione del servizio sanitario e socio-sanitario, sarà necessario, inoltre, formare adeguatamente il management strategico, cui è demandato il compito di dare attuazione ai nuovi modelli organizzativi, di riprogrammare i servizi e riqualificare le risorse umane.

### ***L'Educazione Continua in Medicina -ECM***

Lo sviluppo del settore della formazione in questi anni, in particolare di quella continua, ha consentito la costruzione nella Regione Molise di un Sistema regionale per l'Educazione Continua in Medicina, capace di mantenere elevata la qualità dell'offerta formativa, adempiendo, nel contempo, agli obblighi derivanti dai contratti collettivi nazionali e dal sistema nazionale ECM.

Il sistema della formazione è stato profondamente innovato dall'Accordo Stato-Regioni del 1 agosto 2007 (Rep. Atti n. 168/2007) concernente il «Riordino del sistema di formazione continua in medicina» - il quale ha introdotto alcune rilevanti innovazioni ed assegnato nuovi ed importanti compiti e funzioni alle Regioni – e dall'Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009 (Rep. Atti n. 192/2009), recante «Accreditamento dei provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti», con il quale si è provveduto ad integrare il precedente accordo con particolare riguardo agli aspetti della indipendenza della formazione continua dal sistema di sponsorizzazione e di una partecipazione più pregnante di tutte le regioni al programma di ECM.

Il risultato è un sistema improntato all'accreditamento, nazionale o regionale, non più degli eventi formativi, ma dei Provider cioè dei soggetti che erogano direttamente l'attività formativa, che autonomamente definiscono il piano formativo ed attribuiscono i crediti ai singoli eventi.

L'accreditamento si basa su un sistema di requisiti minimi considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative per l'ECM e viene rilasciato da un solo Ente accreditante, nazionale o regionale, a seguito della verifica del possesso di tutti i requisiti minimi previsti secondo *standard* definiti, necessari a garantire una attività formativa efficiente, efficace ed indipendente. Alcuni soggetti devono chiedere l'accreditamento esclusivamente nazionale (CNFC) o regionale, in tutti gli altri casi un Provider non può essere contemporaneamente accreditato sia a livello nazionale sia a livello regionale, ma deve scegliere una delle due possibilità, considerato che l'accreditamento nazionale comprende ed assume quello regionale.

Infine, l'Accordo Stato Regioni del 19 aprile 2012 (Rep. Atti n. 101/2012) recante "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider - Albo Nazionale dei provider - Crediti formativi triennio 2011/2013 - Federazioni, Ordini, Collegi e Associazioni professionali - Sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità - Liberi professionisti", in continuità con i principi stabiliti nei precedenti accordi, fissa le nuove regole che dovranno rendere più omogenea l'offerta formativa attraverso un sistema integrato, nel quale soggetti con responsabilità e ruoli istituzionali diversi hanno il compito di concorrere alla realizzazione della funzione di governo della Formazione Continua.

La Regione Molise ha recepito i suddetti Accordi, rispettivamente con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1225 del 14 novembre 2008, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 419 del 31 maggio 2010 e con Decreto del Commissario ad acta n.20 del 31 maggio 2012.

In attuazione delle disposizioni in materia di Formazione Continua, la Regione ha adottato i seguenti provvedimenti:



- DGR n. 99 del 16 febbraio 2004, con cui è stata istituita la Commissione regionale per l'Educazione Continua in Medicina, successivamente ricostituita, unitamente alla Consulta Regionale per l'Educazione Continua in Medicina, con le Deliberazioni n.798 del 16 luglio 2007 e n. 1053 del 17 settembre 2007; i suddetti organi hanno assolto preliminarmente il mandato consistente nella individuazione e validazione degli obiettivi formativi di interesse regionale, scelti in base all'analisi dei bisogni dell'utenza locale e delle esigenze specifiche di tutte le categorie di operatori del S.S.R., in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale e con quanto stabilito in sede di Conferenza Stato - Regioni.
- DGR n. 381 del 15 aprile 2009, con cui sono stati definiti gli Obiettivi formativi di interesse regionale;
- Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario n. 8 del 9 dicembre 2009, con il quale è stato approvato il Sistema di Educazione Continua in Medicina nella Regione Molise ed attivato, in via sperimentale, il modello di accreditamento degli eventi, con riserva di attuare, a livello regionale, la normativa in tema di accreditamento dei Provider, prevista dagli Accordi Stato Regioni del 1 agosto 2007 e 5 novembre 2009;
- DGR n. 74 in data 14 febbraio 2011, con cui è stato adottato il Piano di Formazione Regionale per gli operatori del S.S.R. e sono stati posti a carico dei Provider riconosciuti specifici adempimenti, al fine di consentire un primo controllo sulla qualità della formazione programmata ed erogata dagli stessi;
- DGR n.574 del 4 agosto 2011, con cui è stata prorogata fino al 31.12.2012 la durata della Commissione Regionale per l'ECM;
- DGR n. 502 del 18 luglio 2011, con cui è stato istituito l'Osservatorio Regionale sulla qualità della Formazione, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009. Compito dell'Osservatorio è di valutare la qualità della Formazione del Servizio Sanitario Regionale, al fine di promuovere il miglioramento della Formazione Continua in Sanità sia dal punto di vista delle opportunità di accesso che della qualità dell'offerta formativa;
- Decreto del Presidente della Regione Molise n. 415 del 29 dicembre 2011, integrato con Decreto del Presidente della Regione Molise n. 86 del 5 aprile 2012, con i quali sono stati nominati i componenti dell'Osservatorio Regionale sulla qualità della Formazione.
- con il Decreto del Commissario ad acta n.20/2012, di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012, la Regione si è impegnata ad attivare il sistema di accreditamento dei Provider entro un anno dalla sottoscrizione dell'Accordo, secondo le modalità di cui al suddetto Accordo ed agli Accordi precedenti, dando mandato alla Commissione Regionale ECM di provvedere a valutare e perfezionare l'impostazione del nuovo sistema di accreditamento dei Provider.

Partecipano allo sviluppo dell'attuale sistema della formazione continua, insieme alla Regione, l'Azienda Sanitaria Regionale, l'Università degli Studi del Molise, la Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico NEUROMED, gli Ordini ed i Collegi professionali, sia nel ruolo di organizzatori di formazione ECM, sia per la loro presenza attiva all'interno degli organismi del sistema regionale di formazione continua.

Particolare rilevanza assume, inoltre, il ruolo degli Ordini e Collegi i quali, ai sensi dei richiamati Accordi, assumono la qualità di garanti della professione e di certificatori della formazione continua.

La realizzazione del Sistema Regionale di Educazione Continua in Medicina ha dato origine, pertanto, ad una rete territoriale di "provider" pubblici che ha contribuito, inoltre, all'aggiornamento, allo sviluppo e al consolidamento di una piattaforma informatica utilizzata per l'accREDITAMENTO regionale degli eventi formativi.

E' necessario, ora, procedere alla realizzazione ed alla definizione del nuovo sistema dell'accREDITAMENTO dei Provider di formazione, nonché all'avvio ed allo sviluppo del controllo della qualità attraverso

l'attivazione del neo-istituito Osservatorio regionale sulla qualità della formazione continua, nel rispetto delle disposizioni dei citati Accordi, e nella consapevolezza del nuovo ruolo che assumono i Provider.

Contestualmente si dovrà attuare un nuovo sistema informatico che consenta la trasferibilità dei dati tra tutti i diversi attori del sistema, e che sia in grado di produrre:

- l'accREDITAMENTO on-line dei provider;
- la costruzione di un'anagrafe formativa del personale dipendente, convenzionato e libero-professionista, al fine della registrazione dei crediti formativi.

Si proseguirà, quindi, nella consapevolezza del valore e dell'importanza del sistema, finalizzato a garantire lo sviluppo della qualità della formazione degli operatori sanitari, come elemento strategico per favorire e sostenere il processo di innovazione e di costante adeguamento dell'attività degli stessi ai mutamenti determinati dalla evoluzione della domanda sanitaria e delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.



## **47.RAPPORTI TRA SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE.**

### ***Apporto assistenziale della facoltà di medicina e chirurgia***

La Regione e l'Università, nel rispetto delle reciproche autonomie e proprie finalità istituzionali, convengono che la Facoltà di medicina e chirurgia concorre al raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale con le attività assistenziali svolte per il Servizio sanitario regionale in connessione con le attività di ricerca e di didattica dei corsi di studio e di formazione specialistica della facoltà di medicina e chirurgia.

Tali attività si svolgeranno nell'Azienda sanitaria regionale - ASREM e - secondo specifici accordi - anche in altre strutture accreditate.

### ***Attività didattiche e di ricerca finanziate dalla regione***

La collaborazione tra Regione e Università, oltre che in riferimento alle esigenze relative ai corsi di studio universitari, concernerà anche altre attività formative previste dal Piano sanitario regionale e da altri provvedimenti di programmazione regionale, eventualmente con l'apporto di altre facoltà per quanto non possa essere assicurato dalla Facoltà di medicina e chirurgia.

La Regione e l'Università stabiliscono con specifici separati protocolli esecutivi i progetti da attivare, con particolare riferimento allo sviluppo di innovazioni scientifiche e di modelli organizzativi, gestionali e formativi, indicando le priorità, gli impegni economici che faranno rispettivamente carico a ciascuna delle due parti e la disciplina dell'eventuale sfruttamento economico dei risultati della ricerca.

### ***Partecipazione dell'università alla programmazione sanitaria regionale***

L'Università contribuisce, per gli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali, allo svolgimento e alla definizione di indirizzi di politica sanitaria e di modelli organizzativi e gestionali innovativi.

### ***Protocollo d'intesa***

I rapporti tra la Regione e l'Università degli studi sono regolati dal protocollo d'intesa approvato con decreto del Commissario ad acta n. 42 del 2 luglio 2010, in corso di definizione sulla base delle osservazioni ministeriali, ai sensi dell'Accordo tra Regione Molise e Ministeri della salute e dell'economia e finanze, sottoscritto il 27 marzo 2007 per il Piano di rientro.



## 48. PIANO DEGLI INVESTIMENTI - RIORDINO DELLA RETE INFRASTRUTTURALE SANITARIA

Nella riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale sono previste le seguenti azioni:

- Riconversione degli attuali Presidi Ospedalieri di Agnone, Larino e Venafro.

Gli stabilimenti di Venafro, Agnone e Larino saranno oggetto di ristrutturazione per diventare i contenitori di attività territoriali di filtro e di supporto a quella ospedaliera.

- Trasformazione di alcuni poliambulatori esistenti in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA).
- Realizzazione di una RSA nel comune di Colletorto da 60 posti letto e 3 RSA da quaranta posti letto ciascuna nelle ex strutture ospedaliere di Larino, Venafro e Agnone.
- Adeguamento sismico. Tutte le strutture dovranno essere adeguate e/o migliorate sismicamente.
- Adeguamento tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza: Entrambi gli stabilimenti di Campobasso e di Termoli necessitano di lavori di adeguamento funzionale alle norme di sicurezza cogenti. Per la struttura di Isernia, nell'attesa della costruzione del nuovo Ospedale, saranno realizzati solo interventi finalizzati alla conservazione dei livelli minimi di sicurezza richiesti dalla normativa.
- Riorganizzazione dei Presidi Ospedalieri: I presidi ospedalieri di Termoli e di Campobasso saranno oggetto di una riprogettazione dei percorsi e un adeguamento degli spazi funzionali dovuto alle esigenze derivanti dalla nuova organizzazione dell'offerta sanitaria.
- Costruzione di un nuovo presidio Ospedaliero in sostituzione dell'attuale " P.O. Francesco Veneziale" di Isernia in quanto da un'analisi dei costi risulta estremamente oneroso l'adeguamento strutturale e funzionale dell'edificio.

### Le strutture polifunzionali di Agnone, Venafro e Larino

Gli attuali stabilimenti ospedalieri di Venafro, Agnone e Larino saranno riconvertiti con la presenza di strutture polifunzionali in cui saranno presenti:

- I Presidi Territoriali di Assistenza con "piastre poliambulatoriali " ad elevata tecnologia in grado di effettuare prestazione sia mediche che chirurgiche di bassa complessità che, spesso, caratterizzano l'inappropriatezza dell'attuale rete ospedaliera;
- Residenze Sanitarie Assistite di seconda fascia, a gestione pubblica;
- Ospedali di comunità;

Per la riconversione e/o riorganizzazione degli attuali stabilimenti ospedalieri sarà necessario eseguire interventi di ristrutturazione finalizzati alla realizzazione di strutture flessibili, funzionalmente complesse, capaci di accogliere una pluralità di funzioni diversificate per tipologia e gestione, con percorsi ed accessi autonomi e con spazi e servizi di supporto ed integrativi comuni a tutte le attività. Constatato lo stato delle strutture ed il loro grado di manutenzione, sarà necessario, per ogni struttura, eseguire lavori di adeguamento sismico delle strutture portanti, interventi di manutenzione straordinaria all'involucro edilizio degli stabilimenti, lavori di adeguamento funzionale degli spazi destinati alle varie attività.

Relativamente alla sismicità della struttura, gli studi di vulnerabilità sismica, finanziati con fondi regionali, hanno fornito i primi dati circa la vulnerabilità sismica delle strutture ed i presunti costi di adeguamento.

Oltre al costo di adeguamento, per i presidi ospedalieri di Larino, Agnone e Venafro, è stato indicato il costo del miglioramento sismico conseguibile con costi relativamente limitati.

Nella tabella successiva sono riportate tutte le strutture ospedaliere da riconvertire con i relativi costi presunti divisi per opere di adeguamento sismico, manutenzione straordinaria ed adeguamento funzionale.

Struttura Ospedaliera da riconvertire	Struttura di Agnone	Struttura di Venafro	Struttura di Larino	Totale
Miglioramento sismico	2.600.000,00	2.500.000,00	4.600.000,00	9.700.000,00
Manutenzione Straordinaria	3.000.000,00	4.000.000,00	3.000.000,00	10.000.000,00
Distretto e P.T.A.	2.500.000,00	2.500.000,00	2.500.000,00	7.500.000,00
RSA	800.000,00	800.000,00	1.000.000,00	2.600.000,00
Ospedale di comunità	2.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	4.000.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>10.900.000,00</b>	<b>10.800.000,00</b>	<b>12.100.000,00</b>	<b>33.800.000,00</b>

Relativamente al presidio ospedaliero di Agnone , considerata l'obsolescenza del fabbricato, difficilmente adeguabile funzionalmente, la presenza di una nuova struttura ospedaliera, realizzata negli anni '80 e mai ultimata, la differenza minima tra i costi di adeguamento della vecchia struttura e quelli necessari per il completamento di quella in corso di costruzione , oltre alla possibilità di alienazione della struttura esistente, si prevede l'ultimazione della nuova struttura con una previsione di spesa di circa 15 milioni di euro.

Pertanto i costi totali per le riconversione delle ex strutture ospedaliere di Agnone, Venafro e Larino saranno i seguenti:

Struttura Ospedaliera da riconvertire	Investimenti totali	Investimenti attivati	Investimenti da attivare €
Struttura di Agnone	10.900.000,00	800.000,00	10.100.000,00
Struttura di Larino	12.100.000,00	1.000.000,00	11.100.000,00
Struttura di Venafro	10.800.000,00	800.000,00	10.000.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>33.800.000,00</b>	<b>2.600.000,00</b>	<b>31.200.000,00</b>

*hm*

*h*

## Riordino rete ospedaliera

Adeguamento sismico: Tutte le strutture ospedaliere dovranno essere adeguate e/o migliorate simicamente, funzionalmente e tecnologicamente.

I presidi ospedalieri di Termoli e di Campobasso dovranno essere oggetto di una riprogettazione dei percorsi e un adeguamento degli spazi funzionali dovuto alle esigenze derivanti dalla nuova organizzazione dell'offerta sanitaria e dal trasferimento dei reparti e delle funzioni delle strutture ospedaliere che saranno riconvertite. I presidi in parola necessitano, inoltre, di adeguamento funzionale alle norme di sicurezza cogenti.

<b>PRESIDI OSPEDALIERI</b>	<b>Adeguamento sismico</b>	<b>Adeguamento funzionale</b>	<b>Investimenti totali</b>	<b>Investimenti attivati</b>	<b>Investimenti da attivare €</b>
ADEGUAMENTO P.O. CAMPOBASSO	68.000.000,00	25.000.000,00	93.000.000,00	0,00	93.000.000,00
ADEGUAMENTO P.O. ISERNIA	5.000.000,00	5.000.000,00	10.000.000,00	0,00	10.000.000,00
ADEGUAMENTO P.O. TERMOLI	15.000.000,00	10.000.000,00	25.000.000,00	0,00	25.000.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>88.000.000,00</b>	<b>40.000.000,00</b>	<b>128.000.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>128.000.000,00</b>

Per la struttura di Isernia, nell'attesa della costruzione del nuovo Ospedale, saranno realizzati solo interventi finalizzati alla conservazione dei livelli minimi di sicurezza richiesti dalla normativa, per un importo stimato in circa 10 milioni di euro.

## Nuovo Presidio Ospedaliero di Isernia-Venafro

I notevoli costi di intervento necessari per conseguire l'adeguamento sismico e funzionale dell'ospedale di Isernia porta a privilegiare la scelta della realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero, moderno e sismicamente adeguato, posto tra Isernia e Venafro, con riconversione degli attuali Presidi Ospedalieri.

Da uno studio mirato alla localizzazione della struttura, il nuovo complesso ospedaliero, potrà essere posizionato tra le città di Isernia e Venafro, in una zona semi-urbanizzata del territorio Comunale di Monteroduni.

La nuova struttura ospedaliera dovrà essere molto versatile e funzionale, si dovrà integrare con il territorio e dovrà avere un alto grado di flessibilità in modo da poter essere facilmente adeguata ad esigenze future e cambiamenti tecnologici e funzionali, tipo Ospedale Trasversale e modalità assistenziali secondo l'intensità delle cure, cercando di superare gradualmente l'articolazione per reparto differenziati per disciplina specialistica, onde favorire al meglio la segmentazione dei pazienti suddividendoli in relazione alla tipologia di assistenza richiesta e con la focalizzazione delle attività imperniata sulla specificità della casistica da trattare.

L'intendimento è quello di realizzare una struttura all'avanguardia con costi contenuti e con la partecipazione di capitale privato nella realizzazione del progetto. I costi per la realizzazione del nuovo presidio ospedaliero sono stimati in circa 55 milioni per circa 120 posti letto.

Nell'attesa della realizzazione del nuovo complesso ospedaliero, per conservare la funzionalità della strutture esistenti e garantire i livelli minimi di assistenza sarà necessario effettuare, presso il P.O. di Isernia, alcune opere di manutenzione ordinaria e straordinaria finalizzate al mantenimento della struttura ed all'adeguamento di parte di essa alle norme di sicurezza cogenti.

Saranno necessari, oltre alla manutenzione ordinaria e straordinaria del fabbricato, lavori per la razionalizzazione e l'adeguamento normativo degli spazi e dei percorsi interni, in funzione e delle nuove esigenze organizzative delle strutture. Dovranno essere adeguate le compartimentazioni e le vie di esodo alla normativa antincendio e rimodulati i percorsi interni, verticali ed orizzontali, evitando interferenze tra quelli di accesso al pubblico e quelli prettamente sanitari.

#### **Poliambulatori da convertire**

Per la ristrutturazione dei poliambulatori esistenti, nell'ambito dell'Accordo di Programma Integrativo del 2008, sono state attivate risorse per € 3.300.000,00 finalizzate alla ristrutturazione delle strutture di Trivento e Montenero di Bisaccia. Ulteriori risorse per € 6.000.000,00 sono state attivate nell'ambito del programma "Centri Urbani", art. 71 legge n° 448/98, finalizzati alla costruzione del Distretto di Campobasso.

I costi stimati per la riconversione e il potenziamento dei poliambulatori è stimata sui 22 milioni circa.

## H. LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA E LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA

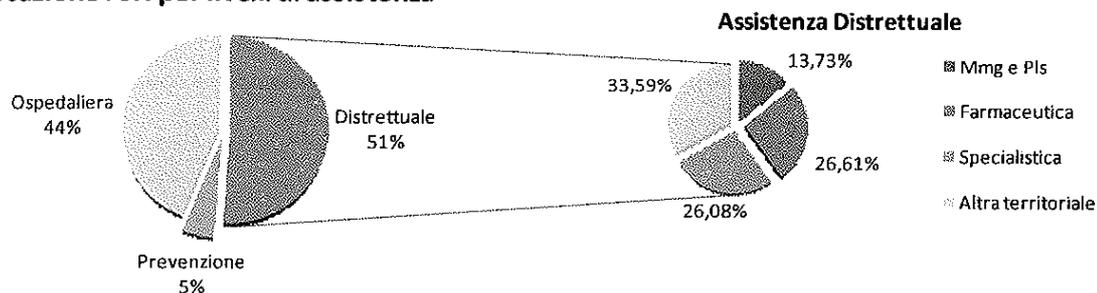
La gestione del servizio sanitario regionale deve essere assicurata dai finanziamenti ordinari del fondo sanitario nazionale, dalle entrate proprie regionali per compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni, da altri proventi per la compartecipazione dell'azienda sanitaria regionale all'attività libero professionale del personale, dai proventi per prestazioni a pagamento che l'azienda vende a persone fisiche e giuridiche.

La programmazione finanziaria deve assicurare a ciascun macro livello di assistenza le risorse stimate in base ai criteri di determinazione del fondo sanitario nazionale. La seguente tabella A simula, in base al Fondo sanitario regionale 2012, l'equilibrio di bilancio per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza:

Tabella A:

Allocazione del fondo sanitario nazionale 2012 per livelli di assistenza				
Livello di assistenza	Quota % obiettivo del fondo			Modalità di ripartizione
Prevenzione		5%	€ 29.039.463	popolazione non pesata
Distrettuale		51%	€ 296.202.521	
di cui	Mmg e Pls	7,00%	€ 40.655.248	popolazione non pesata
	Farmaceutica	13,57%	€ 78.813.102	Tetto imposto su fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
	Specialistica	13,30%	€ 77.244.971	Quota capitaria pesata sull'età
	Altra territoriale	17,13%	€ 99.489.200	popolazione non pesata
Ospedaliera		44%	€ 255.547.273	50% popolazione non pesata; 50% popolazione pesata
<b>Totale</b>		<b>100%</b>	<b>€ 580.789.257</b>	

Allocazione FSN per livelli di assistenza



Livello di assistenza	Pesi per fasce d'età (anni)								
	< 1anno	da 1 a 4	da 5 a 14	da 15 a 24	da 25 a 44	da 45 a 64	da 65 a 74	> 75 anni	
ambulatoriale	0,391	0,288	0,341	0,382	0,627	1,123	2,155	2,136	
ospedaliera	3,184	0,364	0,234	0,371	0,544	0,923	2,047	2,844	

L'equilibrio di bilancio è garantito se nelle quote suindicate sono compresi i saldi di mobilità, ossia i saldi per ciascun macro livello di assistenza delle prestazioni erogate da altre regioni ai residenti in Molise e delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie del Molise a cittadini di altre regioni. Il bilancio regionale della sanità non trae alcun beneficio economico dal saldo attivo che storicamente incrementa i flussi finanziari del fondo sanitario regionale, perché il saldo positivo è prevalentemente di competenza delle strutture private che operano nella regione, come è evidenziato nella seguente tabella B riferite al dato stimato del 2012, nella quale è anche esposto il valore dell'acquisto di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale da privati operanti nel Molise, assimilabili a mobilità passiva:

Tabella B:

M

R

	Molise - Saldo Mobilità 2012					Acquisti 2012 da privati regionali	Totale 2012 mobilità e privati	FSR 2012 + Vincolati	Quota mobilità + privati su FSR
	Passiva		Attiva		Saldo				
	€	%	€	%	€				
ASReM	(52.305.152)	100%	31.202.668	37%	(21.102.484)	(62.837.000)	(84.810.157)	580.789.257	-15%
Privati	-	0%	53.142.874	63%	53.142.874	0	0	0	
Regione	(52.305.152)		84.345.542		32.040.390	(62.837.000)	(84.810.137)	580.789.257	-15%

FSR=FSN+entrate proprie+saldo intramoenia, al netto della mobilità attiva  
ASReM=servizio sanitario regionale

La tabella evidenzia come il 15% del FSR è assorbito da acquisti da privato e mobilità passiva.

La regione acquista da altre regioni prestazioni per circa 52 milioni di euro; le strutture sanitarie pubbliche vendono ad altre regioni prestazioni per circa 31 milioni di euro, con un saldo negativo di 21 milioni, cui si devono sommare circa 63 milioni di euro per prestazioni acquistate da strutture private operanti in Molise, che – sostanzialmente – sono assimilabili a mobilità passiva.

Riaggregando i costi in base alle principali destinazioni per natura, la seguente tabella C permette di formulare una stima ragionevole e prudente delle funzioni di sanità pubblica, ospedaliera e distrettuali di assistenza specialistica ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale in gestione diretta dell'unica azienda sanitaria regionale.

Tabella C

Anno 2012 - Stima Allocazione FSR per funzioni: sostenibilità del sistema				
dati in €		Ricavi	Costi	% Costi su Ricavi
R	FSR compreso fondi vincolati	580.789.257		
R	Mobilità Attiva	84.345.542		
C	MMG / PLS e continuità assistenziale		51.775.000	7,8%
C	Acquisti da privati e Mobilità Attiva di competenza dei privati		115.979.874	17,4%
C	Assistenza farmaceutica		71.887.463	10,8%
C	Prestazioni da altre Regioni (Mobilità Passiva)		52.305.152	7,9%
R-C	<b>Prestazioni ospedaliere e distrettuale in gestione diretta</b>		373.187.310	<b>56,1%</b>
<b>Totale a pareggio</b>		<b>665.134.799</b>	<b>665.134.799</b>	<b>100,0%</b>

\* Sono stati considerati i valori 2011, ad eccezione del valore del FSR 2012

Per raggiungere nel triennio di vigenza del Piano l'equilibrio economico della gestione e mantenerlo nel tempo senza il ricorso ad imposizione fiscali, occorrerà ricondurre i costi aziendali agli standard di costo di cui alla tabella A. Il Piano individua alcune delle principali azioni correttive nelle seguenti:

- Riorganizzazione delle funzioni ospedaliere e distrettuali;
- Rinegoziazione del contratto integrativo regionale della medicina di famiglia e della continuità assistenziale;
- Rimodulazione dell'offerta di prestazioni delle strutture pubbliche e private operanti nella regione Molise per contenere la mobilità passiva;
- Accordi con le regioni confinanti per regolare i flussi di mobilità passiva ed attiva.

I budget operativi dell'ASReM dovranno assicurare la ristrutturazione graduale, ma rigorosamente scandita da realistici tempi di attuazione, del piano delle reti di emergenza urgenza, ospedaliera e distrettuale, nonché tutte azioni necessarie a rendere efficiente la gestione, intervenendo principalmente sulla razionalizzazione delle dotazioni organiche del personale e gli approvvigionamenti di beni e servizi.